

Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Sozialwissenschaft

Sterbehilfe in Deutschland – Eine Diskursanalyse.
Vergleich der Bundestagsdebatte mit der SPIEGEL-Berichterstattung

B.A.-Arbeit

Vorgelegt von: Nina Altmann

Betreut durch: Dr. Pradeep Chakkarath (Erstgutachter)
Prof. Dr. Jürgen Straub (Zweitgutachter)

Bochum, August 2014

Inhaltsverzeichnis

<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>IV</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>IV</i>
<i>1 Einleitung</i>	<i>1</i>
<i>2 Einführung in die Thematik: Sterbehilfe in Deutschland</i>	<i>4</i>
2.1 Formen der Sterbehilfe: Begriffsdefinitionen	4
2.1.1 Sterbehilfe und Euthanasie	4
2.1.2 Beihilfe zum Suizid	7
2.1.3 Sterbebegleitung	8
2.2 Sterbehilfediskussion in Deutschland	10
<i>3 Methodischer Ansatz: Diskurstheorie und Kritische Diskursanalyse</i>	<i>18</i>
3.2 Definition: Diskurs	18
3.2.1 Archäologie und Wissen	19
3.2.2 Diskurs und Macht	20
3.3 Der Text als Interpretationsgrundlage zur Erschließung eines Diskursstrangs	22
3.4 Vorgehensweise: Analyseschritte nach Siegfried Jäger	23
3.5 Kollektivsymbole	24
<i>4 Sterbehilfe in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2010: Eine Kritische Diskursanalyse</i>	<i>26</i>
4.1 Vorgehensweise zur Rekonstruktion des Sterbehilfediskurses in Deutschland	26
4.1.1 Annäherung an den Sterbehilfediskurs des Deutschen Bundestages	26
4.1.2 Rekonstruktion des Sterbehilfediskurses in DER SPIEGEL	28
4.2 Sterbehilfediskurs im Deutschen Bundestag	30
4.2.1 Anmerkungen zu den Stenografischen Berichten	30
4.2.2 163. Sitzung des Deutschen Bundestages, 10.03.2005	30
4.2.2.1 Umgang mit Tod und Sterben: Rolle von Palliativmedizin, Hospizarbeit und Patientenverfügungen sowie die Bedeutung des Patientenwillens	32
4.2.2.2 Verbindlichkeit von Patientenverfügungen	34
4.2.2.3 Demenz und Wachkoma	35
4.2.2.4 Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe	37
4.2.2.5 Gegenentwürfe zur aktiven Sterbehilfe	38

4.2.3 91. Sitzung des Deutschen Bundestages, 29.03.2007	39
4.2.3.1 Suizid und Beihilfe zum Suizid	40
4.2.3.2 Im Zweifelsfall für das Leben	41
4.2.3.3 Der SPIEGEL im Bundestag	42
4.3.2.4 Der Mensch ohne Selbstbestimmung	44
4.2.3.5 Der Nationalsozialismus	46
4.2.4 Zwischenfazit: Sterbehilfe im Bundestag	48
4.3 Sterbehilfe im SPIEGEL: Gemeinsamkeiten mit und Unterschiede zu den Bundestagsdebatten	50
4.3.1 Sterbebegleitung, ärztlich assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe	50
4.3.2 Intensivmedizin	55
4.3.3 Demenz und Wachkoma	55
4.3.4 Patientenverfügungen	56
4.3.5 Rechtslage und Begriffsverwendung	57
4.3.6 Der Nationalsozialismus	58
4.3.7 Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe	59
5 Schlussbetrachtung und Ausblick	61
Literaturverzeichnis	V
Internetquellen	IX
Quellen zur Durchführung der Kritischen Diskursanalyse	XI
Anhang: Beispielhafte Ausschnitte aus der Datengrundlage für die Kritische Diskursanalyse	XII
Eigenständigkeitserklärung	XXX

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: SPIEGEL-Umfrage unter Ärzten: Fälle von Beihilfe zum Suizid um Umfeld</i>	<i>53</i>
<i>Abbildung 2: SPIEGEL-Umfrage unter Ärzten: Befürwortung aktiver Sterbehilfe durch Ärzte</i>	<i>53</i>
<i>Abbildung 3: SPIEGEL-Umfrage unter Ärzten: Beihilfe zum Suizid durch Bereitstellung eines tödlichen Medikaments</i>	<i>54</i>
<i>Abbildung 4: Darstellung eines Patienten auf der Intensivstation im SPIEGEL</i>	<i>55</i>
<i>Abbildung 5: Umfrage zum Thema Sterbehilfe im SPIEGEL</i>	<i>58</i>

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Datengrundlage zur Analyse des Bundestagsdiskurses: Drucksachen</i>	<i>27</i>
<i>Tabelle 2: Datengrundlage zur Analyse des Bundestagsdiskurses: Plenarprotokolle</i>	<i>28</i>
<i>Tabelle 3: Datengrundlage zur Analyse des SPIEGEL-Diskurses</i>	<i>29</i>
<i>Tabelle 4: Annahme einer gesellschaftlichen Tabuisierung von Tod und Sterben in der Bundestagsdiskussion</i>	<i>XII</i>
<i>Tabelle 5: Zweiseitigkeit moderner Intensivmedizin in der Bundestagsdiskussion</i>	<i>XIV</i>
<i>Tabelle 6: Darstellung vermeintlicher Aussagen in Patientenverfügungen durch Bundestagsabgeordnete</i>	<i>XV</i>
<i>Tabelle 7: Zwangsbehandlungen in der Bundestagsdiskussion</i>	<i>XVI</i>
<i>Tabelle 8: Klarstellungs- und Abgrenzungsversuche</i>	<i>XVIII</i>
<i>Tabelle 9: "Gegenentwürfe" zur aktiven Sterbehilfe im Bundestag</i>	<i>XX</i>
<i>Tabelle 10: Erklärungen für die Forderungen nach aktiver Sterbehilfe in der Bundestagsdiskussion</i>	<i>XXIII</i>
<i>Tabelle 11: Darstellung von Fallbeispielen im SPIEGEL</i>	<i>XXV</i>
<i>Tabelle 12: Bildliche Darstellung von Intensivpatienten im SPIEGEL</i>	<i>XXVII</i>
<i>Tabelle 13: Angesprochene Themen im SPIEGEL 2000 bis 2010</i>	<i>XXVIII</i>

1 Einleitung

Diskussionen um Sterbehilfe sind besonders brisant.¹ Woran liegt das und was ist eigentlich unter dem Begriff der Sterbehilfe zu verstehen? Kursierende Bezeichnungen wie passive, indirekte und aktive Sterbehilfe, organisierte Sterbehilfe, gewerbliche Suizidhilfe, Euthanasie, Sterbebegleitung, ärztlich assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen verraten, dass der Begriff Sterbehilfe an sich keine spezifische konkrete Handlung bezeichnen muss. Die Menge der Begriffe lässt vermuten, dass es verschiedene Formen der Sterbehilfe gibt, denen unterschiedliche Handlungen entsprechen.

Gesellschaftliche Entwicklungen in Deutschland fördern die Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Sterben. Der demographische Wandel und die damit einhergehende Alterung der Bevölkerung in Deutschland offenbaren zugleich das Problem fehlender Hospize und die mangelnde Verfügbarkeit von Plätzen in palliativmedizinischen Einrichtungen und Abteilungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen.²

Durch die Fortschritte der Medizin haben gleichzeitig die Behandlungsmöglichkeiten, aber auch die Entscheidungsnotwendigkeiten in der letzten Lebensphase des Menschen zugenommen.³

Sowohl im Bundestag als auch in den Medien werden gegen Ende der 1990er Jahre vermehrt Überlegungen zu einer gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen laut. Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang die verschiedenen Begriffe der Sterbehilfe?

Diese Frage ergibt sich, da der Bundesgerichtshof (im Folgenden abgekürzt mit BGH) am 25. Juni 2010 eine Grundsatzentscheidung zur Sterbehilfe getroffen hat und sich in seiner Argumentation auf das am 01. September 2009 in Kraft getretene Patientenverfügungsgesetz stützte. In diesem Urteil wurden die Grenzen zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe festgelegt. Gleichzeitig wurde die aktive Sterbehilfe für unzulässig erklärt.⁴ Doch wie definieren sich die Grenzen zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe und warum lässt das gesetzliche Verbot der Tötung auf Verlangen in Deutschland keine Ausnahmen zu?

Diese Zusammenhänge sollen in dieser Arbeit näher beleuchtet werden. Dazu wird vor dem Hintergrund der Diskussion um die gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen betrachtet, wie im Rahmen politischer Entscheidungsfindung und medialer Berichterstattung über Sterbehilfe gesprochen wird. Dabei soll untersucht werden, welche Unterscheidungen zur Sterbehilfethematik im Rahmen politischer Entscheidungsfindung getroffen werden und welche Ansätze die mediale Berichterstattung prägen. Welche Ansichten gelten in den

¹ Anselm, 2008, S. 63

² Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010

³ Anselm, 2008, S. 63

⁴ Vgl. BGH-Urteil 2 StR 454/09, 2010, S. 12

Diskursen als gängig und selbstverständlich, welche hingegen als fragwürdig oder verwerflich? Mit Hilfe welcher Argumentationsmuster werden diese verteidigt oder in Frage gestellt? Zur Ergründung dieser Zusammenhänge orientiert sich diese Arbeit an folgender Leitfrage:

Welche Wahrheitsansprüche und Argumentationsmuster prägen und welche thematischen Schwerpunkte dominieren die Diskurse zur Sterbehilfe in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2010 auf politischer und medialer Ebene und inwiefern unterscheiden sich diese voneinander?

Dieser Frage soll mit Hilfe einer Kritischen Diskursanalyse nachgegangen werden. Vorweg ist jedoch darauf hinzuweisen, dass aufgrund der hier bereits angedeuteten Vielschichtigkeit der Sterbehilfethematik, nicht alle Diskurse berücksichtigt werden können, die zur Beantwortung dieser Frage in Betracht gezogen werden müssten. Da die Diskussionen im Deutschen Bundestag Bestandteil der politischen Entscheidungsfindung sind, und die unter anderem daraus resultierenden Gesetze individuelle Handlungsspielräume der Menschen regeln und gestalten, sollen Bundestagsdokumente zur Untersuchung herangezogen werden. Gerade moralpolitische Themen, wie die Sterbehilfe sind eng mit Entscheidungen über gesellschaftliche Werte verknüpft, wodurch häufig die wissenschaftliche Komplexität solcher Themen auf vergleichsweise einfache Grundfragen reduziert wird. Dies wiederum begünstigt die gesellschaftliche Teilnahme an solchen Auseinandersetzungen. Zudem sind moralpolitische Entscheidungen oftmals Gewissensentscheidungen und daher weniger durch parteipolitische, sondern vielmehr durch gesellschaftliche Überzeugungen und Wertvorstellungen geprägt.⁵ Die Betrachtung des Diskurses im Bundestag kann somit womöglich auch Erkenntnisse über gesamtgesellschaftlich dominierende Werte liefern.

Als Quelle zur Analyse der medialen Berichterstattung wird DER SPIEGEL herangezogen, weil er eines der am weitesten verbreiteten und am häufigsten gelesenen Wochenmagazine Deutschlands ist und somit Einfluss auf die Meinungsbildung der Bevölkerung hat.⁶

Ausgangspunkt der Untersuchungen soll das Jahr 2000 sein. In diesem Jahr wurde eine Sachverständigenkommission vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Erstellung des Vierten Altenberichts der Bundesregierung eingesetzt. Diese Kommission beschäftigte sich im Kontext des demografischen Wandels mit Hochaltrigkeit und widmete sich unter anderem sowohl Fragen der Sterbehilfe als auch Patientenverfügungen.⁷

⁵ Heichel & Knill, 2013, S. 58

⁶ SPIEGEL-Gruppe, 2014

⁷ Vgl. Drucksache 14/8822, 2002

Spätestens seit diesem Zeitpunkt sind Patientenverfügungen regelmäßig Gegenstand politischer Auseinandersetzungen, wodurch die Themen Tod und Sterben öffentlich verstärkt diskutiert werden. Das 2009 in Kraft getretene Patientenverfügungsgesetz und das Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes zur Sterbehilfe 2010 beenden diese Diskussion im Bundestag und führen zu einer Schwerpunktverlagerung der politischen und medialen Debatte rund um die Sterbehilfethematik, weshalb die Analyse Dokumente nach 2010 nicht berücksichtigen wird.

Zur Gliederung der Arbeit:

Dieser Einleitung folgt das zweite Kapitel, welches der Einführung in die Sterbehilfethematik dient. Zunächst erfolgt dazu eine Darstellung der relevanten Begriffe und eine Skizzierung der Entwicklungen in Deutschland seit den 1980er Jahren, die zur heutigen rechtlichen Lage in Bezug auf die Sterbehilfe führten. Zugleich wird die Sterbehilfethematik in ihren historischen Kontext eingebettet. Das dritte Kapitel stellt die Methode der Kritischen Diskursanalyse vor, die zur Analyse der Sterbehilfediskurse dienen wird. Im vierten Kapitel erfolgt zunächst die Analyse der Bundestagsdiskussionen zur Sterbehilfethematik von 2000 bis 2010, deren Ergebnisse anschließend mit der SPIEGEL-Berichterstattung zu diesem Thema verglichen werden. Abschließend widmet sich das fünfte Kapitel einer Zusammenfassung der Analyseergebnisse, woraufhin ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen des Sterbehilfediskurses in Deutschland gewagt wird.

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Form genannt, dabei ist die weibliche Form jedoch stets mit eingeschlossen.

2 Einführung in die Thematik: Sterbehilfe in Deutschland

Dieses Kapitel dient dazu, in das Thema Sterbehilfe und dafür zentrale Begrifflichkeiten einzuführen. Zuerst erfolgt eine begriffliche Trennung der passiven, indirekten und aktiven Sterbehilfe und der Euthanasie. Anschließend werden die Begriffe ärztlich assistierter Suizid sowie organisierte und gewerbliche Sterbehilfe betrachtet. Als Formen der Sterbebegleitung werden Hospizarbeit und Palliativmedizin vorgestellt. Der zweite Teil dieses Kapitels widmet sich der Entwicklung der heutigen rechtlichen Lage in Deutschland in Bezug auf Sterbehilfe. Mit dieser Einführung wird eine Grundlage für die anschließende Analyse des Sterbehilfediskurses geschaffen. Darüber hinaus wird die in dieser Arbeit untersuchte Thematik in einen umfassenderen geistigen, historischen und diskursiven Kontext eingebettet. Auf spezielle theologische und philosophische Überlegungen zum Thema Sterbehilfe kann aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht eingegangen werden.

2.1 Formen der Sterbehilfe: Begriffsdefinitionen

Die Gliederung dieses Kapitels in Sterbehilfe und Euthanasie, Beihilfe zum Suizid und Sterbebegleitung soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine eindeutige Trennung dieser Bereiche kaum möglich ist. Diese Darstellung dient vor allem der Schaffung eines vorbereitenden Überblicks.

2.1.1 Sterbehilfe und Euthanasie

Grundsätzlich werden in Deutschland drei gängige Bezeichnungen der Sterbehilfe unterschieden, die passive, die indirekte und die aktive Form.

Unter *passiver Sterbehilfe* wird der Verzicht oder Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen verstanden, wenn das Grundleiden eines Patienten einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat, sie gilt als Sterbehilfe durch Sterbenlassen.⁸ Dazu gehören zum Beispiel das Unterlassen oder der Abbruch von künstlicher Nahrungszufuhr, künstlicher Beatmung und Medikation.⁹

Die *indirekte Sterbehilfe* umfasst Maßnahmen der Schmerzlinderung, durch die der Todeseintritt möglicherweise beschleunigt wird, aber nicht beabsichtigt ist. Ein vorzeitiger Todeseintritt gilt hier als Nebenfolge schmerzlindernder oder bewusstseinsdämpfender Medikation.¹⁰ Die indirekte Sterbehilfe wird auch als aktive indirekte Sterbehilfe

⁸ Bahner, 2013, S. 172

⁹ ebd., S. 175

¹⁰ ebd., S. 174

bezeichnet.¹¹ Sowohl die passive als auch die indirekte Sterbehilfe sind nach höchstrichterlicher Rechtsprechung zulässig.¹²

Die *aktive Sterbehilfe* kann zwei unterschiedliche Situationen beschreiben. Um es vorwegzuschicken, in Deutschland sind beide Varianten der aktiven Sterbehilfe verboten.¹³ Grundsätzlich bezeichnet aktive Sterbehilfe die „gezielte und tätige Herbeiführung des Todes“ einer Person durch eine andere. Dies kann durch Verabreichen oder Injizieren eines tödlichen Wirkstoffes geschehen.¹⁴ Aktive Sterbehilfe kann einerseits unter die Tötung auf Verlangen fallen, die nach §216 des Strafgesetzbuches verboten ist.¹⁵ In diesem Fall der aktiven Sterbehilfe bestimmt der Sterbewillige eine andere Person für die eigene Tötung. Gegen diese Person kann eine Strafe zwischen sechs Monaten und fünf Jahren verhängt werden.¹⁶ Andererseits kann die Tötungshandlung für den Vollziehenden unter den §212 des Strafgesetzbuches fallen, den Strafbestand des Totschlags, insofern die Tötung ohne Einwilligung der betreffenden Person geschieht.¹⁷ Dies kann mit einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren bis zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe geahndet werden.¹⁸ Aktive Sterbehilfe wird zum Teil auch als aktive direkte Sterbehilfe bezeichnet.¹⁹

Nun soll der Begriff der *Euthanasie* genauer betrachtet werden, da er für die Sterbehilfediskurse in Deutschland eine Bedeutung hat, die nur im Hinblick auf den Nationalsozialismus angemessener verstanden werden kann. Dieser Zusammenhang kann nicht erschöpfend ausgeführt werden, daher werden im Folgenden nur Aspekte dargestellt, die in Bezug auf die Analyse relevant sind.

Die Bedeutung des Begriffs Euthanasie in der Antike variierte von „[d]er leichte Tod ohne vorhergehende Krankheit“, über „de[n] schnelle[n] Tod“ in Form „de[s] schnelle[n] Tod[es] durch Feindeshand“, bis zum „würdige[n] Tod [...] >>nach tugendhafter Art<<“ oder dem „ehrenvolle[n] Tod im Kampf“.²⁰ Somit brachte diese Bezeichnung in der Antike vordergründig ein Ideal zum Ausdruck und wurde nicht im medizinischen Kontext oder in Bezug auf die Rolle eines Arztes verwendet, ebenso wenig wurde er mit der Beihilfe zur Selbsttötung oder der Tötung auf Verlangen in Verbindung gebracht.²¹ Seine eigentliche

¹¹ Höfling, 2008, S. 252

¹² Drucksache 14/9020, 2002, S. 198

¹³ Jonen-Thielemann, 2008, S. 262

¹⁴ Ruß, 2002, S. 12

¹⁵ Jonen-Thielemann, 2008, S. 262

¹⁶ vgl. StGB, 2014, S. 105

¹⁷ Jonen-Thielemann, 2008, S. 262

¹⁸ vgl. StGB, 2014, S. 105

¹⁹ Oduncu, 2002, S. 330

²⁰ Benzenhöfer, 2009, S 18f., Hervorh. im Orig.

²¹ ebd., S. 19

Übersetzung lautet „leichter Tod“, diese Bezeichnung stammt vom griechischen „euthanasia“ (eu = gut, wohl; thanatos = Tod). Der Duden gibt noch zwei weitere Bedeutungen für den Begriff an:

„1. a. (Medizin) Erleichterung des Sterbens, besonders durch Schmerzlinderung mit Narkotika
b. (Medizin) absichtliche Herbeiführung des Todes bei unheilbar Kranken durch Medikamente oder durch Abbruch der Behandlung 2. (nationalsozialistisch verhüllend) systematische Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen“.²²

In Deutschland veränderte der Begriff der Euthanasie seine Bedeutung in Verbindung zum Nationalsozialismus im Rahmen der erst nach dem II. Weltkrieg „so benannte[n] ‚Aktion T4‘ - T4 steht für die Berliner Tiergartenstraße 4, Sitz der Zentralen Dienststelle zur Organisation der Krankenmorde“. Die Tiergartenstraße 4 gilt als:

„das Kernstück der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik gegenüber so genanntem ‚lebensunwerten Leben‘. Die Krankentötungen wurden euphemistisch als ‚Euthanasie‘ bezeichnet, womit legitimatorisch Bezug genommen worden ist auf die seit dem Ende des 19. Jahrhunderts geführte Diskussion um den ‚Gnadentod‘ für unheilbar kranke und hoffnungslos leidende Menschen.“²³

Der Begriff des lebensunwerten Lebens geht auf das Werk „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (1920) von Karl Binding und Alfred Hoche zurück. Dieses Werk gilt als das mit der größten Wirkung in Bezug auf die Euthanasie-Debatte und die Umsetzung der systematischen Ermordung von psychisch kranken und behinderten Menschen im Nationalsozialismus.²⁴

Das Werk von Adolf Jost „Das Recht auf den Tod“ (1895) stieß bereits zuvor die Entwicklung des Euthanasie-Diskurses in eine bestimmte Richtung. Jost beschäftigte sich mit dem Wert des Lebens und hielt fest, dass sowohl aus Sicht unheilbar körperlich kranker Menschen als auch für Geisteskrankte der Tod manchmal besser sei als das Weiterleben, weshalb diese Menschen ein Recht auf den Tod hätten. Zudem betrachtete er dies aus gesellschaftlicher Perspektive und kam zu dem Schluss, dass diese Menschen der Gesellschaft einen materiellen Schaden zufügen würden, dadurch, dass sie Pflege, Nahrung und Medikamente benötigen würden, und zwar mehr als gesunde Menschen dies täten. Zur Umsetzung seiner Gedanken schlug er vor, zunächst nur Ärzten die Tötung unheilbar kranker Menschen zu erlauben bzw. die Selbsttötung mit der Bereitstellung dafür notwendiger Hilfsmittel zu unterstützen, insofern diese Menschen dies wünschen. Damit sollte innerhalb der Bevölkerung Akzeptanz für die Tötung unheilbar kranker Menschen geschaffen werden. Danach erst sollte die Tötung von Geisteskranken ermöglicht werden. Mit dem Recht auf den Tod verband Jost somit nicht nur die Selbsttötung, sondern auch die Legitimation zur Tötung

²² Duden, 2014: Euthanasie

²³ Rotzoll, Hohendorf & Fuchs, 2010, S. 13

²⁴ Benzenhöfer, 2009, S. 89

unheilbar kranker Menschen, wie Binding und Hoche später.²⁵ Somit wurden auch die Beihilfe zur Selbsttötung und die Tötung auf Verlangen mögliche Wortbedeutungen der Euthanasie.²⁶

2.1.2 Beihilfe zum Suizid

Suizid, sowie *Beihilfe zum Suizid* sind in Deutschland grundsätzlich straffrei.²⁷ Unter Beihilfe zum Suizid fällt etwa die Bereitstellung einer Dosis tödlichen Wirkstoffes, der jedoch von der sterbewilligen Person eigenständig zu sich genommen werden muss, um als straffrei zu gelten.²⁸ Für die Unterscheidung zur aktiven Sterbehilfe bzw. zur Tötung auf Verlangen ist dabei relevant, wer die letztendlich todbringende Maßnahme vollzieht, entweder der Patient selbst (Beihilfe zum Suizid) oder eine andere Person (Tötung auf Verlangen).²⁹ Schwieriger zu durchschauen ist die Lage in Bezug auf *ärztlich assistierten Suizid*, dies ist die Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt, etwa durch die Bereitstellung eines Rezeptes für einen tödlichen Wirkstoff bzw. die Anleitung zur Selbsttötung.³⁰ Strafrechtlich ist ärztlich assistierter Suizid nicht verboten.

In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2011 ist folgende Formulierung anzutreffen: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“³¹ Es wurde also darauf verzichtet, diese Handlung als strafbar zu bezeichnen (im Sinne des möglichen Entzuges der Approbation).³² Dadurch sollte deutlich werden, dass seitens der Bundesärztekammer die „verschiedenen differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt“ werden.³³ Ärzte sollen so im Einzelfall ihrem Gewissen folgen dürfen, wenn sie von Patienten gebeten werden, ihnen die Beschleunigung ihres Todes zu ermöglichen.³⁴ Die Tötung des Patienten, selbst wenn dieser das verlangt, ist strafrechtlich und berufsrechtlich seitens der Ärzteschaft strafbar.³⁵ Allerdings ist ärztlich assistierter Suizid damit nicht zwangsläufig ohne Konsequenzen möglich. Der §16 der (Muster-)Berufsordnung³⁶ der Ärzteschaft „wurde auf

²⁵ Benzenhöfer, 2009, S. 83f.

²⁶ Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart & Mundt, 2002, S. 1065

²⁷ Jonen-Thielemann, 2008, S. 263

²⁸ ARD, 2010

²⁹ Bahner, 2013, S. 173

³⁰ Singer, 2013, S. 282

³¹ Bundesärztekammer, 2011, S. 346

³² Vgl. Richter-Kuhlmann, 2003, S. 19

³³ Bundesärztekammer, 2011, S. 346

³⁴ Stockrahm, 2011

³⁵ Bundesärztekammer, 2011, S. 346

³⁶ Die (Muster-)Berufsordnung der Ärzteschaft ist auf den Grundlagen der Kammer- und Heilberufsgesetze beschlossen worden. Diese regelt das Verhalten von Ärzten gegenüber Patienten, ihren Kollegen, anderen Partnern im Gesundheitswesen und das Verhalten in der Öffentlichkeit. Diese Berufsordnung legt Berufspflichten von Ärzten fest. (Bundesärztekammer 2011b, S. 5) Sie entfaltet ihre Rechtswirkung, wenn sie durch die Kammerversammlungen der Ärztekammern als Satzung beschlossen und von den Aufsichtsbehörden genehmigt

dem Deutschen Ärztetag im Jahr 2011 wie folgt neu gefasst: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“³⁷ Die unterschiedlichen Landesärztekammern haben den letzten Satz entweder in ihre Berufsordnungen übernommen, verändert oder nicht übernommen. Somit besteht Uneinheitlichkeit zwischen den Berufsordnungen der verschiedenen Landesärztekammern, was den Interpretationsspielraum erhöht und zu einer Verunsicherung der Ärzte über berufsrechtliche Konsequenzen führen kann.³⁸ Somit herrschen in den verschiedenen Bundesländern zum Teil unterschiedliche Regelungen.

In der deutschen Diskussion spielen im Rahmen der Suizidbeihilfe auch die Begriffe *organisierte und gewerbliche Sterbehilfe* eine Rolle. Sterbehilfeorganisationen bieten ihre Kenntnisse in Bezug auf den Suizid an, um Suizidwilligen bei der Umsetzung ihres Suizidwunsches zu helfen oder beraten Menschen bei der Abfassung von Patientenverfügungen und ihrer Durchsetzung. Insofern solche Organisationen für ihre Unterstützung finanzielle Gegenleistungen einfordern, kann von *gewerblicher Sterbe- bzw. Suizidhilfe* gesprochen werden.³⁹ Da unter organisierter und gewerblicher Sterbehilfe die Beihilfe zum Suizid durch einen Verein zu verstehen ist, ist sie wie die Beihilfe zum Suizid in Deutschland bislang straffrei.

2.1.3 Sterbebegleitung

Der Begriff der *Sterbebegleitung* umfasst *Palliativmedizin* und *Hospizarbeit*. Aufgabe der Palliativmedizin ist die „bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Behandlung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen“.⁴⁰ Das Ziel ist dabei die bestmögliche Linderung von Symptomen, um die Lebensqualität dieser Menschen zu verbessern.⁴¹

Hospize sind Einrichtungen zur Pflege und Betreuung Sterbender.⁴² Sie sollen für sterbende Menschen einen Raum für Zuwendung schaffen, an dem keine Angst aufkommt, dass ihr Leben künstlich verlängert oder verkürzt wird. Palliative Therapie ist grundsätzlich ambulant

wurde. (Bundesärztekammer, 2011b, S. 1) Die (Muster-)Berufsordnung wurde geschaffen, um gravierende Unterschiede in den verschiedenen Bundesländern zu vermeiden. Nach ihr sollen sich die verbindlichen Berufsordnungen der Ärztekammern in den Bundesländern richten. (Bundesärztekammer, 2011a)

³⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2014, S. 5

³⁸ ebd.

³⁹ Gavela, 2012, S. 85ff.

⁴⁰ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2014a

⁴¹ ebd.

⁴² Duden, 2014a: Hospiz

und stationär möglich.⁴³ Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin spricht sich gegen ärztlich assistierten Suizid aus.⁴⁴ Auch der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid oder nach Tötung auf Verlangen Sterbender könne in den meisten Fällen ausgeräumt werden.⁴⁵ Eine für diese Arbeit relevante palliative Möglichkeit der Schmerztherapie bei Sterbenden ist die sogenannte *palliative Sedierung*. Darunter fällt der

„überwachte Einsatz von Medikamenten mit der Absicht, das Bewusstsein zu reduzieren oder auszuschalten, um so die Belastung durch sonst unerträgliches und durch keine anderen Mittel beherrschbares Leiden zu lindern. [...] Die Intention besteht eindeutig in der Symptomlinderung, nicht in einer Beschleunigung des Todesintritts.“⁴⁶

Es fällt auf, dass diese Definition der indirekten Sterbehilfe stark ähnelt. Allerdings wird der Begriff der indirekten Sterbehilfe in der medizinischen Praxis kaum verwendet. Es gibt Hinweise darauf, dass adäquate palliative Schmerztherapie häufiger das Leben von Patienten verlängert als verkürzt, da die Belastung des Körpers durch das Stillen von Schmerzen reduziert wird.⁴⁷

In diesem Kapitel wurde deutlich, dass allein schon unter dem Begriff „Sterbehilfe“ zahlreiche Themen behandelt werden.⁴⁸ Er fungiert daher eher als orientierender Oberbegriff.⁴⁹ Somit bezeichnet „Sterbehilfe“ an sich in Deutschland keine präzise Handlung, sondern unterschiedliche medizinische Maßnahmen mit unterschiedlichem normativem Gehalt.⁵⁰ Zudem ist er in Deutschland historisch geprägt und wird zum Teil synonym für Suizidbeihilfe verwendet.

⁴³ Malteser Hospizdienst, 2014

⁴⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2014, S. 7

⁴⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2014b

⁴⁶ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2014, S. 8

⁴⁷ Roggendorf & Eckart, 2012, S. 640

⁴⁸ Benzenhöfer, 2009, S. 9

⁴⁹ Bahner, 2013, S. 171

⁵⁰ Oduncu, 2008, S. 229

2.2 Sterbehilfediskussion in Deutschland

Die in Kapitel 2.1 dargestellten begrifflichen und rechtlichen Unterscheidungen der verschiedenen Sterbehilfeformen basieren unter anderem auf Urteilen des BGH⁵¹, den gesetzlichen Regelungen des Betreuungsrechtes und den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung. Sie sind somit in einem langen Prozess entstanden und im Verlauf der Zeit verändert und angepasst worden. Anhand relevanter Fallbeispiele und Eckdaten, seit den 1980er Jahren bis heute, soll diese Entwicklung dargestellt werden, um bedeutende Zusammenhänge zu veranschaulichen, die zur aktuellen Gesetzeslage geführt haben. Dies ermöglicht es, die Sterbehilfediskussionen im Bundestag und im SPIEGEL in einen umfassenderen diskursiven Kontext einzuordnen. Anzumerken ist, dass die folgenden Fallbeispiele im Rahmen dieser Arbeit nur vereinfacht dargestellt werden können.

Im April 1979 verabschiedete die Bundesärztekammer die sogenannten Richtlinien für die Sterbehilfe. In Bezug auf die passive Sterbehilfe wurde darin festgelegt, dass Ärzte bei Patienten, deren Grundleiden einen irreversiblen Verlauf angenommen hat, Beschwerden zu lindern haben. Dabei sei der Arzt nicht verpflichtet alle therapeutischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung auszuschöpfen. Der Patientenwille bei urteilsfähigen Patienten sei nach angemessener Aufklärung zu respektieren. Bei urteilsunfähigen Patienten seien die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen durchzuführen, dabei seien Hinweise auf den mutmaßlichen Patientenwillen zu berücksichtigen. Die passive Form der Sterbehilfe galt explizit sterbenden Menschen, zu den Maßnahmen zählte das Unterlassen oder das Nichtfortsetzen von Medikation und technischen Maßnahmen wie etwa der Beatmung und der künstliche Ernährung. Zur aktiven Sterbehilfe, im Sinne einer gezielten Lebensverkürzung durch ärztliche Eingriffe die den Tod beschleunigen, wurde in den Richtlinien darauf verwiesen, dass diese nach §216 StGB verboten ist.⁵²

Im sogenannten Wittig-Fall bekräftigt der BGH die Richtlinien der Bundesärztekammer. Bei einem Hausbesuch im November 1981 fand der Hausarzt Dr. Wittig eine Patientin, 76 Jahre alt, bewusstlos vor. Mit einer Überdosis an Medikamenten hatte sie versucht, sich das Leben zu nehmen. Sie hatte eine schriftliche Nachricht an Dr. Wittig hinterlassen, in der sie ihn darum bat, nicht in ein Krankenhaus eingeliefert zu werden. Er griff nicht ein, sondern wartete bis zum nächsten Morgen und erklärte die Patientin dann für tot. Sie hatte bereits 1980

⁵¹ Der BGH ist sowohl für Zivil- als auch für Strafsachen Revisionsgericht. Er überprüft an ihn herangetragene Urteile anderer gerichtlicher Instanzen auf Rechtsfehler. (BGH, 2014, S. 26) Seine Hauptaufgaben sind dabei die Rechtseinheit zu sichern, grundsätzliche Rechtsfragen zu klären und das Recht fortzubilden. Zwar kommt den Urteilen und Beschlüssen des BGH formal nur eine Bindungswirkung in den jeweiligen Einzelfällen zu, die Gerichte unterer Instanzen folgen jedoch fast ausnahmslos seiner Rechtsauffassung. (BGH, 2014, S. 6)

⁵² Benzenhöfer, 2009, S. 131f.

schriftlich festgehalten, dass sie im Falle einer schweren Erkrankung keine intensivmedizinische Behandlung wünsche. Unklar war, ob eine sofortige Einlieferung in ein Krankenhaus ihr Leben gerettet hätte bzw. wenn ja, ob sie dann mit schweren Dauerschäden weitergelebt hätte. Gegen Dr. Wittig wurde Anklage erhoben. Der BGH sprach, ebenso wie zuvor das Landgericht Krefeld, Dr. Wittig, am 04.07.1984 frei.⁵³

In der Begründung wurden diesem Fall besondere Umstände zugeschrieben, da sich der Arzt in einem Konflikt zwischen seinem Behandlungsauftrag und der Achtung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin befunden habe. Unter solchen Umständen habe ein Arzt seine Entscheidung an den Maßstäben der Rechtsordnung und der Standesethik auszurichten, dabei seien die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe von 1979 maßgeblich.⁵⁴

Das Urteil des BGH hatte die Richtlinien für die Sterbehilfe damit zustimmend anerkannt. Seitdem ist im Bereich der passiven Sterbehilfe neben den Richtlinien der Bundesärztekammer, höchststrichterlich festgeschrieben, dass ein Arzt bei einem sterbenden Patienten nicht dazu verpflichtet ist, alle technisch möglichen Maßnahmen der Lebensverlängerung zu ergreifen, insofern dies dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht.⁵⁵

Parallel dazu gab es durch den sogenannten Hackethal-Fall von 1984 in Bezug auf ärztlich assistierten Suizid und aktive Sterbehilfe eine wichtige Entscheidung. Die schwerkranke Frau Eckert beendete ihr Leben im April 1984. Mehrfach hatte sie zuvor ihrem behandelnden Arzt, Prof. Julius Hackethal, gegenüber ihren Sterbewunsch geäußert. Der Lebensgefährte von Frau Eckert holte den Wirkstoff Kaliumzyanid bei Hackethal im Sprechzimmer ab, verdünnte ihn mit Wasser und überreichte ihn Frau Eckert, die sich in der Klinik von Hackethal befand. Sie trank das Gift und starb etwa zehn bis fünfzehn Minuten später im Beisein ihrer Ziehtochter und ihres Lebensgefährten. Gegen Hackethal wurde Anklage wegen Tötung auf Verlangen und gegen die Angehörigen Beihilfe zur Tötung auf Verlangen erhoben. Das Oberlandesgericht München wies dies am 31.07.1987 zurück, es war der Überzeugung, dass die Grenze zwischen strafloser Beihilfe zum Suizid und der strafbaren Tötung auf Verlangen darin besteht, wer das zum Tode führende Geschehen beherrscht.⁵⁶

Aufgrund der Ansicht des Oberlandesgerichts wurde der ärztlich assistierte Suizid, insofern der Arzt der sterbewilligen Person das Medikament nicht selbst verabreicht bzw. diese Person

⁵³ Benzenhöfer, 2009, S. 175

⁵⁴ ebd., S. 176f.

⁵⁵ ebd., S. 177

⁵⁶ ebd., S. 179ff.

das Medikament eigenständig zu sich nimmt, von der Tötung auf Verlangen und damit von der aktiven Sterbehilfe abgegrenzt und wurde als straflose Beihilfe zum Suizid betrachtet.⁵⁷

Der sogenannte Kemptener-Fall hingegen sollte für die passive Sterbehilfe von entscheidender Bedeutung sein. Im September 1990 lautete nach der Reanimation einer 70-jährigen Pflegeheimpatientin in Kempten ihre Diagnose Wachkoma.⁵⁸

Sie wurde seit Ende 1992 mit einer Magensonde⁵⁹ ernährt. Der behandelnde Arzt schlug dem Sohn, der gleichzeitig ihr Betreuer war, vor die künstliche Ernährung einzustellen, was nach einigen Wochen den Tod der Frau zur Folge haben würde, der Sohn willigte ein. Das Pflegepersonal widersetzte sich dieser Maßnahme. Die Pflegedienstleitung schaltete das Vormundschaftsgericht ein, dieses untersagte die Einstellung der Sondenernährung. Arzt und Sohn der Patientin wurden wegen versuchten Todschlages in minderschwerem Fall verurteilt. Am 13.09.1994 wurde das Urteil in einer Revision des Bundesgerichtshofs aufgehoben.⁶⁰

Der BGH legte fest, dass bei einem unheilbar erkrankten entscheidungsunfähigen Patienten das Einstellen der künstlichen Ernährung zulässig sein kann, auch wenn keine Todesnähe besteht, insofern dies dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Anhand von Zeugenaussagen ergab sich, dass die Patientin der Ernährungseinstellung mutmaßlich zugestimmt hätte.⁶¹

Für die passive Sterbehilfe bedeutete dies, dass eine Therapiebegrenzung nicht zwangsläufig daran gebunden sein muss, dass ein Patient sich im Sterbeprozess befindet, hier genügte die Unheilbarkeit der Erkrankung.

⁵⁷ Benzenhöfer, 2009, S. 180f.

⁵⁸ Das Krankheitsbild des Wachkomas, bzw. des apallischen Syndroms, kennzeichnet sich bei teils andersartigen Verläufen dadurch, dass eine Person in einen Zustand fällt, in dem das Schlafen und Wachen an geschlossenen oder geöffneten Augen erkannt werden kann. Wobei jedoch keine weiteren Reaktionen auf Anrede oder Anregungen von außen erfolgen. Diese Patienten müssen künstlich ernährt und vollständig gepflegt werden. Dieses Syndrom kann von Tagen bis hin zu Jahren anhalten, wobei die Besserungsaussichten nach drei bis sechs Monaten eines unveränderten Verlaufs immer geringer werden. Trotzdem kann auch nach Jahren noch eine Besserung eintreten. Inwiefern bei diesen Patienten von einem Bewusstsein gesprochen werden kann, ist umstritten. (Spittler, 2004, S. 59f.) Die das apallische Syndrom kennzeichnende Schädigung des Gehirns kann traumatische Ursachen, wie einen Unfall mit Kopfverletzung oder nichttraumatische Ursachen, wie Sauerstoffmangel nach einem Schlaganfall oder Herzinfarkt haben. Dieses Krankheitsbild ist vom Hirntod und vom Koma, d. h. einem Zustand mit andauernder Bewusstlosigkeit zu unterscheiden. Es fehlen Hinweise bei diesen Patienten Hinweise auf eine bewusste Wahrnehmung der eigenen Person und ihrer Umwelt. Da diese Patienten durchaus auf optische und akustische Reize reagieren, können diese etwa von Angehörigen als gezielte Reaktionen interpretiert werden. (Benzenhöfer, 2009, S. 182f.)

⁵⁹ Eine Magensonde, bzw. (PEG-)Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) dient der künstlichen Ernährung. Bevor sie eingeführt wurde, war der Sterbeprozess vom Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit begleitet, heute werden sie häufig bei Demenzkranken gelegt. Dabei ist umstritten, ob diese das Leiden einer Person verlängern. Zudem ist gerade bei dementen Menschen nicht immer klar, ob sie, wenn sie nicht selbstständig essen, dies nicht tun, weil sie es nicht können oder es nicht wollen. (Kolb, 2004, S. 265f.)

⁶⁰ Benzenhöfer, 2009, S. 184f.

⁶¹ Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2014

Zur indirekten Sterbehilfe ist ein Fall aus Kiel zu nennen. Im April 1995 verurteilte das Landgericht Kiel ein Ärzte-Ehepaar wegen Totschlags. Eine befreundete Rentnerin des Paares hatte im Sterben gelegen. Das Ehepaar entschloss sich die Patienten zuhause medikamentös zu versorgen, kurz darauf starb die Frau. Die Richter befanden, dass die Rentnerin an einer Überdosis des verabreichten Dolantin gestorben sei und dass das Ehepaar ihr dieses mit einer Tötungsabsicht injiziert habe. Der Mann habe die Rentnerin anhand eines gefälschten Testamentes schnell beerben wollen. Seine Frau habe ihr einen schmerzvollen Sterbeprozess ersparen wollen, jedoch habe auch sie damit eine Tötungsabsicht gehabt. 1996 wurde die Ehefrau aufgrund von Mangel an Beweisen für die Tötungsabsicht vom BGH freigesprochen, es sei nicht fehlerfrei auszuschließen, dass die Ärztin den beschleunigten Todeseintritt nicht beabsichtigt habe.⁶²

Dieses Urteil erklärte erstmalig indirekte Sterbehilfe für zulässig. Der zweite Leitsatz des Urteils lautet:

„Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, daß sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“⁶³

Im Jahr 1998 kam es, unter anderem durch den Kemptener-Fall, zu einer Überarbeitung der Richtlinien für die Sterbebegleitung durch die Bundesärztekammer.⁶⁴

Diese wurden bereits 1993 geändert.⁶⁵ Wobei die Änderungen für die hier geschilderten Entwicklungen vernachlässigbar sind. Auffällig ist jedoch die Änderung des Titels, der Begriff der Sterbehilfe wurde durch den der Sterbebegleitung ersetzt.

In den Richtlinien von 1998 wurde festgelegt, dass Therapiebegrenzung auf Basis des mutmaßlichen Patientenwillens, etwa in Form der Einstellung der künstlichen Ernährung, nicht nur bei Sterbenden zulässig ist, sondern auch bei Menschen mit infauster Prognose⁶⁶, in solchen Fällen könne eine Therapiebegrenzung sogar geboten sein und eine palliativ-medizinische Versorgung trete in den Vordergrund. Die aktive Sterbehilfe wurde weiterhin für unzulässig erklärt.⁶⁷

Im sogenannten Lübecker Fall, der an dieser Stelle nicht vertieft behandelt werden kann, weil er zu weit in die Einzelheiten des Beatreuungsrechts gehen würde, entschied der BGH am

⁶² Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2014

⁶³ BGH, 1996; zit. n. HRR-Strafrecht, 2014, S. 1

⁶⁴ Benzenhöfer, 2009, S. 189

⁶⁵ ebd., S. 182

⁶⁶ Infauste Prognose: „Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden“. (Bundesärztekammer, 2011, S. 347)

⁶⁷ Benzenhöfer, 2009, S. 189f.

17.03.2003, dass wenn ärztlicherseits eine lebensverlängernde oder –erhaltende Behandlung angeboten wird, die Einwilligung des Betreuers erforderlich ist. Wenn der Betreuer in diese Behandlung nicht einwilligen möchte, muss er sich dies vom Vormundschaftsgericht genehmigen lassen. Die bei diesem Fall vorsitzende Richterin erklärte vier Monate später, dass sie es für wünschenswert halte, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten gesetzlich zu stärken. Im September 2003 wurde die Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ durch das Bundesjustizministerium bzw. die Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) eingesetzt, diese soll die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen diskutieren und eventuell eine Gesetzesänderung erarbeiten. Im Mai 2004 legte die Bundesärztekammer neue Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung vor, dabei wurde der Beschluss des BGH von 2003 (Lübecker-Fall) aufgegriffen. In Bezug auf Behandlungsbegrenzungen beim apallischen Syndrom wurde festgelegt, dass die Dauer der Bewusstlosigkeit kein alleiniges Kriterium für die Beurteilung lebenserhaltender Maßnahmen sein sollte. Lebenserhaltende Maßnahmen seien unter Beachtung des einst geäußerten mutmaßlichen Patientenwillens geboten. Insofern eine Situation eintritt, in welcher der Patient sich zwar noch nicht unmittelbar im Sterben befindet, aber in absehbarer Zeit sterben wird, stehe palliativmedizinische Versorgung im Vordergrund.⁶⁸

Im Juni 2004 legt die Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ einen Bericht vor. Dieser empfiehlt die Patientenverfügung als Instrument in das Betreuungsrecht zu integrieren. Außerdem wird vorgeschlagen, im Strafrecht zu klären, wann Unterlassen und Durchführen medizinischer Maßnahmen zulässig sind und wann nicht.⁶⁹

Am 01.11.2004 wurde dann ein Gesetzentwurf zur Änderung des Betreuungsrechts durch das Bundesministerium für Justiz vorgelegt. Demnach sollte der Betreuer, den in einer Patientenverfügung niedergeschriebenen Willen beachten und umsetzen. Unter Bundeskanzler Gerhard Schröder kam es jedoch zu keiner Regelung mehr.⁷⁰

Erneut beschäftigte sich der BGH mit einem Fall des Abbruchs der künstlichen Ernährung eines Wachkomapatienten. Diesmal wurde die Klage eines Betreuers verhandelt, der das Einstellen der künstlichen Ernährung eines von ihm betreuten Wachkomapatienten entgegen dem Willen der Heimleitung durchsetzen wollte. Ärztlicherseits wurde eine Ernährungseinstellung empfohlen, die Pflegekräfte hatten sich jedoch geweigert dieser Anordnung nachzukommen. Da der Patient während des Verfahrens starb, ging es vor dem BGH lediglich darum, wer die Kosten des Prozesses zu tragen hat. Der BGH entschied 2005,

⁶⁸ Benzenhöfer, 2009, S. 191-194

⁶⁹ ebd., S. 193f.

⁷⁰ ebd., S. 194

dass beide Parteien die Kosten zu tragen haben, da die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe bislang nicht eindeutig seien. Festgehalten wurde, dass die künstliche Ernährung als Eingriff in die körperliche Unverletzlichkeit zu betrachten sei, damit ist eine Fortsetzung der künstlichen Ernährung gegen den Patientenwillen eine rechtswidrige Handlung und bedarf einer Einwilligung des Betreuers. Sofern sich Arzt und Betreuer einig seien, müsse kein Betreuungsgericht zur Überprüfung gerufen werden.⁷¹

Im Jahr 2007 legte eine fraktionsübergreifende Gruppe unter Wolfgang Bosbach (CDU) einen Gesetzentwurf zur Verankerung von Patientenverfügungen im Betreuungsrecht vor, dieser beinhaltete eine sogenannte Reichweitenbeschränkung für Patientenverfügungen, diese sah vor, dass für den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen ein irreversibel tödlicher Krankheitsverlauf vorliegen muss, sogenannte Nichtsterbende wären damit von dieser Option ausgeschlossen.⁷²

Kurz darauf wurde ein weiterer Gesetzentwurf durch eine fraktionsübergreifende Gruppe um Wolfgang Zöllner (CSU) zur Klarstellung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen erarbeitet, dieser enthielt jedoch keine Reichweitenbegrenzung. Im Juni 2007 wurde dann ein Gesetzentwurf zur Änderung des Betreuungsrechts durch Joachim Stüncker (SPD) und eine Gruppe von Abgeordneten eingebracht.⁷³ Dieser wurde dann am 18. Juni 2007 mehrheitlich angenommen.⁷⁴

Der Umgang mit Patientenverfügungen ist seit dem 01.09.2009 im Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 1901a) geregelt.⁷⁵ Demnach kann ein einwilligungsfähiger Volljähriger schriftlich festlegen, welchen Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztlichen Eingriffen er für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit zustimmt und welchen nicht. Der jeweilige Betreuer des Patienten ist für die Prüfung und Auslegung des in der Verfügung festgehaltenen Patientenwillens zuständig. Diese Regelungen gelten unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung des Betreuten. Niemand kann dazu verpflichtet werden, eine Patientenverfügung zu erstellen und sie kann jederzeit formlos widerrufen werden.⁷⁶

Insofern es keine Hinweise auf eine Änderung des Patientenwillens gibt und die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die konkrete Situation anwendbar sind, ist die Patientenverfügung verbindlich.⁷⁷

⁷¹ Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2014

⁷² Benzenhöfer, 2009, S. 194

⁷³ Benzenhöfer, 2009, S. 195

⁷⁴ Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2014a

⁷⁵ Benzenhöfer, 2009, S. 198

⁷⁶ vgl. BGB, 2014, S. 360

⁷⁷ Benzenhöfer, 2009, S. 195

Der BGH fällt 2010 auf Basis dieses Gesetzes ein Urteil zu einem Fall aus Fulda. Im April 2009 verurteilt das Landgericht Fulda einen Anwalt der Beihilfe zum Totschlag. Eine seit fünf Jahren im Wachkoma liegende Frau sollte seitens ihrer beiden Kinder die Einstellung der künstlichen Ernährung zugesprochen bekommen. Sie versuchten dabei den einst mündlichen geäußerten Willen der Mutter durchzusetzen, in einer irreversiblen Situation keine künstliche Ernährung zu bekommen. Die Geschäftsleitung des Pflegeheims, in dem die Frau lag, verlangte entgegen eines Kompromisses zwischen den Angehörigen und der Heimleitung die Ernährung einzustellen, diese wieder aufzunehmen. Der Anwalt der Angehörigen riet diesen den Nahrungsschlauch durchzutrennen, was sie auch taten. Die Heimleitung veranlasste eine Verlegung der Patientin in ein Krankenhaus, wo die Ernährung fortgesetzt wurde. Wenige Tage darauf starb die Patientin. Der BGH urteilte am 25.06.2010 auf Basis des 2009 erlassenen Patientenverfügungsgesetzes, dass das von der Patienten verfügte Einstellen der Behandlung unabhängig von Art und Stadium der Krankheit geschehen müsse und dass die Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung gegen den Willen der Patientin geschehen sei und damit seitens der Heimleitung ein Angriff auf das Selbstbestimmungsrecht der Patientin gewesen sei.⁷⁸

Obwohl bereits 1994 und 2005 vom BGH festgelegt wurde, dass das Beenden der künstlichen Ernährung auf Basis des Patientenwillens zulässig ist, trifft der BGH erneut eine Entscheidung zu dieser Problematik. Das Durchtrennen des Nahrungsschlauches wurde als legitime passive Sterbehilfe betrachtet, damit wurde rechtlich festgelegt, dass auch passive Sterbehilfe durch „aktives Tun“ möglich ist:

- „1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.
2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.
3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.“⁷⁹

Erneut wurde aktive Sterbehilfe im dritten Artikel als unzulässig erklärt und als gezielter Eingriff vom aktiven Tun unterschieden. Jedoch wurden die Begriffe „aktives Tun“ und „gezielter Eingriff“ nicht umfassender definiert.

Die Darstellung der unterschiedlichen Fallbeispiele hat verdeutlicht, wie unterschiedlich die Situationen sein können, die der Sterbehilfethematik zugeordnet werden. Insgesamt lässt sich

⁷⁸ Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2014

⁷⁹ BGH-Urteil 2 StR 454/09, 2010, S. 1

festhalten, dass der Bereich der Sterbehilfe sehr groß und nur innerhalb eines größeren diskursiven Kontextes, wie er hier dargestellt wurde, zu verstehen ist.

3 Methodischer Ansatz: Diskurstheorie und Kritische Diskursanalyse

In diesem Kapitel erläutere ich die Methode der Kritischen Diskursanalyse, die mir als Grundlage für die Analyse des Sterbehilfediskurses in Deutschland dient, wie er hier für den Zeitraum von 2000 bis 2010 untersucht wird.

Zunächst erfolgt eine Definition des Diskursbegriffes. Anhand einer kurzen Vorstellung diskurstheoretischer Begriffe und Elemente (Wissen, Archäologie, Macht und Diskurs) sollen die Möglichkeiten der Erkenntnisgewinnung durch eine Kritische Diskursanalyse aufgezeigt werden. Dazu werden vor allem die Beiträge Siegfried Jägers herangezogen. Vordergründig soll dabei ein erweitertes Verständnis für den Diskursbegriff geschaffen werden. Zudem wird auf die Auswahl des dieser Arbeit zugrundeliegenden Datenmaterials eingegangen. Abschließend werden von Jäger dargestellte Begrifflichkeiten und wichtige Schritte der Analyse vorgestellt, um die Ziele dieser Arbeit nochmals zu verdeutlichen.

3.2 Definition: Diskurs

Der Diskursbegriff an sich bezeichnet eine interpersonale Konversation. Erweitert umfasst er alle Formen des sozialen Dialogs innerhalb und zwischen Individuen, sozialen Gruppen, Institutionen und Organisationen. Die Teilnehmer des Dialogs, die in Form von Sprechern in Erscheinung treten, stehen dabei stellvertretend für ihre jeweilige Gruppe, Institution oder Organisation.⁸⁰

Sich Diskursen anzunähern bzw. diese zu rekonstruieren und ihre Bedeutung zu verstehen, ist Bestandteil einiger zentraler Werke von Michel Foucault. Daher wird die Entwicklung der foucaultschen Diskurstheorie, anhand einiger seiner Werke und Begrifflichkeiten, nun kurz umrissen. Diese Begriffe werden dazu jeweils in den Kontext ihrer Bedeutung für die Kritische Diskursanalyse gesetzt, woraus eine umfassendere Bedeutung des Diskursbegriffs hervorgehen soll. Dabei wird nicht der Anspruch gestellt die foucaultsche Diskurstheorie und alle Bestandteile einer Diskursanalyse vollständig darzustellen, denn schon Foucault schrieb:

„Alle meine Bücher [...] sind kleine Werkzeugkisten. Wenn die Leute sie aufmachen wollen und diesen oder jenen Satz, diese oder jene Idee oder Analyse als Schraubenzieher verwenden, um die Machtssysteme kurzzuschließen, zu demontieren oder zu sprengen, einschließlich vielleicht derjenigen Machtssysteme, aus denen diese Bücher hervorgegangen sind – nun gut, umso besser.“⁸¹

Daher orientiert sich diese Bachelorarbeit an der Idee, Foucaults Schriften und Siegfried Jägers Beiträge als Werkzeugkisten zu verwenden und dabei bestimmte Elemente bzw. Bausteine auszuwählen, die für diese Analyse relevant sind. Im Folgenden sollen das

⁸⁰ Donati, 2011, S. 161

⁸¹ Foucault, 1976, S. 53

Instrumentarium und die Begrifflichkeiten vorgestellt werden, die als Grundlage für die anschließende Analyse der Sterbehilfediskurse dienen.

3.2.1 Archäologie und Wissen

Wissen bezeichnet alle Arten von Bewusstseinsinhalten und Bedeutungen, mit denen Menschen in ihrem jeweiligen historischen Kontext, die sie umgebende Wirklichkeit deuten, verstehen und gestalten.⁸²

Der Begriff der Archäologie nach Foucault umfasst die Rekonstruktion von Alltagswissen, wissenschaftlichen Erkenntnissen, gesellschaftlichen Sitten sowie Bräuchen, Handlungs- und Redeweisen, die als Forschungsfeld erschlossen werden können.⁸³

Dies nimmt die Kritische Diskursanalyse zur Grundlage, im Zuge der Erschließung eines Forschungsfeldes zu hinterfragen, was jeweils gültiges Wissen überhaupt ist, wie dieses zustande kommt und wie es übermittelt wird. Dabei stellt sich die Frage, welche Rolle dieses Wissen zum einen für die Entwicklung von Subjekten und zum anderen für die Gestaltung von Gesellschaft spielt. Zugleich wird untersucht, welche Auswirkungen dieses Wissen insgesamt auf gesellschaftliche Entwicklungen hat.⁸⁴

In dem Werk „Archäologie des Wissens (1969)“ versucht Foucault den Gedanken, dass Wissensproduktion selbst durch Wissen geleitet wird, zu erfassen und zu präzisieren. Dazu analysiert er anhand von Aussagegruppen sowohl Anordnungen als auch Veränderungen bestimmter Diskurse.⁸⁵ Dabei geht Foucault bereits näher auf die Analyse eines diskursiven Feldes ein:

„[E]s handelt sich darum, die Aussage in der Enge und Besonderheit ihres Ereignisses zu erfassen; die Bedingungen ihrer Existenz zu bestimmen, auf das Genaueste ihre Grenzen zu fixieren, ihre Korrelationen mit den anderen Aussagen aufzustellen, die mit ihm verbunden sein können, zu zeigen, welche anderen Formen der Äußerung sie ausschließt. [...]. Die für eine solche Analyse typische Frage könnte man folgendermaßen formulieren: was ist das also für eine sonderbare Existenz, die in dem ans Licht kommt, was gesagt wird, und nirgendwo sonst?“⁸⁶

Es lässt sich erkennen, dass Foucault der Analyse eines Diskurses die Möglichkeit zuschreibt, die Grenzen, aber auch die Wurzeln der sprachlichen Sagbarkeit zu identifizieren.

Dies wird im Rahmen der Kritischen Diskursanalyse aufgegriffen, so soll anhand der Betrachtung sozialer Dialoge sowohl deutlich gemacht werden, was in einem bestimmten

⁸² Jäger, 2011, S. 91

⁸³ Thoma, 2011, S. 43

⁸⁴ Jäger, 2011, S. 91

⁸⁵ Thoma, 2011, S. 47

⁸⁶ Foucault, 1973, S. 43

historischen und gesellschaftlichen Kontext als normal, sagbar und machbar, als auch was als unnormal, unsagbar sowie unmachbar galt, gilt oder womöglich gelten wird.⁸⁷

Den Verlauf eines Diskurses bzw. die Vorstellung davon, dass einzelne soziale Dialoge als Grundlage für die Rekonstruktion eines Gesamtdiskurses dienen können, veranschaulicht Jäger mit der Beschreibung eines Diskurses als „>>Fluss von >Wissen< bzw. sozialen Wissensvorräten durch die Zeit<<“. ⁸⁸

Einzelne soziale Dialoge und schließlich auch der daraus bestehende Gesamtdiskurs repräsentieren Wissen bzw. soziale Wissensvorräte, welche durch Lernprozesse entstehen, die jeweils in bestimmten historischen und gesellschaftlichen Kontexten stattfinden. Dementsprechend sind der Mensch und sein Denken selbst Bestandteil bestehender gesellschaftlicher Diskurse.⁸⁹ Folglich lässt sich auch Foucaults Gedanke nachvollziehen, dass bestehendes gesellschaftliches Wissen, die Produktion neuen Wissens und die Entwicklung von Diskursen bestimmt und beeinflusst.

Dieser Ansatz erscheint damit als besonders fruchtbar für die Betrachtung der Bundestagsdiskussion und der SPIEGEL-Berichterstattung, denn er verknüpft sie mit der einführenden Darstellung des diskursiven Kontextes der Sterbehilfethematik. Auf Basis diskurstheoretischer Annahmen lassen sich damit im Rahmen der Analyse einerseits Rückschlüsse auf bestehendes gesellschaftliches Wissen zur Sterbehilfe ziehen und andererseits kann untersucht werden, wie dieses Wissen die Entwicklung der Diskurse beeinflusst und innerhalb der Diskurse selbst reflektiert wird.

3.2.2 Diskurs und Macht

In seinem Werk „Die Ordnung des Diskurses“ (1972) spezifiziert Foucault seine Überlegungen zu Diskursen und erweitert diese um Aspekte der Macht.⁹⁰

Foucault stellt folgende Hypothese auf:

„Ich setze voraus, daß in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert wird – und zwar durch gewisse Prozeduren, deren Aufgabe es ist, die Kräfte und die Gefahren des Diskurses zu bändigen, sein unberechenbar ereignishaftes zu bannen, seine schwere und bedrohliche Materialität zu umgehen.

In einer Gesellschaft wie der unseren kennt man sehr wohl Prozeduren der *Ausschließung*. Die sichtbarste und vertrauteste ist das *Verbot*. Man weiß, daß man nicht das Recht hat, alles zu sagen, daß man nicht bei jeder Gelegenheit von allem sprechen kann, daß schließlich nicht jeder beliebige über alles beliebige reden kann.“⁹¹

⁸⁷ Jäger, 2012, S. 223

⁸⁸ Jäger, 2012, S. 132

⁸⁹ Jäger, 2011, S. 118

⁹⁰ Thoma, 2011, S. 52

⁹¹ Foucault, 1974, S. 10f., Hervorh. im Orig.

Menschliches Handeln und gesellschaftliche Regeln sind somit nicht nur Bestandteil des Diskurses, sondern offenbaren etwa durch Ausschließungsmechanismen und Verbote bestimmte Machtverhältnisse. Jäger schreibt dazu:

„Die jeweiligen Regeln, die (als Bestandteil der Diskurse) im Diskurs eingehalten werden müssen, sind dabei selbstverständlich unterschiedlich. Ein akademischer Vortrag mit anschließender Diskussion folgt anderen Regeln als ein Gespräch am Mittagstisch, und es kommt vor, daß man gegen diese Regeln des Diskurses, gegen >>die Regeln des Anstandes<< (Foucault 1983, S. 27), die der Diskurs vorgibt, verstößt (indem man etwa von >>ekligen Dingen<< berichtet - >>was sich nicht gehört<<). Doch selbst solche Regelverstöße sind wiederum diskursiv und geregelt [...]. So können sie etwa den Charakter von Gegendiskurselementen annehmen. Solche (Elemente von) Gegendiskursen(n) bzw. Abweichungen von den >>normalen<< allgemein gebräuchlichen Diskursregeln können sanktioniert werden, zurückgewiesen oder auch bestraft werden. Hier zeigt sich auf der Mikroebene die Verknüpfung von Diskurs und Macht (oder sogar Herrschaft).“⁹²

Diskurse bestimmen somit individuelles Handeln, was bedeutet, dass sie selbst Macht ausüben.⁹³ Jürgen Link beschreibt sie ergänzend als „institutionalisierte, geregelte Redeweisen, als Räume möglicher Aussagen, die an Handlungen gekoppelt sind“ und, dass diese „jeweils spezifische Sagbarkeits- und Wissensräume sowie deren Grenzen“ festlegen.⁹⁴ Diskurse und menschliches Handeln sind folglich wechselseitig voneinander abhängig und nicht voneinander zu trennen.

Foucaults Machtkonzeption wird besonders in „Der Wille zum Wissen“ (1976) konkretisiert. Thoma fasst zusammen, dass Foucault versucht herauszuarbeiten, dass:

„nicht das Verbot, die Unterdrückung, die Zensur die wesentlichen Formen der Macht sind, die in unserer Gesellschaft wirken, sondern gerade bestimmte Formen der Diskursanreizung, der Diskursivierung und die damit einhergehende Produktion von ‚Gegenständen‘, ‚Konzepten‘, ‚Vorstellungen‘ und ‚Wahrheiten‘ konstitutiv für ein Machtkonzept sind.“⁹⁵

Foucault verweist jedoch auf Folgendes in Bezug auf das Verhältnis zwischen Wissen und Macht:

„[...] niemals darf sich die Ansicht einschleichen, daß *ein* Wissen oder *eine* Macht existiert – oder gar *das* Wissen oder *die* Macht, welche selbst agieren würde. [...] nichts kann als Wissenselement auftreten, wenn es nicht mit einem System spezifischer Regeln und Zwänge konform geht [...].“⁹⁶

Weder bestimmtes Wissen noch Macht stehen also eigenständig über gesellschaftlichen Regeln. Beides geht mit diesen Regeln einher und lässt sich nicht von diesen trennen. Machtverhältnisse setzen sich aus dem Gegenwärtigsein verschiedener Wahrheiten, unterschiedlichem Wissen und bestimmten, in diesem Rahmen dominierenden, oder repressiven Konzepten zusammen. Mit Hilfe einer Diskursanalyse kann sich an

⁹² Jäger, 2004, S. 129f.

⁹³ Jäger, 2011, S. 92

⁹⁴ Link, 2012, S. 57

⁹⁵ Thoma, 2011, S. 62

⁹⁶ Foucault, 1978, S. 32; zit. n. Jäger, 2004, S. 149f., Hervorh. im Orig.

Machtverhältnisse angenähert werden, es ist jedoch nicht das Ziel, auf Basis der Analyseergebnisse, Verantwortliche für bestimmte Entwicklungen zu bestimmen. Vielmehr geht es darum zu zeigen, einerseits mit welchen Mitteln, und andererseits für welche Wahrheiten Akzeptanz in einer Bevölkerung geschaffen wird.⁹⁷ Etwa indem Machtkonstellationen anhand dominierender Argumentationsmuster herausgearbeitet werden. Zusammengefasst will die Kritische Diskursanalyse das jeweils Sagbare mit allen Aussagen, die in einer bestimmten Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit geäußert werden können, ebenso wie die Strategien, mit denen das Sagbare erweitert oder beschnitten werden soll, erfassen.⁹⁸ In Bezug auf die in dieser Arbeit zu analysierenden Sterbehilfediskurse kann die Kritische Diskursanalyse unter anderem dazu dienen, zu Beginn dieser Arbeit aufgeworfene Fragen zur Unterscheidung verschiedener Formen der Sterbehilfe und ihrer Begründungen zu untersuchen.

3.3 Der Text als Interpretationsgrundlage zur Erschließung eines Diskursstrangs

Erachten wir Diskurse als historische und gesellschaftliche Wissensvorräte, die in Form von sozialen Dialogen vorliegen, können diese beispielsweise mittels Textinterpretation rekonstruiert werden. Dabei werden Texte, ob nun in Schriftform vorliegendes, gesprochenes Wort, oder speziell zum Lesen erschaffene Schriftstücke, als Datenmaterial betrachtet.

Die Auswertung dieses Materials unterliegt der Annahme, dass sich anhand dieser Dokumente Diskurse erschließen lassen. Texte gelten als Produkte individueller Denk- und Sprechaktivitäten. Die Funktion eines eigens für das Lesen geschaffenen Textes ist es, Gedanken sprachlich auszuformulieren und dadurch für andere zugänglich zu machen.⁹⁹ Der Zweck einer solchen Produktion ist daher die Kommunikation von Wissen.¹⁰⁰

Dieses Wissen wiederum beziehen die Menschen aus den jeweils gegebenen diskursiven Zusammenhängen, in die sie hineingeboren und verstrickt sind und in denen sie während ihres gesamten Daseins leben.¹⁰¹ Somit unterliegen sowohl Text als auch gesprochenes Wort den Bedingungen der Situation des produzierenden Menschen, der sein Wissen mit einer bestimmten Wirkungsabsicht gedanklich übermitteln will.¹⁰²

Im Rahmen einer Diskursanalyse geht es jedoch nicht darum, Texte als individuelle Leistungen zu betrachten, sondern „als Bestandteile eines (sozialen) Diskurses“.¹⁰³

⁹⁷ Jäger, 2012, S. 223

⁹⁸ Jäger, 2011, S. 94

⁹⁹ Jäger, 2012, S. 113

¹⁰⁰ ebd., S. 118

¹⁰¹ Jäger, 2011, S. 91

¹⁰² Jäger, 2012, S. 118

¹⁰³ Jäger, 2004, S. 173

Da sie jedoch dem ersten Anschein nach individuelle Produkte sind, kommt eine Diskursanalyse nicht umhin, viele individuelle Textprodukte zu untersuchen.¹⁰⁴

Das bedeutet gleichzeitig, dass im Rahmen einer solchen Arbeit nur ein ausgewählter Teil des Gesamtdiskurses betrachtet werden kann. Den Gesamtdiskurs der Sterbehilfe in Deutschland mit allen seinen Verschränkungen zu analysieren, wäre nur mit Hilfe vieler Einzelprojekte möglich.¹⁰⁵ Vielmehr dient diese Arbeit dazu, einzelne, nach bestimmten Kriterien ausgewählte Diskursfragmente zu analysieren. Ein Diskursfragment kann etwa ein Text oder ein Textteil sein, in dem ein bestimmtes Thema behandelt wird.¹⁰⁶ Diskursfragmente können durch Diskursverschränkungen geprägt sein, diese liegen vor, wenn ein Text verschiedene Themen anspricht, aber auch wenn nur ein Hauptthema angesprochen ist, bei dem aber Bezüge zu anderen Themen vorgenommen werden.¹⁰⁷

Die Betrachtung einzelner Diskursfragmente soll dazu beitragen, Aufschluss über den Diskursstrang zu geben. Ein Diskursstrang besteht aus Diskursfragmenten gleichen Themas. Diese Betrachtung ist bereits bei Foucault nachzulesen: „Die in ihrer Form verschiedenen, in der Zeit verstreuten Aussagen bilden eine Gesamtheit, wenn sie sich auf ein und dasselbe Objekt beziehen.“¹⁰⁸ Die Betrachtung eines Diskursstranges ermöglicht herauszufinden, was zu einem bestimmten gegenwärtigen oder früheren Zeitpunkt bzw. jeweiligen Gegenwarten gesagt wurde bzw. sagbar ist bzw. war.¹⁰⁹

Es werden zwei Diskursebenen betrachtet, wobei sich Diskursebenen als soziale Orte bezeichnen lassen. In dieser Arbeit werden die Ebenen Politik und Medien untersucht. Stellvertretend für die Ebene der Politik wird Sterbehilfe im Rahmen der Bundestagsdiskussion betrachtet. Als Beispiel für die Medien wird DER SPIEGEL als Interpretationsgrundlage genutzt. Da Diskursebenen aufeinander einwirken, sich aufeinander beziehen und sich gegenseitig nutzen, wird ebenso ein Augenmerk auf mögliche Interaktionen zwischen der SPIEGEL-Berichterstattung und den Bundestagsdebatten gelegt.¹¹⁰

3.4 Vorgehensweise: Analyseschritte nach Siegfried Jäger

Die Analyse in dieser Arbeit orientiert sich an den Vorschlägen zur Vorgehensweise von Siegfried Jäger. Jedes Diskursfragment wird hinsichtlich bestimmter Kriterien untersucht. Allerdings ist es immer abhängig vom jeweiligen Diskursfragment, wie ausführlich dies im Einzelnen ausfallen kann.

¹⁰⁴ Jäger, 2004, S. 173

¹⁰⁵ vgl. Jäger, 2012, S. 169

¹⁰⁶ ebd., S. 159

¹⁰⁷ ebd., S. 166

¹⁰⁸ Foucault, 1981/2004, S. 49

¹⁰⁹ Jäger, 2011, S. 94

¹¹⁰ vgl. Jäger, 2012, S. 163

Zunächst wird jeweils der institutionelle Rahmen, d.h. kontextuelle wichtige Ereignisse, Autor bzw. Sprecher und Medium des betreffenden Artikels dargestellt. Daneben werden graphische Gestaltung, Überschriften, angesprochene Themen und Gliederung der jeweiligen Diskursfragmente betrachtet. In einem weiteren Schritt wird die sprachlich-rhetorische Seite der Texte und Textteile untersucht, insbesondere Argumentationsmuster und Wortwahl. Daraus können inhaltlich ideologische Aussagen hergeleitet werden, woraus sich etwa Aussagen über das leitende Menschenbild treffen lassen. Die Gesamtheit dieser Teilschritte und das Aufeinander beziehen dieser, bilden den Kern der Analyse.¹¹¹

3.5 Kollektivsymbole

Des Weiteren sind für diese Analyse die sogenannten Kollektivsymbole wichtig. Dies ist ein diskurstheoretisches Konzept, welches auf Jürgen Link zurückgeht.¹¹² Nach Jürgen Link wird unter Kollektivsymbolen Folgendes verstanden:

„[...] *Sinn-Bilder* (komplexe, ikonische, motivierte Zeichen) [...], deren kollektive Verankerung sich aus ihrer sozialhistorischen, z.B. technohistorischen Relevanz ergibt, und die [...] metaphorisch [...] und [...] pragmatisch verwendbar sind.“¹¹³

Weiterhin beschreibt Link: „Unter Kollektivsymbolik sei die Gesamtheit der am weitesten verbreiteten Allegorien und Embleme, Vergleiche [...], Exempelfälle, anschauliche Modelle und Analogien einer Kultur“ zu verstehen.¹¹⁴

Kollektivsymbole sind damit Symbole, die den Mitgliedern einer Gesellschaft bekannt sind. Dazu gehört das Repertoire an Bildern, mit dem die Menschen sich ein Gesamtbild von der gesellschaftlichen Wirklichkeit und der politischen Landschaft der Gesellschaft machen, wie diese gedeutet werden und vor allem wie die Menschen sie durch die Medien gedeutet bekommen. Kollektivsymbole umfassen „in symbolisch verdichteter und vereinfachender Form das heute gängige und gültige Bild unserer Gesellschaft“.¹¹⁵ Somit bilden Kollektivsymbole ein System. Dieses System von Bildern übt eine extreme Wirkung auf die Wahrnehmung, die Deutung und das Verstehen der Wirklichkeit aus, denn der gesamtgesellschaftliche Diskurs besteht aus synchronen Systemen kollektiver Symbole. Die Wirkung medialer und politischer Ansprache auf individuelles und kollektives Bewusstsein lässt sich nur verstehen, wenn diese Systeme kollektiver Symbole beachtet werden. Weiterhin werden Kollektivsymbole in Form kollektiver Stereotypen tradiert und verwendet.¹¹⁶

¹¹¹ Jäger, 2004, S. 175ff.

¹¹² Jäger, 2004, S. 133

¹¹³ Link, 1988, S. 286

¹¹⁴ Link, 2012a, S. 137

¹¹⁵ Jäger, 2004, S. 134

¹¹⁶ ebd., S. 134f.

Somit haben sie eine indirekte Bedeutungsfunktion, wobei das Bezeichnete selbst zum Träger einer zweiten Bedeutung wird. Erste und zweite Bedeutung von Kollektivsymbolen sind nicht willkürlich miteinander verbunden, weshalb sie Mehrdeutigkeit aufweisen. Kollektivsymbole erzählen sich dadurch weiter, dass wir das System kollektiver Symbole gelernt und im Bewusstsein präsent haben, wodurch uns sofort weitere Kollektivsymbole einfallen, wenn wir eines hören, sehen oder lesen.¹¹⁷

¹¹⁷ Jäger, 2004, S. 140f.

4 Sterbehilfe in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2010: Eine Kritische Diskursanalyse

Im Folgenden werden anhand von zwei Sitzungen des Deutschen Bundestages vorherrschende Wahrheitsansprüche und dem Sterbehilfediskurs eigene Argumentationsmuster herausgestellt, die über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg Bestand haben. Gleichzeitig werden dominierende sowie repressive Themenbereiche des Sterbehilfediskurses im Bundestag herausgearbeitet. Im Anschluss erfolgt ein Zwischenfazit. Der Schwerpunkt liegt insgesamt auf der Bundestagsdiskussion zur Sterbehilfe.

Daraufhin wird vergleichend der Sterbehilfediskurs der SPIEGEL-Berichterstattung im Untersuchungszeitraum von 2000 bis 2010 betrachtet. Dabei sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Auseinandersetzung mit der Sterbehilfethematik sowie mögliche Wechselwirkungen zwischen den beiden Diskursebenen der Politik und den Medien erarbeitet werden. Zudem wird untersucht, inwieweit historisch geprägte Aspekte, des umfassenderen deutschen Diskurses zur Sterbehilfe, in den zu betrachtenden Dokumenten reflektiert werden und welchen Einfluss diese womöglich auf ihn ausüben.

4.1 Vorgehensweise zur Rekonstruktion des Sterbehilfediskurses in Deutschland

Dieses Unterkapitel zeigt, wie bei der Annäherung an den Sterbehilfediskurs in Deutschland vorgegangen wurde. Dazu wird zunächst die Herangehensweise an den Sterbehilfediskurs im Bundestag vorgestellt. Anschließend wird auf die Vorgehensweise zur Rekonstruktion des SPIEGEL-Diskurses eingegangen.

4.1.1 Annäherung an den Sterbehilfediskurs des Deutschen Bundestages

Auf der Homepage des Deutschen Bundestages habe ich mit Hilfe der Suchfunktion nach Dokumenten recherchiert, die folgende Begriffe beinhalten: Sterbehilfe, aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe, indirekte Sterbehilfe, gewerbliche Suizidbeihilfe, organisierte Suizidbeihilfe, gewerbliche Sterbehilfe, organisierte Sterbehilfe, Beihilfe zum Suizid, Tod, Sterben, Sterbebegleitung, Palliativmedizin, Hospizarbeit, Suizid, Suizidbeihilfe, Selbsttötung, Selbstmord, Patientenverfügung, Patient, ärztlich assistierter Suizid, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen. Die Dokumente, die ausfindig gemacht wurden, wurden einzeln erneut nach entsprechenden Begriffen und Themenbereichen durchsucht. Dabei wurden zur Rekonstruktion des Sterbehilfediskurses im Bundestag 85 Dokumente von 1974 bis 2014 als relevant befunden. Nach Durchsicht der Dokumente wurden 52 als relevant für den veranschlagten Zeitraum von 2000 bis 2010 erachtet. Diese 52 Dokumente wurden eingehend untersucht. Schließlich stellten sich 16 Dokumente als repräsentativ heraus. Zwei

dieser 16 Dokumente werden einer Feinanalyse unterzogen. Jedoch sollen beispielhaft Beobachtungen aus allen 16 Dokumenten in die Analyse mit ein gehen. Dazu wurden einige Tabellen angefertigt, die beispielhaft aufzeigen sollen, was über den gesamten Untersuchungszeitraum festzustellen ist. Mit Hilfe von Verweisen in Fußnoten wird auf die entsprechenden Tabellen verwiesen. Insofern im Analyseteil die Aussage getroffen wird, dass etwas über den gesamten Untersuchungszeitraum mehrfach festgestellt wurde, ist dies anhand der in Tabelle 1 und 2 aufgeführten Datengrundlage nachzuvollziehen (siehe auch CD im Anhang). Deshalb wird nicht jede Beobachtung in einer Tabelle festgehalten.

Tabelle 1: Datengrundlage zur Analyse des Bundestagsdiskurses: Drucksachen

Titel	Erscheinungsdatum	Drucksache
Unterrichtung durch die Bundesregierung: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung	19.01.2000	14/5130
Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen	18.04.2002	14/8822
Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“	14.05.2002	14/9020
Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Patientenverfügungen	13.09.2004	15/3700
Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Verbesserung der Versorgung Schwerkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit	22.06.2005	15/5858
Bericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Über den Stand der Arbeit	06.09.2005	15/5980
Antrag: Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen für Schwerkranker und Sterbende schaffen	04.06.2008	16/9442
Geszentwurf: Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz – PatVerfG)	16.12.2008	16/11360
Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Antrag: Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen für Sterbende schaffen	28.05.2009	16/13246
Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses (6. Ausschuss) zu a) Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts und b) Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz – PatVerfG)	08.06.2009	16/13314

Tabelle 2: Datengrundlage zur Analyse des Bundestagsdiskurses: Plenarprotokolle

Tagesordnungspunkt	Datum der Sitzung	Plenarprotokoll
4: Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Patientenverfügungen	10.03.2005	15/163
13: Patientenverfügungen neu regeln – Selbstbestimmungsrecht und Autonomie von nichteinwilligungsfähigen Patienten stärken	29.06.2006	16/43
3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen	29.03.2007	16/91
5a: Beratung des Antrags: Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen für Schwerkranke und Sterbende schaffen und 5b: Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Verbesserung der Versorgung Schwerkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit	18.06.2008	16/169
8: Erste Beratung des eingebrachten Entwurfes eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts	26.06.2008	16/172
40: Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit zu dem Antrag: Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen für Schwerkranke und Sterbende schaffen	02.07.2009	16/230

4.1.2 Rekonstruktion des Sterbehilfediskurses in DER SPIEGEL

Im Anschluss an die Analyse der Drucksachen und Plenarprotokolle des Bundestages soll die Berichterstattung des SPIEGELs vergleichend betrachtet werden. Zur Rekonstruktion des Sterbehilfediskurses im SPIEGEL wurden mit Hilfe der Suchfunktion auf der SPIEGEL-Homepage die gleichen Begriffe eingegeben, wie für die Bundestagsdebatten. Dabei wurden nur die Artikel berücksichtigt, die in der Printausgabe des SPIEGELs erschienen sind. Dies ist damit zu begründen, dass ein möglichst hoher Bekanntheitsgrad der zu analysierenden Texte gewährleistet sein soll. DER SPIEGEL ist ein Wochenmagazin, das wöchentlich durchschnittlich 875 221 Exemplare verkauft. Dabei bleiben 92 Prozent der Auflage im Inland, die anderen acht Prozent gehen zum großen Teil nach Österreich und in die Schweiz, wobei DER SPIEGEL insgesamt in 161 Länder verkauft wird. DER SPIEGEL gehört zu den am weitesten verbreiteten und am häufigsten gelesenen Kaufzeitschriften Deutschlands. Nach Angaben auf der Homepage sei DER SPIEGEL politisch unabhängig, zeichne sich durch gründliche Recherche, verlässliche Qualität und investigativen Journalismus aus. Der Fokus werde auf politische und gesellschaftliche Ereignisse gelegt. Das Themenspektrum der Zeitschrift ist breit gefächert. Neben Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Medizin und Technik sind Bereiche wie Kultur, Unterhaltung, Medien, Gesellschaft und Sport vertreten.¹¹⁸

Zur Rekonstruktion des Sterbehilfediskurses im SPIEGEL wurden 90 Dokumente von 1963 bis 2014 ausfindig gemacht. Nach Durchsicht der Dokumente wurden 40 als relevant für den Untersuchungszeitraum von 2000 bis 2010 befunden. Diese 40 Dokumente wurden eingehend untersucht. Aufgrund ihrer Anzahl und ihres Umfangs können diese nicht alle einzeln

¹¹⁸ SPIEGEL-Gruppe, 2014

betrachtet werden. Insgesamt wurden sieben Dokumente als repräsentativ befunden. Anhand dieser sieben Dokumente soll der Sterbehilfediskurs im SPIEGEL betrachtet werden. Einen Überblick über diese Dokumente soll die Tabelle 3 geben. Auch hier wird im Anhang beispielhaft veranschaulicht, welche Beobachtungen über den gesamten Untersuchungszeitraum gemacht wurden. Da die Datengrundlage dieser Beobachtungen in Tabelle 3 aufgelistet ist, werden auch hier nicht alle Beobachtungen tabellarisch festgehalten. Aufbau der Artikel und die Absicht der Autoren werden berücksichtigt. Die Online-Berichterstattung des SPIEGELs ist ebenfalls geprüft worden, jedoch ist eine Berücksichtigung für diese Arbeit aufgrund des begrenzten Umfangs nicht möglich gewesen.

Tabelle 3: Datengrundlage zur Analyse des SPIEGEL-Diskurses

Titel	Ausgabe	Autor/en	Rubrik/Seiten
Schleier des Todes	16/2001	Fischer, S., Hackenbroch, V., Hipp, D., Scheidges, R., Schreiber, S., Wensierski, P., Wiedemann, E.	Deutschland, S. 24-26
Wann ist Sterbenszeit?	37/2004	Lakotta, B.	Wissenschaft, S. 168-170
„Sterben ist nicht normierbar“	13/2007	Meyer, C., Lakotta, B.	Wissenschaft, S. 138-142
„Facharzt fürs Töten“	48/2007	Deggerich, M., Neubacher, A.	Deutschland, S. 48-50
Finaler Hausbesuch	25/2008	Deggerich, M., Wensierski, C., Schmidt, C., Verbeet, M.	Deutschland, S. 42-44
Das Leiden der Anderen	48/2008	Lakotta, B.	Wissenschaft, S. 164-170
Töten oder Sterbenlassen?	26/2010	Friedrichsen, G.	Deutschland, S. 60-61

4.2 Sterbehilfediskurs im Deutschen Bundestag

In diesem Kapitel wird der Sterbehilfediskurs im Deutschen Bundestag analysiert. Zunächst folgen einige Aspekte, die zur Analyse der Stenografischen Berichte im Bundestag berücksichtigt werden. Im Anschluss wird die 163. Sitzung in der 15. Wahlperiode des Deutschen Bundestages genauer betrachtet. Dazu werden beispielhaft einige Redner dieser Sitzung zitiert, um bestimmte Sagbarkeitsfelder, Argumentationsmuster und thematische Schwerpunkte dieses Diskurses beispielhaft vorzustellen. Bei der anschließenden Analyse der 91. Sitzung der 16. Wahlperiode des Deutschen Bundestages wird ebenso vorgegangen. Um es vorwegzuschicken, grundsätzlich ist zwar davon auszugehen, dass die Parteizugehörigkeit der Abgeordneten, sowie ob und welche Parteien mit welchem Gewicht jeweils in Regierung und Opposition vertreten sind, eine Rolle für unterschiedliche Wahrheitsansprüche und Argumentationsmuster in den Bundestagsdebatten spielen, jedoch kann dies aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht noch zusätzlich berücksichtigt werden.

4.2.1 Anmerkungen zu den Stenografischen Berichten

Die verschriftlichten Reden der Bundestagsabgeordneten sind in den Stenografischen Berichten auf Versprecher korrigiert, außerdem sind keine Hinweise auf Betonungen oder Ähnliches enthalten. Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Reden vorbereitet worden sind, somit kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass nur zum Teil improvisierte Elemente zu finden sind. Dies soll bei der Analyse berücksichtigt werden. Zudem ist vorwegzuschicken, dass die graphische Gestaltung bei den Dokumenten der Bundestagsdebatten zu vernachlässigen ist, da die stenographischen Berichte nur wiedergeben, was gesagt wurde. Bei anderen Dokumenten, wie den Kommissionsberichten wird ebenfalls nur darauf verwiesen, wenn auffällige Gestaltungsmerkmale auftauchen. Die fettgedruckten Wörter in den Stenografischen Berichten werden in den Zitaten aus dem Original beibehalten, sie dienen in den Plenarprotokollen einem inhaltlichen Überblick.

Da die Sitzungen mehrere Stunden lang sind, können nur Ausschnitte betrachtet werden, der Schwerpunkt soll auf den Bereichen und Begriffen liegen, die im einführenden Teil vor- und dargestellt wurden.

4.2.2 163. Sitzung des Deutschen Bundestages, 10.03.2005

Nun wird die 163. Sitzung des Deutschen Bundestages, die in der 15. Wahlperiode am 10.03.2005 stattfand, betrachtet. In der 15. Wahlperiode hat der Bundestag 603 Sitze, dabei besteht die Regierung aus 251 SPD-Abgeordneten und 55 Abgeordnete der Grünen. Die

Opposition setzt sich aus 190 CDU-Abgeordneten, 58 CSU-Abgeordneten, 47 FDP-Abgeordneten und 2 Vertretern der Linken zusammen.¹¹⁹

Insgesamt halten 13 Bundestagsabgeordnete eine Rede, darunter sechs SPD-Vertreter, vier CDU/CSU-Abgeordnete, zwei Mitglieder der Grünen-Fraktion und ein FDP-Mitglied. In dieser Bundestagssitzung wird unter dem Tagesordnungspunkt 4 der Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zu Patientenverfügungen vom 13.09.2004 (Drucksache 15/3700) beraten. Da die Empfehlungen der Kommission die Grundlage dieser Bundestagsberatung sind, sollen relevante Aspekte kurz geschildert werden. Die Kommissionsempfehlungen beinhalteten eine Reichweitenbegrenzung der Patientenverfügung. Dies bedeutet, dass Patientenverfügungen, in denen ein Behandlungsabbruch oder –verzicht gefordert wird, der zum Tod führen würde, nur Gültigkeit erlangen sollen, insofern das Grundleiden der Patienten irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tod führen würde. Dabei sollen Maßnahmen der Basisbetreuung¹²⁰ nicht ausgeschlossen werden können.¹²¹ Die Empfehlungen enthalten weitere Vorschläge zu Voraussetzungen, die zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen erfüllt sein sollen. Diese sollten schriftlich verfasst, nach qualifizierter Beratung angefertigt und in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. Auch ein mündlicher Widerruf der Patientenverfügung soll jederzeit formlos möglich sein. Das Vormundschaftsgericht soll eingeschaltet werden und genehmigen, wenn der Betreuer es ablehnt in medizinisch indizierte¹²², lebenserhaltende Maßnahmen einzuwilligen.¹²³

Angesprochen und diskutiert werden in dieser Sitzung folgende Begriffe und Themen: Der Umgang mit Tod und Sterben, Hospizarbeit und Palliativmedizin, Selbstbestimmung, Lebensschutz und Menschenwürde, Auslegung, Verbindlichkeit und Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen, Zwangsbehandlungen, das Bild der Gesellschaft von Hochaltrigkeit, Patientenverfügungsregelungen im Ausland, Künstliche Ernährung, Wachkoma, Demenz, Suizidhilferegulungen in der Schweiz, ärztlich assistierter Suizid, aktive und passive Sterbehilfe, Bedeutung von Patientenverfügungen für den Umgang mit Tod und Sterben sowie Entscheidungen des BGH.

¹¹⁹ Bayrisches Landesamt für Statistik, 2014

¹²⁰ Zur Basisbetreuung gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit, Stillen von Hunger und Durst. (vgl. Bundesärztekammer, 2011, S. 346)

¹²¹ Drucksache 15/3700, 2004, S. 38

¹²² Ein indiziertes Therapieverfahren basiert auf dem Begriff der ärztlichen Indikation. Danach wird davon ausgegangen, dass das jeweilige Therapieangebot des Arztes, gemessen am aktuellen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft ärztlicherseits vertretbar sein muss. Die Beurteilung der ärztlichen Indikation beruht zum einen darauf, ob die geplante oder laufende Maßnahme grundsätzlich dazu geeignet ist, die betreffende Krankheit erfolgreich zu therapieren und ob sie dem Patienten in seiner individuellen Situation mehr nützt als schadet. (B. Braun Melsungen AG, 2014)

¹²³ Drucksache 15/3700, 2004, S. 40-44

4.2.2.1 Umgang mit Tod und Sterben: Rolle von Palliativmedizin, Hospizarbeit und Patientenverfügungen sowie die Bedeutung des Patientenwillens

Zunächst fällt auf, dass im Rahmen dieser Sitzung mehrfach die Annahme auftaucht, dass in Deutschland eine Tabuisierung von Tod und Sterben herrscht, dass dies ein gesellschaftliches Problem darstellt und viele Menschen Angst vor einem schmerzvollen und einsamen Sterben haben.¹²⁴

Diese Annahme findet über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg Erwähnung. Sie dient vor allem als Begründung dafür, weshalb der Umgang mit Tod und Sterben diskutiert werden muss, nämlich um den Menschen Ängste davor zu nehmen.¹²⁵ Weiterhin wird in dieser Sitzung mehrfach festgehalten, dass die „moderne Intensivmedizin [...] bedeutende Möglichkeiten geschaffen“ hat, „Leben zu retten und zu verlängern“ und dass damit sowohl Chancen als auch Probleme einhergehen können.¹²⁶ Auch dies ist im Untersuchungszeitraum eine immer wieder auftauchende, gängige Annahme.¹²⁷

Als eine Antwort auf diese Problematik wird der Ausbau von Palliativmedizin und Hospizarbeit genannt. Vier Abgeordnete fordern den Ausbau von Palliativmedizin und Hospizarbeit, wofür sie jeweils fraktionsübergreifenden Beifall erhalten.¹²⁸ Es gibt weder in dieser Sitzung, noch in den anderen Bundestagsdokumenten Hinweise darauf, dass eine Fraktion oder ein Abgeordneter Palliativmedizin oder Hospizarbeit an sich in Frage stellt. Diskursverschränkungen, die hier anzutreffen sind, sind Palliativmedizin und Hospizarbeit sowie Intensivmedizin, wobei alle Bestandteil des breiteren Diskurses zum gesellschaftlichen Umgang mit Tod und Sterben sind.

Patientenverfügungen werden als weiterer Bestandteil der Lösung des Umgangs mit Tod und Sterben betrachtet. In Bezug auf die Aufgabe einer Patientenverfügung sind im Bundestag unterschiedliche Meinungen vertreten. Der Abgeordnete Hubert Hüppe (CDU/CSU) sagt etwa, dass er es „richtiger“ fände, sich „erst einmal damit [zu] beschäftigen, wie wir eine flächendeckende Palliativversorgung gewährleisten, bevor wir über die Patientenverfügung sprechen, die dann vielleicht gar nicht mehr notwendig wäre“.¹²⁹ Hier wird angedeutet, dass die Gewährleistung flächendeckender Palliativversorgung eine Regelung zu Patientenverfügungen ersetzen könnte, gleichzeitig erfolgt dadurch ein Zugeständnis, dass der Ausbau der Palliativmedizin dringend erforderlich ist. Patientenverfügungen werden dadurch

¹²⁴ vgl. Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15246, S. 15248, S. 15249 & S. 15260

¹²⁵ vgl. Tabelle 4

¹²⁶ vgl. Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15251, S. 15255 & S. 15263

¹²⁷ vgl. Tabelle 5

¹²⁸ vgl. Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15247, S. 15248, S. 15254 & S. 15258

¹²⁹ ebd., S. 15260

insgesamt in ihrer Notwendigkeit in Frage gestellt, was über den gesamten Untersuchungszeitraum immer wieder festgestellt wurde.

Die Problematik, dass Menschen aufgrund von Krankheit äßerungsunfähig sein können und daher nicht mehr zu ihrem aktuellen Willen befragt werden können, eröffnet die Möglichkeit darüber nachzudenken, wie Entscheidungen über die Zukunft dieser Menschen getroffen werden können. Die Abgeordnete Christa Nickels (Bündnis 90/Die Grünen) sagt, dass Patientenverfügungen als „wichtiges Indiz für den Willen der Patienten“ betrachtet werden müssen.¹³⁰ Hingegen sind sie für die Abgeordnete Dr. Marlies Volkmer (SPD) ein Instrument zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens.¹³¹ Auffällig ist, dass Christa Nickels und Marlies Volkmer durch ihre Formulierungen den Patientenwillen in Patientenverfügungen unterschiedlich gewichten. Die Abgeordnete Nickels spricht vom „Willen des Patienten“, Frau Volkmer vom „mutmaßlichen Patientenwillen“. Während bei Nickels Patientenverfügungen lediglich einen Hinweis („Indiz“) für den tatsächlichen aktuellen Patientenwillen darstellen, lässt sich nach Volkmer mit Hilfe einer Patientenverfügung der mutmaßliche Patientenwille konstruieren. Damit ist eine Patientenverfügung für Nickels nur ein Teilaspekt für die Entscheidung über ärztliche Behandlungsoptionen äßerungsunfähiger Patienten, bei Volkmer haben die Festlegungen in einer Patientenverfügung unmittelbare Bedeutung. Gemein ist beiden Betrachtungsweisen, dass der tatsächliche aktuelle Patientenwille nicht zu ermitteln, da eine entscheidungsunfähige Person diesen in einer solchen Situation nicht äußern kann. Es gibt keine Hinweise darauf, dass ein Abgeordneter, den in einer Patientenverfügung festgelegten Willen für den tatsächlichen aktuellen Willen eines äßerungsunfähigen Patienten hält. Vielmehr ist allein die Diskussion um eine gesetzliche Regelung ein Anzeichen dafür, dass grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass Patientenverfügungen eine Möglichkeit sind, für den Fall der Äßerungsunfähigkeit im Voraus selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen.

Dabei spielt der Begriff des mutmaßlichen Patientenwillens eine entscheidende Rolle. Dieser stützt sich auf die Annahme, dass sich ermitteln lässt, was der betreffende entscheidungsunfähige Patient äußern würde, wenn er sich entscheiden könnte. Dahinter steht die Idee, die Patientenautonomie in den Zustand der Entscheidungsunfähigkeit hinein auszudehnen.¹³² Diese Annahme, auf der auch das Patientenverfügungsgesetz beruht, bedeutet, dass der Mensch die Selbstbestimmung über den eigenen Körper und die eigene Zukunft nicht allein deshalb abgibt, weil er diese zu diesem Zeitpunkt nicht ausüben kann.

¹³⁰ Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15250

¹³¹ ebd., S. 15264

¹³² Schaider, Borasio, Marckmann & Jox, 2013, S. 3

Trotz Äußerungsunfähigkeit wird damit der mutmaßliche Patientenwille zur „aktuellen Stimme“ des jeweiligen Patienten erhoben.

4.2.2.2 Verbindlichkeit von Patientenverfügungen

Ebenfalls unterschiedlich sind in dieser Sitzung die Meinungen in Bezug auf die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Der Abgeordnete Rene Röspel (SPD) referiert zu dieser Problematik ein kurzes Fallbeispiel:

„Es kann also dazu kommen, dass eine Patientenverfügung, die vor Monaten oder vielleicht vor Jahren von einem Gesunden verfasst worden ist, für eine jetzt eingetretene Krankheitssituation angewendet werden soll. Es kann sein, dass der ursprünglich geäußerte Wille dem jetzigen Wohl des Patienten elementar gegenübersteht.

„Wenn ich einmal dement bin, will ich keine medizinische Versorgung mehr!“ – Was soll der Arzt tun, der diese Patientenverfügung liest, vor sich jedoch eine zwar demente, aber in ihrer Art fröhliche alte Frau sieht, die sich freut, wenn ihre Enkelkinder zu Besuch kommen? Soll er sie an einer Lungenentzündung sterben lassen, die durch Antibiotikagabe innerhalb weniger Tage wieder kuriert werden könnte? Die Mehrheit der Enquete-Kommission sagt Nein und fordert eine gewisse **Flexibilität**, wenn es um die Entscheidung über Leben und Tod geht.“¹³³

Röspel konstruiert mit dem Satz: „Wenn ich einmal dement bin, will ich keine medizinische Versorgung mehr!“ eine mögliche Aussage in einer Patientenverfügung. Diese ist hier knapp und allgemein formuliert, damit ist ihr Interpretationsspielraum groß. Diese Art der beispielhaften Darstellung von Aussagen in Patientenverfügungen wird mehrfach in dieser und in anderen Sitzungen verwendet, um gegen eine strenge Verbindlichkeit von Patientenverfügungen zu argumentieren.¹³⁴

Dadurch will der Abgeordnete verdeutlichen, dass verallgemeinernde und knappe Festlegungen in Patientenverfügungen den Tod eines Patienten verschulden können, wenn ihre Verbindlichkeit gesetzlich festgeschrieben wird, obwohl dieser Mensch an seiner Krankheit noch nicht sterben müsste. Zur Veranschaulichung verwendet er das Krankheitsbild der Demenz. Da Demenz verschiedene Symptome, Krankheitsverläufe und Stadien aufweisen kann, lässt sich schwer sagen, wie sich „in ihrer Art fröhlich[]“ zu sein oder das Freuen über den Besuch ihrer Enkelkinder konkret äußert. Röspel differenziert daher zwischen einem in Gesundheit „ursprünglich geäußerte[n] Willen“ und „dem jetzigen Wohl des Patienten“. Was „Wohl“ bedeutet, wird seinerseits nicht eindeutig definiert, damit würde dies einer subjektiven Beurteilung anderer Personen unterliegen, insofern die betreffende Person dazu nicht mehr befragt werden kann. Röspel argumentiert, dass aufgrund der fehlenden Möglichkeit den aktuellen Willen des Patienten eindeutig zu ermitteln, sein Wohl in den Vordergrund gestellt werden sollte. Damit stellt er die Selbstbestimmung in Form des vorausverfügten Willens dem Wohl des Menschen gegenüber, insofern dieses durch den in

¹³³ Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15247

¹³⁴ vgl. Tabelle 6

eine Patientenverfügung geäußerten Willen gefährdet ist. In Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht sagt der Abgeordnete Thomas Rachel (CDU/CSU), dass bei Patientenverfügungen „ein Spannungsverhältnis zwischen dem Schutz des Lebens [...] und dem Recht auf Selbstbestimmung“ bestehe.¹³⁵ Die Annahme, dass Selbstbestimmung und Lebensschutz schwierig zu vereinen sind, lässt sich über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg feststellen. Dabei werden sie einander häufig gegenübergestellt.

Die Befürworter der Verbindlichkeit von Festlegungen in Patientenverfügungen verweisen darauf, dass bei Nichtbefolgen Zwangsbehandlungen und Fremdbestimmung die Folge sein können. Zwangsbehandlungen werden grundsätzlich abgelehnt, in dieser Hinsicht besteht Einigkeit über den Bundestagsdiskurs von 2000 bis 2010 hinweg.¹³⁶ Michael Kauch (FDP) nimmt dabei Bezug auf Wachkomapatienten:

„Die Bundesärztekammer sagt, dass es sich nicht um Sterbende handelt – das ist richtig – und sie deshalb auch ernährt werden müssen. Allerdings sagt sie weiter: unter Beachtung ihres Willens. Die Einschränkung wischt die Enquete-Kommission einfach weg. Auch gegen den Willen der Patienten sollen Magensonden gelegt, Sehnen zerschnitten, Antibiotika verabreicht und Reanimationen durchgeführt werden.“¹³⁷

Er kritisiert einerseits die Empfehlungen der Enquete-Kommission, andererseits stützt er sich auf Aussagen der Bundesärztekammer als Legitimationsquelle für seine Argumentation. Kauch gesteht zwar zu, dass „der vorausverfügte Wille“ immer schwächer sei als der aktuelle Wille, fragt aber, was die Alternative sei: „Die Alternative zu diesem schwächeren eigenen, vorausverfügten Willen ist die Fremdbestimmung durch Dritte.“¹³⁸ Kauch fordert, dass der vorausverfügte Wille als tatsächlicher Wille des Patienten gewertet wird, da Fremdbestimmung als Alternative für ihn nicht in Frage kommt. Hier wird also umgekehrt das Selbstbestimmungsrecht über das Lebensschutzargument gestellt.

4.2.2.3 Demenz und Wachkoma

In dieser Sitzung entladen sich die unterschiedlichen Ansichten zwischen den Abgeordneten häufig in Bezug auf Wachkoma, Demenz und die Auslegung des Selbstbestimmungsrechts, was über den gesamten Untersuchungszeitraum auffällt. Christa Nickels bezieht sich in ihrer Rede auf die Möglichkeit der Einstellung der Ernährung bei Wachkomapatienten und Demenzkranken. Sie verweist dabei auf ihre eigene berufliche Erfahrung „13 Jahre als Krankenschwester gearbeitet“ zu haben. Es sei nicht klar, wie die Einstellung der Ernährung „deutlich vor der Sterbephase, vom Patienten erlebt wird“. Sie fragt sich, wie „wir

¹³⁵ Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15247

¹³⁶ vgl. Tabelle 7

¹³⁷ Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15251

¹³⁸ ebd.

Bundestagsabgeordneten den Schwestern und Pflegern klarmachen, dass es zukünftig zu ihren Aufgaben gehören soll, Menschen zu pflegen und sie gleichzeitig über Wochen verhungern zu sehen“. Sie spitzt ihre Ansicht im Verlauf zu: „Was soll aus einer Gesellschaft werden, die im Namen von vorgeblicher Autonomie und Selbstbestimmung nicht Einwilligungsfähige auf solche Art und Weise dem jämmerlichen Verhungern und Verdursten anheim gibt?“¹³⁹

Danach hält sie fest:

„[N]iemand im Bundestag verwechselt aktive und passive Sterbehilfe. Ich brauche aber kein Prophet sein, um vorherzusagen: Wenn in unseren Heimen und Krankenhäusern Menschen auf diese Art und Weise verhungern und verdursten, dann wird der Ruf nach aktiver Sterbehilfe sofort laut erschallen. Das ist ganz klar.“¹⁴⁰

Zunächst fällt auf, dass ihr Standpunkt stark von eigenen beruflichen Erfahrungen geprägt ist. Sie bringt damit neben Fachwissen und Erfahrungen („Wir wissen [...] nicht, wie eine Einstellung der künstlichen Ernährung [...] deutlich vor der Sterbephase, vom Patienten erlebt wird“) auch persönliche Empfindungen in die Debatte ein („Was soll aus unserer Gesellschaft werden“, „jämmerliche[s] Verhungern und Verdursten“). Außerdem verwendet Christa Nickels die Begriffe aktive und passive Sterbehilfe. Der BGH hat bereits 1994 festgelegt, dass das Einstellen der künstlichen Ernährung auch bei nicht bestehender Todesnähe möglich ist, insofern dies dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. Ein solches Handeln ist der passiven Sterbehilfe zuzuordnen und somit zum Zeitpunkt der Debatte bereits mehr als zehn Jahre rechtlich möglich. Trotzdem verwendet die Abgeordnete dies zur Stützung ihrer Argumentation für eine Reichweitenbeschränkung auf Sterbende. Da sie für diese Aussage Beifall erhält, scheint sie mit ihrer Argumentation bei anderen Abgeordneten Zustimmung ausgelöst zu haben. Dadurch deutet sich an, dass die Rechtslage entweder uneindeutig ist und somit viel Interpretationsspielraum bietet oder dass die Rechtslage unter den Abgeordneten nicht hinreichend bekannt ist. Somit verbindet Christa Nickels mit einem weit ausgelegten Selbstbestimmungsrecht die Forderung nach aktiver Sterbehilfe. Ihrer Überlegung nach könnte dadurch, dass etwa das Einstellen künstlicher Ernährung auf Basis eines vorausverfügten Willens möglich wäre, dazu führen, dass Wachkomapatienten sterben würden, die noch nicht sterben müssten. Dies habe nichts mehr mit Selbstbestimmung zu tun, sondern sei nur „vorgeblich“. Denn aus daraus resultierenden wachsenden Forderungen nach aktiver Sterbehilfe sei die Selbstbestimmung gefährdet („Wenn in unseren Heimen und Krankenhäusern Menschen auf diese Art und Weise verhungern und verdursten, dann wird der Ruf nach aktiver Sterbehilfe sofort laut erschallen“). Nickels erhebt nicht nur die Verantwortung der Gesellschaft gegenüber dem Einzelnen über das Selbstbestimmungsrecht,

¹³⁹ Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15249f.

¹⁴⁰ ebd., S. 15250

ihrer Meinung nach können auch Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen Grenzen setzen bzw. so sollten ihre Empfindungen in solchen Situationen berücksichtigt werden.¹⁴¹ Dies passt auch zu ihrer Auffassung von Patientenverfügungen als Indiz für den Patientenwillen, ihrer Meinung nach sind betroffene Personen, wie Ärzte, Angehörige und Pflegekräfte unmittelbar Teil des jeweiligen Entscheidungsprozesses.

4.2.2.4 Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe

Michael Kauch (FDP) bezieht sich zunächst auf die Aussagen von Frau Nickels. Er hält fest, dass sie „wieder ein Beispiel dafür gegeben“ habe, „wie zu einer Emotionalisierung der Debatte Dinge vermischt werden, die nicht vermischt gehören“.¹⁴² Dazu erhält er fraktionsübergreifenden Beifall.¹⁴³ Er versucht nun klarzustellen, um was es in der Debatte um Patientenverfügungen nicht gehen soll:

„Wir reden im Zusammenhang mit der Patientenverfügung eben nicht über aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid. Wir reden nicht über die gezielte Tötung von Menschen.“¹⁴⁴

Kauch stellt klar, dass es weder um aktive Sterbehilfe, noch um assistierten Suizid geht, obwohl Frau Nickels nicht gesagt hat, dass es darum geht, sondern nur, dass etwa mit dem Einstellen der künstlichen Ernährung bei Wachkomapatienten im Namen der Selbstbestimmung einhergehe, dass Forderungen nach aktiver Sterbehilfe laut werden. Trotzdem sieht Kauch es als notwendig an, zu betonen, dass die aktive Sterbehilfe kein Thema der Debatte um Patientenverfügungen ist. Diese Unklarheit rührt womöglich daher, dass das Einstellen der künstlichen Ernährung durchaus als aktives Handeln bezeichnet werden kann, der Begriff der passiven Sterbehilfe jedoch mit Passivität, d.h. mit Unterlassen assoziiert wird.¹⁴⁵ Kauch scheint damit implizit zum Ausdruck bringen zu wollen, dass das Einstellen künstlicher Ernährung bei einwilligungsunfähigen, nicht unmittelbar in der Sterbephase befindlicher Patienten trotz der aktiven Handlung der Ernährungseinstellung nicht als „gezielte Tötung“ zu verstehen sei. Derartige Klarstellungs- und Abgrenzungsversuche prägen den gesamten Untersuchungszeitraum.¹⁴⁶

¹⁴¹ vgl. Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15249

¹⁴² ebd., S. 15250

¹⁴³ vgl. ebd.

¹⁴⁴ ebd.

¹⁴⁵ Diese Problematik wird u. a. in dem Werk „Tun und Unterlassen“ (1995) von Dieter Birnbacher thematisiert. Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit können seine Ausführungen dazu nicht berücksichtigt werden. Jedoch soll darauf verwiesen werden, dass in seinem Werk deutlich wird, dass die Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen abhängig von Sprachgebrauch, moralischen Vorstellungen und Überlegungen zu kausalen Wirksamkeiten unterschiedlich ausgelegt werden und damit auch Einfluss auf die Auslegung aktiver und passiver Sterbehilfe haben kann.

¹⁴⁶ vgl. Tabelle 8

Weshalb Kauch den ärztlich assistierten Suizid erwähnt, bleibt unklar. Als ein weiteres Beispiel für solche Klarstellungs- und Abgrenzungsversuche soll folgende Aussage von Ute Granold (CDU/CSU) hinzugezogen werden:

„Der Natur ihr Recht zu belassen, verlangt den Verzicht auf sterbebeschleunigende Maßnahmen und gebietet umgekehrt nicht den Einsatz einer lebensverlängernden Maßnahme um jeden Preis. Die Schlussfolgerung hieraus ist [...] ein unmissverständliches Verbot der aktiven Sterbehilfe. Passive Sterbehilfe hingegen, die auf ein menschenwürdiges Sterben-Lassen hinzielt, ist erlaubt, vielleicht sogar in einer größeren Zahl von Fällen geboten.“¹⁴⁷

Granold spricht sich gegen „sterbebeschleunigende Maßnahmen“ aus. Damit könnte nicht nur die aktive, sondern auch die indirekte Sterbehilfe gemeint sein. Im Einführungsteil dieser Arbeit wurde an der Beschreibung der palliativen Sedierung deutlich, dass diese nicht eindeutig von der indirekten Sterbehilfe zu unterscheiden ist, jedoch wird die Palliativmedizin im Gegensatz zur indirekten Sterbehilfe nicht kritisiert. Die Unschärfen der begrifflichen Trennung werden hier ganz besonders deutlich, obwohl gerade in den dargestellten Beispielen die Absicht der Redner ist, diese Unterscheidungen als eindeutig zu postulieren, indem sie vereinfacht dargestellt werden. Weiterhin verdeutlicht Granold's Aussage, dass passive und aktive Sterbehilfe direkt einander gegenübergestellt werden, ohne die Unterscheidung genauer zu definieren. Hier ließe sich auch die Frage stellen, ob Granold das Einstellen der künstlichen Ernährung bei entscheidungsunfähigen Patienten als sterbebeschleunigende Maßnahme bezeichnen würde. Ihre Unterscheidung aktiver und passiver Sterbehilfe soll durch die Gegenüberstellung des Sterbenlassens als natürlich und der in die Natur eingreifenden aktiven Sterbehilfe deutlich gemacht werden. Damit werden Eingriffe in den Sterbeverlauf als unnatürlich charakterisiert. Jedoch wird nicht näher definiert, was unter „natürlich“ zu verstehen ist. Die aktive Sterbehilfe wird nicht nur durchgängig abgelehnt, es wird auch immer wieder betont, dass sie kein Thema der Diskussion sei.¹⁴⁸ Dennoch taucht der Begriff durchgehend auf.¹⁴⁹ Das vermittelt nicht nur den Eindruck, dass die Diskussion von begrifflichen Unklarheiten durchzogen ist, sondern auch, dass unter den Abgeordneten eine gewisse Unsicherheit herrscht, die es erfordert Abgrenzungen und Klarstellungen zu liefern.

4.2.2.5 Gegenentwürfe zur aktiven Sterbehilfe

Unsicherheiten und Unklarheiten äußern sich zugleich in der Gegenüberstellung der aktiven Sterbehilfe zu ihren vermeintlichen Alternativen. Der Abgeordnete Thomas Rachel (CDU/CSU) sagt etwa: „Für uns Christdemokraten stellen Patientenverfügungen und Palliativmedizin sowie Hospize einen humanen Gegenentwurf zur aktiven Sterbehilfe dar

¹⁴⁷ Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15258

¹⁴⁸ vgl. Tabelle 8

¹⁴⁹ vgl. Tabelle 8 & Tabelle 9

[...]“¹⁵⁰ Aktive Sterbehilfe wird nicht nur implizit als „inhuman“ charakterisiert, sie soll mit Hilfe der Präsentation von sogenannten Alternativen überflüssig erscheinen. Dies wird auch in folgender Aussage des Abgeordneten Wolfgang Zöllner (CDU/CSU) deutlich:

„Schutz des menschlichen Lebens – das kann für einen Todkranken auch heißen, ihm jede erdenkliche Hilfe in der letzten Lebensphase im Sinne einer Hilfe im Sterben zu gewähren. Menschen haben ein Recht darauf, dass man sie menschenwürdig sterben lässt, wobei allerdings auch gilt: Nicht alles, was ein Patient will, zum Beispiel seine Tötung, kann der Patient erzwingen. Hier hat die Selbstbestimmung eine klare Grenze. [...] Sterbebegleitung – das heißt, Hilfe im Sterben – ist etwas ganz anderes als Hilfe zum Sterben. Die absichtliche Tötung, die gewaltsame Beendigung des Lebens, also die so genannte aktive Sterbehilfe und damit auch die Tötung auf Verlangen, rühren an die Grundlagen der Menschlichkeit in unserer Kultur.“¹⁵¹

Damit wird aktive Sterbehilfe als „Hilfe zum Sterben“, „absichtliche Tötung“, „gewaltsame Beendigung des Lebens“ und „Tötung auf Verlangen“ einem gesamtgesellschaftlichen Konzept zum Umgang mit Tod und Sterben, nämlich der „Sterbebegleitung“, hier auch „Hilfe im Sterben“ genannt, gegenübergestellt. Diese Gegenüberstellung zur Negativcharakterisierung aktiver Sterbehilfe kann als gängiges Argumentationsmuster bezeichnet werden.¹⁵² Durch diese Form der Schwarz-Weiß-Malerei wird vordergründig eine Diskussion des Für und Wider der aktiven Sterbehilfe unterbunden.

4.2.3 91. Sitzung des Deutschen Bundestages, 29.03.2007

Im Jahr 2007 setzt sich der Bundestag anders zusammen, die 16. Wahlperiode hat begonnen. Der Bundestag hat nun 614 Sitze. Die Regierung bilden 222 SPD-Abgeordnete, 180 CDU-Abgeordnete und 46 Vertreter der CSU. Die Opposition besteht aus 51 Abgeordneten der Grünen, 61 FDP-Abgeordneten und 54 Vertretern der Linken. Für diese Sitzung wurden drei Stunden veranschlagt, 31 Abgeordnete halten zu Tagesordnungspunkt 3, Patientenverfügungen, eine Rede. Darunter jeweils zehn SPD- sowie CDU/CSU-Abgeordnete, jeweils vier Mitglieder der Grünen und der FDP und drei Abgeordnete der Linken. Diskutiert und angesprochen werden folgende Themen: Medizinisch-technischer Fortschritt, Entscheidungen des BGH, Gesundheitssystem und Zustände in Pflegeheimen, Pflegenotstand, Fremdbestimmung, Selbstbestimmung, Lebensschutz, Hospizarbeit und Palliativmedizin, mutmaßlicher und natürlicher Patientenwille, Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichts, ärztlich assistierter Suizid, psychische Krankheiten, Demenz, Wachkoma, Rolle von Ärzten, Nationalsozialismus, Notwendigkeit eines Gesetzes zu Patientenverfügungen, Voraussetzungen für die Gültigkeit einer Patientenverfügung und Reichweitenbegrenzung, Unterscheidung zwischen Fällen von Demenz und Wachkoma,

¹⁵⁰ Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15247

¹⁵¹ ebd., S. 15254

¹⁵² vgl. Tabelle 9

aktive Sterbehilfe, Bundesärztekammer, Magensonden, Regelungen für Patientenverfügungen im Ausland und Berichterstattung zum Thema Patientenverfügungen in den Medien, insbesondere in Bezug auf den SPIEGEL.

4.2.3.1 Suizid und Beihilfe zum Suizid

Der Abgeordnete Joachim Stünker (SPD) eröffnet die Debatte und führt in die Thematik ein. Zunächst hält er fest, dass es um die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gehen soll. Er geht davon aus, dass Menschen sich mit Patientenverfügungen gegen eine „Verlängerung eines Lebens, das für sie nicht mehr lebenswert ist“ wehren wollen.¹⁵³

Dadurch wird erneut deutlich, dass der medizinisch-technische Fortschritt in die Patientenverfügungsdiskussion hinein spielt, sie sogar mit begründet. Im Anschluss stützt Stünker sich auf das Grundgesetz und erklärt, dass dieses „ein Recht auf Leben“ garantiere, aber keine Pflicht zu leben begründe.¹⁵⁴ Weiter sagt er:

„Ansonsten müsste der Suizid strafbewehrt sein, was wir alle nicht wollen. Der Staat darf das Leben nie gegen den erklärten Patientenwillen schützen, wenn er denn frei und von einer geschäftsfähigen Person bestimmt worden ist.“¹⁵⁵

Suizid bezeichnet Stünker hier als legitim, wenn eine „geschäftsfähige[] Person“ sich „frei“ für diesen entscheidet. Dass Suizid von der Gesellschaft nicht mit Strafe verfolgt werden sollte, bezeichnet er als allgemeingültige Ansicht. Jedoch wird auch hier vereinfachend davon gesprochen, dass geschäftsfähige Personen frei entscheiden können sollten. Etwa 90 Prozent aller Suizide in Deutschland werden von Patienten mit psychischer Erkrankung begangen.¹⁵⁶ Nicht aber jeder psychisch kranke Mensch gilt als geschäftsfähig.¹⁵⁷ Zumal gerade das Krankheitsbild der Depression, als einer der häufigsten psychischen Erkrankungen nicht zwangsläufig damit einhergeht, dass eine Person geschäftsunfähig ist, jedoch Suizidgedanken Bestandteil der Krankheit sind.¹⁵⁸ Damit wäre seine Definition von „frei“ und „geschäftsfähig“ auf die wenigsten Suizide anwendbar.

Die Suizidthematik wird hier also nicht differenziert aufgegriffen. Stünker verwendet Suizid als Beispiel zur Stützung seiner Argumentation und erhebt damit die Beurteilung von Suizid als relevant für die Patientenverfügungsdebatte. Suizid wird mehrfach im Untersuchungszeitraum aufgegriffen. Die Patientenverfügungsdebatte scheint daher nicht losgelöst vom Umgang mit Suizid und seiner Beurteilung in Deutschland möglich zu sein, daran lässt sich eine weitere Diskursverschränkung erkennen.

¹⁵³ Plenarprotokoll 16/91, 2007, S. 9120

¹⁵⁴ ebd., S. 9121

¹⁵⁵ ebd.

¹⁵⁶ Teismann & Dorrman, 2013, S. 297

¹⁵⁷ vgl. § 104 f. BGB

¹⁵⁸ Stolpmann, Fromberger, Jordan, Schwerdtner & Müller, 2010, S. 160f.

Dies wird auch daran deutlich, dass in der Patientenverfügungsdiskussion auf Entwicklungen im Ausland verwiesen wird. Beispielsweise spricht der Abgeordnete Hubert Hüppe (CDU/CSU) noch 2005 davon, dass eine Befürwortung der passiven Sterbehilfe bei Wachkoma- und Demenzpatienten durch die Option auf Behandlungsabbruch, sowie eine Befürwortung des ärztlich assistierten Suizids nach Schweizer Vorbild¹⁵⁹ dazu führen würde, dass die Grenzen zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe verschwimmen.¹⁶⁰ Beispielsweise 2009 wird im Rahmen einer Bundestagsdebatte ein Verbot gewerblicher Sterbehilfe gefordert.¹⁶¹ Somit spielt die Ablehnung von organisierter Suizidbeihilfe im Rahmen der Patientenverfügungsdiskussion eine Rolle, eine tatsächliche Diskussion dieser Thematik findet jedoch im Plenum des Deutschen Bundestages nicht statt. Zugleich wird deutlich, wie sehr die Diskussion über die Reichweitenbeschränkung von Patientenverfügungen mit Unklarheiten in Bezug auf die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe verschränkt ist.

4.2.3.2 Im Zweifelsfall für das Leben

Der Abgeordnete Michael Kauch (FDP) verwendet zur Stützung seiner Argumentation ein in dieser Debatte mehrfach verwendetes Beispiel, um sich gegen die Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen auszusprechen:

„Wenn ein Zeuge Jehovas verfügt, keine Bluttransfusionen zu wollen, weil das gegen seine religiöse Überzeugung verstößt, dann ist das aktuell wirksam. Warum endet die Religionsfreiheit [...], wenn die Bewusstlosigkeit eintritt? [...] Nehmen Sie als weiteres Beispiel einen 85-jährigen, der nach einem Herzinfarkt schon einmal wiederbelebt wurde. Er weiß genau, dass bei einer weiteren Wiederbelebung nach einem Herzinfarkt die Wahrscheinlichkeit hoch ist, einen Gehirnschaden zu erleiden. Wollen Sie diesem Patienten, wenn er verfügt, keine Wiederbelebung zu versuchen, weil er in seinen letzten Jahren nicht dahinvegetieren will, wirklich sagen: „Das darfst du nicht, weil wir das für falsch halten“? Das kann nicht Inhalt eines Gesetzes sein, das wir zugunsten von Patientenrechten verabschieden wollen.

(Beifall der Abgeordneten der FDP und der SPD)

Kernforderungen unseres Antrags und zahlreicher Kollegen anderer Fraktionen ist es deshalb, Therapiewünsche, Therapiebegrenzungen und Therapieverbote durch eine Patientenverfügung für jeden Zeitpunkt eines Krankheitsverlaufes zuzulassen. Voraussetzung ist, dass die Patientenverfügung hinreichend klar formuliert ist und es keine offenkundigen – auch nonverbalen – Äußerungen des Patienten gibt, die dagegensprechen. Bei manchen Formen der Demenz wird man daran Zweifel haben müssen. Insofern ist es unser Anliegen, dass ein Gesetzentwurf dies berücksichtigt. In Zweifelsfällen muss dann pro vita entschieden werden.“¹⁶²

¹⁵⁹ In der Schweiz wird die Beihilfe zum Suizid durch Sterbehilfegesellschaften toleriert, insofern ihnen keine selbstsüchtigen Motive vorgeworfen werden können, eine gesetzliche Regelung gibt es dazu nicht. Es gibt in der Schweiz Sterbehilfeorganisationen, die auch Staatsbürgern aus anderen Ländern Suizidhilfe gewährt. (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, 2013) Dazu gehört zum Beispiel die Organisation DIGNITAS. (DIGNITAS, 2013)

¹⁶⁰ Plenarprotokoll 15/163, 2005, S. 15262

¹⁶¹ vgl. Plenarprotokoll 17/4, 2009, S. 223

¹⁶² Plenarprotokoll 16/91, 2007, S. 9126

Mit dem Beispiel der Zeugen Jehovas versucht Kauch seine Überzeugung zu legitimieren, denn da es zu diesem Zeitpunkt verboten ist, jemandem gegen seine Überzeugung eine Bluttransfusion zu verabreichen, würde mit einer Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen dieser Möglichkeit in einigen Fällen ein Riegel vorgeschoben. Kauch spricht sich dagegen aus, die aktuelle Rechtslage einzuschränken und versucht mit seinen Beispielen zu verdeutlichen, dass diese Debatte viele unterschiedliche Überzeugungen zu berücksichtigen hat und mit der Vermeidung einer Reichweitenbegrenzung diesem Sachverhalt Rechnung getragen werden könnte. Da eine Reichweitenbegrenzung für bestimmte Krankheitssituationen die passive Sterbehilfe – hier durch Begriffe wie „Therapiebegrenzungen und Therapieverbote“ umschrieben – ausschließen würde, würde die bisherige Rechtslage nach hinten korrigiert werden, was Kauch nicht für legitim erachtet. Weiterhin ist festzuhalten, dass in Kauchs Ausführungen das Krankheitsbild der Demenz als Grenzfall gewertet wird. Dies lässt sich innerhalb des Untersuchungszeitraumes mehrfach feststellen. Stünker spricht davon, dass bei Demenzkranken von einer möglichen „natürliche[n] Willensbekundung“ zum Leben auszugehen ist, womit auch diese die Möglichkeit hätten, eine einst getroffene Patientenverfügung formlos zu widerrufen.¹⁶³ Was genau unter einer natürlichen Willensbekundung zu verstehen sein soll bzw. wie sich ein solcher natürlicher Lebenswille äußern könnte, wird nicht konkretisiert. Daher eröffnet eine solche Bezeichnung Interpretationsspielraum für Angehörige, Ärzte und Pflegekräfte. „In Zweifelsfällen“ soll also die „natürliche Willensbekundung“ eines Demenzkranken, über den in einer Patientenverfügung festgelegten Willen gestellt werden können. Die Annahme, dass in Zweifelsfällen „pro vita“, nämlich für das Leben entschieden werden muss, wird im Untersuchungszeitraum von mehreren Abgeordneten vertreten. Es ließen sich keine Hinweise darauf finden, dass dem Jemand widerspricht.

4.2.3.3 Der SPIEGEL im Bundestag

Der SPD-Abgeordnete Ralf Stöckel spricht sich ebenfalls vehement gegen eine Reichweitenbegrenzung aus:

„Es muss uns doch zu denken geben, dass sich höchst unterschiedliche Persönlichkeiten und Organisationen mit unterschiedlichen Erfahrungshorizonten und Wertvorstellungen in einem entscheidenden Punkt einig sind – die Bundesärztekammer hat es uns allen vorgestern noch einmal geschrieben -: keine Reichweitenbeschränkung. Diese Ansicht vertreten in der Öffentlichkeit namhafte Palliativmediziner, der Präsident der Bundesärztekammer, der im aktuellen ‚Spiegel‘ warnt – ich zitiere -: ‚Die Reichweitenbeschränkung führt praktisch zu einer Lebensverlängerung um jeden Preis. Das lehnt die Ärzteschaft ganz klar ab.‘¹⁶⁴

¹⁶³ Plenarprotokoll 16/91, 2007, S. 9122

¹⁶⁴ ebd., S. 9156

Zur Argumentation gegen eine Reichweitenbegrenzung wird darauf verwiesen, dass trotz unterschiedlicher Wertvorstellungen wichtige Persönlichkeiten und Organisationen, zur Betonung gegen eine solche Einschränkung sind. Sie sollen als Legitimationsgrundlage der eigenen Ansichten dienen. Neben dem Grundgesetz und den BGH-Entscheidungen ist es ein gängiges Argumentationsmuster darauf zu verweisen, dass wichtige Persönlichkeiten, sogenannte Experten in diesem Bereich dieselbe Ansicht vertreten. Dies lässt sich im Sterbehilfediskurs des Bundestages zwischen 2000 und 2010 immer wieder feststellen.

Auch die Berichterstattung des SPIEGELS wird vor allem in dieser Sitzung mehrfach erwähnt.¹⁶⁵ Dabei beziehen sich die Abgeordneten auf Aussagen der interviewten Persönlichkeiten Jörg-Dietrich Hoppe¹⁶⁶ und Gian Domenico Borasio¹⁶⁷ in der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Ausgabe des SPIEGELS. Beispielsweise lautet der Titel des SPIEGELS auf den sich Stöckel bezieht: „Sterben ist nicht normierbar“. Diese Aussage traf Hoppe während des Interviews mit dem SPIEGEL. Auffällig ist, dass ausgerechnet in dieser Sitzung seitens der Abgeordneten mehrfach darauf hingewiesen wird, dass es nicht Absicht eines Gesetzes sei „das Sterben zu normieren“.¹⁶⁸ Vielmehr solle dadurch Klarheit geschaffen werden, wie es der Palliativmediziner Borasio in diesem Interview fordert.

Somit ist davon auszugehen, dass die Berichterstattung des SPIEGELS Einfluss auf die inhaltlichen Ausführungen und das Wissen der Bundestagsabgeordneten hat. Joachim Stünker (SPD) sagt zur Rolle der Medien in der 172. Sitzung des deutschen Bundestages vom 26.06.2008 Folgendes:

„Viele sagen: Es ist doch alles klar, wir brauchen diese Regelung nicht. Der Präsident der Bundesärztekammer hat erst vor wenigen Tagen in einem Zeitungsinterview gesagt:

Wir haben Klarheit – und diese wird durch ein Gesetz nicht noch klarer werden.

Ich denke, in dieser Frage ist gar nichts klar. Gerade das teilweise babylonische Stimmengewirr, das wir im Vorfeld der heutigen Debatte in den Medien erlebt haben, macht mit Nachdruck deutlich: Vieles ist nicht klar. Lassen Sie mich einige Beispiele nennen. Immer wieder heißt es, wir wollen die aktive Sterbehilfe nicht befördern. Dazu kann ich nur sagen: Unser Gesetzentwurf hat mit aktiver Sterbehilfe überhaupt nichts zu tun.“¹⁶⁹

Stünker geht also davon aus, dass in Bezug auf Patientenverfügungen keine Klarheit besteht, was ihre Anwendungen und die Rechtslage angeht. Nun verweist Stünker auf die Medien und implizit auch auf ihre Rolle in Bezug auf die Diskussion um Patientenverfügungen. Unter „babylonische[m] Stimmengewirr“ kann ein Sprachengewirr, das durch „die Vielfalt von Sprachen, die an einem Ort, meist in einer Weltstadt, gesprochen werden“, entsteht,

¹⁶⁵ vgl. Plenarprotokoll 16/91, 2007, S. 9137, S. 9145, S. 9156 & S. 9281

¹⁶⁶ Jörg-Dietrich Hoppe war zu diesem Zeitpunkt der Präsident der Bundesärztekammer.

¹⁶⁷ Gian Domenico Borasio ist Palliativmediziner.

¹⁶⁸ Plenarprotokoll 16/91, 2007, S. 9124, S. 9138 & S. 9144

¹⁶⁹ Plenarprotokoll 16/172, 2008, S. 18260

verstanden werden.¹⁷⁰ Wird dieses Bild, im Sinne Stüнкers, auf die Sterbehilfediskussion übertragen, spricht er die unterschiedlichen Medienbeiträge zu diesem Thema an und will verdeutlichen, dass nicht nur durch die vielen unterschiedlichen „Stimmen“, d.h. Personen und Meinungen Unklarheit geschaffen wird. Sondern, dass die gesamte Diskussion um die Thematik mit unterschiedlichen „Sprachen“ geführt wird. Als Beispiel nennt er die aktive Sterbehilfe, die seiner Ansicht nach nichts mit dem Gesetzentwurf zu tun hat.

Ein Bezug zur öffentlichen Diskussion in den Medien ist innerhalb des festgelegten Untersuchungszeitraumes häufig festzustellen und auch die Kritik an den Medien und deren Umgang mit der Thematik, lässt sich mehrfach auffinden.

4.3.2.4 Der Mensch ohne Selbstbestimmung

In der bisherigen Analyse lag der Schwerpunkt der Darstellung des Sterbehilfediskurses im Bundestag vor allem auf der Diskussion um die Verbindlichkeit und die Reichweite von Patientenverfügungen. Ebenso wurde schon vermerkt, dass eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen nicht von allen Abgeordneten befürwortet wird. Nun sollen die Ausführungen der Abgeordneten Monika Knoche (Die Linke) betrachtet werden, die sich explizit gegen eine gesetzliche Regelung ausspricht. Grundsätzlich gesteht sie schwerkranken Menschen zu, für den absehbaren Verlauf ihrer Krankheit Entscheidungen darüber zu treffen, wie im Fall ihrer Nichteinwilligungsfähigkeit verfahren werden soll.¹⁷¹ Dies schließt sie für andere Fälle aus:

„Ganz anders denke ich über schwere Demenz, tiefe Depression, schizophrene oder manische Schübe und über Wachkoma. Allesamt sind das schwere Krankheitsbilder, die oft zwingend einer Behandlung in dieser existenziellen Notlage bedürfen. Hier kann das Freiheitssubjekt nicht als Begründung für Behandlungsverzicht greifen. [...] Die Entscheidung zum Suizid kann nicht als Form von Freiheit und Autonomie qualifiziert werden. Das halte ich nachgerade für unverantwortlich.“¹⁷²

Es lässt sich vermuten, dass ihre Verwendung des Begriffs des Behandlungsverzichts die passive Sterbehilfe bezeichnet. Ihre Ausführungen erwecken den Eindruck, dass sie den in einer Patientenverfügung festgelegten Wunsch nach Behandlungsverzicht und somit nach passiver Sterbehilfe als vorausverfügten Suizidwunsch bezeichnet. Jedoch ist dies ihren Ausführungen nicht eindeutig zu entnehmen, da sie beispielweise Krankheitsbilder wie Wachkoma und Depressionen zusammenfasst. Zwar ist umstritten, ob der Suizidwunsch von Depressiven als eigenverantwortliche Entscheidung gewertet werden kann, jedoch sind Wachkomapatienten nicht in der Lage einen Suizidwunsch zu äußern, weshalb sie sich auch nicht zu einem Behandlungsverzicht oder zum Suizid entscheiden können. Demnach wäre

¹⁷⁰ Duden, 2014c: babylonisch

¹⁷¹ Plenarprotokoll 16/91, 2007, S. 9127

¹⁷² ebd.

ihrer Meinung nach in solchen Fällen, der in einer Patientenverfügung festgelegte Wunsch, für die Behandlung von nichteinwilligungsfähigen Menschen irrelevant. Würde ein depressiver Patient nach einem Suizidversuch wiederbelebt werden und im Wachkoma landen, wäre ihre Argumentation nach dem in einer Patientenverfügung beschriebenen Wunsch nach passiver Sterbehilfe nicht von Bedeutung. Das wird im weiteren Verlauf ihrer Rede deutlich:

„Ohne **Selbstbestimmung** können wir uns als Individuen aber gar nicht denken. Die Selbstbestimmung braucht gewissermaßen auch die Idee vom Ich. Dass Krankheit die Identität und die Persönlichkeit ganz verändern kann oder dass man unter Umständen nie mehr diejenige oder derjenige sein kann, als die oder der man sich in gesunden Tagen denkt, löst tiefe Ängste aus. Gerade Menschen in unserer Kultur fürchten den Verlust der kognitiven Fähigkeiten am meisten. Gerade deshalb habe ich große Probleme, bei irreversiblen Bewusstseinsverlust den vorab geäußerten Willen mit Absolutheit durchzusetzen. Wenn der betreffende Mensch im Moment der Anwendung seiner Verfügung nicht mehr derselbe ist, dann glaube ich nicht, dass verfassungsrechtlich gesehen nichts anderes in Betracht kommt als die Durchsetzung des vorab erklärten Willens. Auch die Ermittlung des mutmaßlichen Willens durch Dritte passt nicht zu meinem Verständnis von voller Selbstbestimmung; denn es ist unerlässlicher Bestandteil der Autonomie, sich in diesen letzten Dingen ganz zu verschweigen. Was können Angehörige wirklich voneinander wissen? Letztlich müssen und sollen Ärzte die Möglichkeit haben, nach Maßgabe ihrer Kunst und in hoher ethischer Verantwortung das Richtige zu tun. Meine Erwägungen münden bis jetzt in folgenden Feststellungen: Wir brauchen keine bürokratische und weitere Verrechtlichung der Situation.“¹⁷³

Diese Ansicht ist nur einmal im Rahmen dieser Sitzung anzutreffen, ähnliche Ansätze sind im gesamten Diskursverlauf selten. Monika Knoche versucht eine Vorstellung davon zu entwickeln, dass irreversibler Bewusstseinsverlust auch bedeuten kann, dass ganz unabhängig von Patientenverfügungen der betreffende Mensch neu betrachtet werden muss und vielleicht gar nicht mehr als der, der er mal war. Was sie dazu veranlasst, dass weder der mutmaßliche Wille entscheidend sein muss, noch das „Dritte“ zu einer solchen Entscheidung fähig sind, vielmehr solle der Arzt in solchen Situationen entscheiden. Wobei ein Arzt im Grunde genauso als ein „Dritter“ bezeichnet werden kann.

Deutlich wird hier, dass auch an die Möglichkeit gedacht wird, dass weder vorausverfügter Wille noch die Berücksichtigung von Ansichten der Angehörigen Teil eines solchen Entscheidungsprozesses sein müssen. Zugleich fällt auf, dass Krankheitsbilder wie Demenz, Wachkoma und Depressionen in der Diskussion um Patientenverfügungen oft verwendet werden, ohne sie jeweils klar voneinander zu trennen, detailliert und differenziert zu betrachten.

¹⁷³ Plenarprotokoll 16/91, 2007, S. 9127

4.2.3.5 Der Nationalsozialismus

Ebenfalls in Verbindung mit Patientenverfügungen wird in dieser Sitzung der Nationalsozialismus angesprochen. Der Abgeordnete Jerzy Montag (Bündnis 90/Die Grünen) äußert sich wie folgt:

„Es kann in Deutschland keine Debatte über den Wert und den Schutz des menschlichen Lebens und über die Würde des Menschen und seine unantastbaren, garantierten Menschenrechte geben, ohne den Blick zurück in die Geschichte zu richten. Die Barbarei der nationalsozialistischen Diktatur und ihre Menschenverachtung sind deshalb auch Mahnung für unsere heutige Debatte über das Selbstbestimmungsrecht bis in den Tod, über die Pflichten der Gesellschaft und des Staates zum Schutz der Würde und des Lebens von uns allen. Es ist wichtig, dass wir dies im Verlauf der Debatte und auch aller folgenden nicht vergessen. Für mich ist das Kürzel „T 4“ das Stichwort: Es steht für eine Villa in der Tiergartenstraße 4 in Berlin Mitte. Diese Villa gibt es nicht mehr, nur noch eine Gedenktafel ist dort zu finden. Dort wurde – in unüberbietbarem Zynismus als Gnadentod bezeichnet – die Entscheidung über die Vernichtung von über 100 000 Kranken, Alten und Behinderten getroffen, denen ein Recht auf Leben und jedes Menschenrecht abgesprochen wurde.“¹⁷⁴

Die Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus wird damit als unumgänglich für die aktuelle Debatte gewertet. Beschäftigt man sich mit dem Begriff der hier erwähnten Menschenwürde, wird der Zusammenhang offensichtlich. Denn 1949 wurde „als Reaktion auf die völlige Entrechtung und Entsubjektivierung von Menschen unter der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft beschlossen, die Würde des Menschen zum unabänderlichen Fundament des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland und zur Begründung vorbehaltlos zu gewährender Grundrechte zu machen.“¹⁷⁵

Aus diesem Grund sind die Worte von Jerzy Montag warnend („Die Barbarei der nationalsozialistischen Diktatur [...] [ist] deshalb auch Mahnung für unsere heutige Debatte“). Er spricht sich gegen eine Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen aus, denn für ihn bringen Begrenzungen auf „Leiden, die einen unumkehrbaren tödlichen Verlauf genommen haben, und auf Bewusstlose, die ihr Bewusstsein mit Sicherheit niemals wiedererlangen werden“, „letztlich nicht weniger, sondern mehr Leid und mehr Fremdbestimmung“, da es den Menschen verbiete „gerade das zu regeln, was sie für ihr Lebensende verbindlich regeln wollen“.¹⁷⁶ Das Versäumnis im Nationalsozialismus den Schutz des menschlichen Lebens zu gewährleisten wird auf mangelnde Möglichkeiten der Selbstbestimmung zurückgeführt, was dazu geführt habe, dass die Menschenwürde nicht gewährleistet werden konnte. Diese drei Motive stehen daher in sehr enger Verbindung zueinander und lassen sich schwierig losgelöst vom Nationalsozialismus betrachten. Jerzy Montag bezieht sich auf den Nationalsozialismus und die fremdbestimmte Tötung Kranker, Behinderter und Alter, um seine Auslegung des Selbstbestimmungsrechts zu bekräftigen und

¹⁷⁴ Plenarprotokoll 16/91, 2007, S. 9139

¹⁷⁵ Baranzke, 2013, S. 13

¹⁷⁶ Plenarprotokoll 16/91, 2007, S. 9140

zwar dahingehend, dass dieses an erster Stelle stehen sollte. In Bezug auf den gesamten Untersuchungszeitraum fällt auf, dass ein Verweis auf den Nationalsozialismus in den Bundestagssitzungen deutlich seltener vorkommt, als in Kommissionsberichten, in denen die Thematik in ihren Gesamtkontext eingeordnet wird. Es lässt sich annehmen, dass die Erfahrungen des Nationalsozialismus in Form der Betonung der Bedeutung von Menschenwürde und Selbstbestimmung durch die Abgeordneten zum Ausdruck kommen. Das bedeutet zugleich, dass die Begriffe Menschenwürde, Selbstbestimmung und Lebensschutz als Kollektivsymbole mit dem Grundgesetz in Verbindung gebracht werden. Dabei geht ihre Festlegung im Grundgesetz unter anderem aus der Zeit des Nationalsozialismus hervor.

In den Kommissionsberichten stellt es sich so dar, dass insofern direkt zu Verbrechen zur Zeit des Nationalsozialismus Bezug genommen wird, dem Selbstbestimmungsrecht Grenzen auferlegt werden sollen, um gegen die aktive Sterbehilfe zu argumentieren. In der Regel wird dabei ein Bezug zur niederländischen Euthanasiegesetzgebung¹⁷⁷ hergestellt. Im Vierten Altenbericht der Bundesregierung wird die niederländische Euthanasiegesetzgebung als entscheidender Faktor dafür betrachtet, dass die Diskussion um aktive Euthanasie bzw. Alterseuthanasie und die Beihilfe zur Selbsttötung „trotz der noch lebendigen Erinnerung an die staatlich gewollte massenhafte Tötung von chronisch Kranken und Geisteskranken während der Zeit des Nationalsozialismus“ in Deutschland verstärkt stattfindet.¹⁷⁸ Dies impliziert, dass eine verstärkte Diskussion in Deutschland als unüblich gilt, da angesichts des historischen Hintergrundes eine solche Diskussion nicht auftreten dürfte. Somit bekommt die Gesetzeslage außerhalb Deutschlands eine große Rolle zugeschrieben. Gleichzeitig werden so die Forderungen nach einer Gesetzgebung zur aktiven Sterbehilfe in Deutschland damit untergraben, da diese nicht als von innen heraus entstandene Forderungen gewertet werden. Vielmehr werden die Forderungen nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe damit begründet, dass gesellschaftliche Umstände diese auslösen würden und würde man diese Umstände verändern, würde niemand mehr aktive Sterbehilfe fordern. Beispielsweise wird der mangelnde Ausbau von Palliativmedizin und Hospizarbeit als Ursache genannt, wobei die Ursachenzuschreibung insgesamt vielfältig ist.¹⁷⁹ Damit gilt der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe als unnatürlich.

Weiterhin enthält der Vierte Altenbericht die Annahme, dass aktive Sterbehilfe nur straffrei gestellt und ethisch gerechtfertigt werden könne, wenn „die im Grundgesetz geschützte

¹⁷⁷ Niederländische Euthanasiegesetzgebung: In den Niederlanden ist sowohl ärztlich assistierter Suizid als auch aktive Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, 2013)

¹⁷⁸ Drucksache 14/8822, 2002, S. 352

¹⁷⁹ vgl. Tabelle 10

menschliche Würde, die jedem Menschen als Mitglied der Gattung zusteht, relativieren und hochaltrigem und schwerkrankem Leben eine reduzierte Wertigkeit und eine geringere Schutzbedürftigkeit zusprechen würde“.¹⁸⁰ Dies wird jedoch abgelehnt und damit begründet, dass die „Gefährlichkeit einer solchen Orientierung [...] erkennbar“ wird, wenn wie in den Niederlanden die „Lebensbeendigung bei Einhaltung vorgegebener formaler Kriterien auch dann ermöglicht wird, wenn die Kranken selbst sich nicht mehr äußern können oder zu eigener Willensbildung nicht mehr fähig sind, also z.B. bei schwer Demenzkranken“.¹⁸¹ Die Praxis in den Niederlanden wird als gefährlich charakterisiert. Gleichzeitig wird zwar zugestanden, dass „in manchen Situationen hoffnungsloser Krankheit und schweren Leidens [...] ein Verlangen nach aktiver Sterbehilfe verständlich sein“ kann, aber die Gefahren aktiver Sterbehilfe und assistierten Suizids, insbesondere für Hochaltrige, nicht übersehen werden dürfen.¹⁸² Denn damals schon sei die Knappheit volkswirtschaftlicher Ressourcen ein bedeutender Faktor in der Begründung „staatlich organisierter Beseitigung ‚lebensunwerten Lebens‘ in der Zeit des Nationalsozialismus“ gewesen, wodurch Zwangsterilisation sowie die Tötung gegen den Willen von Behinderten und chronisch Kranken ermöglicht worden seien.¹⁸³ Der Bezug zur Knappheit volkswirtschaftlicher Ressourcen wird im gesamten Untersuchungszeitraum mehrfach erwähnt. Jedoch wird dabei häufig betont, dass dies bei der Beurteilung von Fragen zum Umgang mit Tod und Sterben keine Rolle spielen darf. Der Begriff der aktiven Sterbehilfe scheint also durch die Verbrechen während des Nationalsozialismus mit der Wertung menschlichen Lebens verknüpft. Wenn aktive Sterbehilfe abgelehnt wird, deutet dies gleichzeitig darauf hin, dass die Wertung menschlichen Lebens abgelehnt wird.

4.2.4 Zwischenfazit: Sterbehilfe im Bundestag

In Bezug auf geltende Wahrheitsansprüche ist festzuhalten, dass im gesamten Untersuchungszeitraum unter den Abgeordneten Konsens herrscht, dass Palliativmedizin und Hospizarbeit ausgebaut werden müssen und große Bedeutung für den Umgang mit Tod und Sterben und die Enttabuisierung dieses Themas haben. Eine gesetzliche Regelung für Patientenverfügungen wird mehrheitlich gefordert, es gibt jedoch Ausnahmen. Verbindlichkeit und Reichweitenbeschränkung von Patientenverfügungen sind der größte Streitpunkt, hier prallen nicht nur unterschiedliche Auslegungen von Menschenwürde, Selbstbestimmung und Lebensschutz aufeinander, sondern auch die undifferenzierte Betrachtung von den Krankheitsbildern der Demenz, des Wachkomas und der Depression.

¹⁸⁰ Drucksache 14/8822, 2002, S. 353

¹⁸¹ ebd.

¹⁸² ebd.

¹⁸³ ebd.

Dabei scheint vor allem die Unklarheit der Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe eine Rolle zu spielen, was daran deutlich wird, dass verschiedene Formen der Sterbehilfe nicht einheitlich definiert werden und die dazu bestehende Rechtslage unter den Abgeordneten nicht durchweg klar ist. Die Diskussion wird dadurch erschwert, dass die Abgeordneten mehrheitlich diese Unklarheiten leugnen. Zudem thematisiert die Diskussion der Reichweite und der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen das, was im einleitenden Teil als passive Sterbehilfe definiert wurde, was selten direkt ausgesprochen wird. Eher werden die Begriffe Therapieverzicht oder Therapieabbruch genannt, die inhaltlich dasselbe beschreiben. Dadurch wirkt es, als herrsche grundsätzlich eine Abkehr von der Verwendung des Begriffes der Sterbehilfe an sich. Gleichzeitig verdeutlicht die Reichweitendiskussion, dass die Grenzen der passiven Sterbehilfe sehr unterschiedlich ausgelegt werden. Die indirekte Sterbehilfe spielt kaum eine Rolle. Überlegungen, dass weder tatsächlicher, mutmaßlicher, noch natürlicher Wille von Patienten entscheidend sein könnten, sondern lediglich Ärzte Entscheidungen über Leben und Tod zu treffen haben, sind selten. Das verdeutlicht, dass Selbstbestimmung als entscheidendes Kriterium den Diskurs dominiert, auch wenn ihr zum Teil Grenzen gesetzt werden. Beispielhaft steht dafür die durchgängige Ablehnung der aktiven Sterbehilfe. Thematisch fällt auf, dass Patientenverfügungen zwar die eigentliche zu diskutierende Problematik sein sollten, in diese aber viele andere Aspekte mit hinein spielen, die die Diskussionen verkomplizieren. In Bezug auf gängige Argumentationsmuster lässt sich festhalten, dass konstruierte Beispiele meist dazu dienen, komplexe Sachverhalte beispielhaft und vereinfacht darzustellen und der Gegenseite ihr vermeintliches Fehldenken aufzuzeigen. Durch Klarstellungs- und Abgrenzungsversuche werden Sachverhalte vereinfacht und bei Seite geschoben, damit wird die Diskussion um ein Für und Wider, beispielsweise der aktiven Sterbehilfe vermieden. Einen ähnlichen Effekt hat die Schwarz-Weiß-Malerei. Beiden Strategien ist gemein, dass sie sehr häufig vorkommen, die ständige Wiederholung wirkt womöglich sehr einprägsam. Meist stützen sich die Abgeordneten in ihren Argumentationen auf Expertenwissen, BGH-Urteile, das Grundgesetz und persönliche Erfahrungen.

4.3 Sterbehilfe im SPIEGEL: Gemeinsamkeiten mit und Unterschiede zu den Bundestagsdebatten

Im Folgenden wird anhand der Analyseergebnisse zum Sterbehilfediskurs im Bundestag die SPIEGEL-Berichterstattung zu dieser Thematik betrachtet. Dabei werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet, außerdem wird näher auf die wechselseitige Beeinflussung der Diskursebenen Medien und Politik eingegangen. Auf die einzelnen Autoren der SPIEGEL-Artikel wird nicht genauer eingegangen, da dies aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht möglich ist.

4.3.1 Sterbebegleitung, ärztlich assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe

Zuerst soll der Artikel *Das Leiden der Anderen* von Beate Lakotta der Ausgabe 48/2008 betrachtet werden. In diesem Artikel werden vordergründig die Themen ärztlich assistierter Suizid, aktive Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Sterbehilferegulungen im Ausland und gewerbliche Suizidhilfe behandelt. Zunächst soll auf die SPIEGEL-Berichterstattung in Bezug auf die Sterbebegleitung eingegangen werden. Die Bedeutung von Hospizarbeit und Palliativmedizin wird, wie im Bundestag, hervorgehoben, Sterbebegleitung wird jedoch insgesamt seltener thematisiert. Zwar wird sowohl im SPIEGEL als auch im Bundestag erkannt, dass der Ausbau von Palliativmedizin und Hospizarbeit noch defizitär und daher zwingend notwendig ist, jedoch wirft nur der SPIEGEL einen kritischen Blick auf die Sterbebeleitung an sich.

Im besagten Artikel wird mehrfach betont, dass nur die wenigsten todkranken, unter Schmerzen leidenden Patienten bei ihrem Wunsch, vorzeitig sterben zu wollen bleiben würden, wenn sie vernünftig auf Schmerztherapie eingestellt seien. Viele Patienten würden nur wissen wollen, dass sie für den Fall, dass sie ihr Leiden nicht weiter ertragen können, eine Möglichkeit haben, dieses selbst zu beenden.¹⁸⁴ Dieses Argument für den ärztlich assistierten Suizid ist in der Bundestagsdebatte nicht anzutreffen.

In Bezug auf Palliativmedizin und Hospizarbeit berichtet die Autorin, dass der Arzt Hans Schottky, der seit seiner Pensionierung in der Hospizbewegung engagiert sei, etwas Unehrlisches daran finde, zu sagen, dass ein Patient, der palliativmedizinisch versorgt werde, gar nicht mehr wünsche zu sterben. Denn bei fünf bis zehn Prozent aller Tumorkranken könne die Medizin „am Ende Schmerzen oder andere Leiden nicht befriedigend lindern.“ Der Ausweg der Palliativmedizin für solche extremen Fälle sei die terminale Sedierung, bei welcher der Patient so viele dämpfende Mittel erhalte, dass er sein Leiden nicht miterleben müsse, jedoch sei dies nur für manche ein erträglicher Ausweg, „andere verbringen Wochen in diesem Zustand, wachen wieder auf, sind desorientiert und verzweifelt. Das Ende komme

¹⁸⁴ Lakotta, 2008, S. 166

dann meist in Form einer septischen Lungenentzündung: „Da müssen sie dann zusehen, wie einer schrecklich langsam dahinstirbt.“¹⁸⁵

Die Autorin nutzt das Expertenwissen eines Arztes, Kritik an der palliativmedizinischen Methode der palliativen Sedierung zuzulassen. In der Bundestagsdiskussion wird Kritik an der palliativen Sedierung nicht berücksichtigt, womöglich weil dies Fragen aufwerfen würde, wie den Menschen in solchen Situationen stattdessen geholfen werden könnte. Da mögliche Antworten der ärztlich assistierte Suizid und die aktive Sterbehilfe sein könnten, die ja strikt abgelehnt werden, wird dies wohl absichtlich seitens der Abgeordneten unterbunden. Ganz anders ist dies im SPIEGEL, der Untertitel des Artikels beinhaltet Folgendes:

„Sollen Mediziner Schwerkranken helfen dürfen, ihr Leben selbstbestimmt zu beenden? Während Sterbehilfe-Aktivistinnen mit schrillen Aktionen für ihr Anliegen werben, erfüllen Ärzte in Deutschland längst im Verborgenen die Sterbewünsche ihrer Patienten.“¹⁸⁶

Die Leitfrage zeigt bereits, worum es im Artikel gehen soll. Struktur und Argumentationsweise des Artikels verraten, dass der ärztlich assistierte Suizid unter bestimmten Umständen als Option betrachtet wird, so soll mit dem Zitieren des Arztes Hans Schottky diese Ansicht legitimiert werden. Als Einstieg in die Thematik des ärztlich assistierten Suizids wird zu Beginn des Artikels ein Fallbeispiel vorgestellt. In Bezug auf verwendete Argumentationsmuster kann festgehalten werden, dass die Autoren des SPIEGELS, ähnlich wie die Bundestagsabgeordneten mit Fallbeispielen arbeiten.¹⁸⁷

Dabei werden jeweils einleitend Personen, zum Teil mit anonymisierten Daten, vorgestellt. Dabei versuchen die Autoren Ereignisse, Empfindungen und Ansichten aus Perspektive der jeweiligen Person zu schildern. In diesem Artikel geht es um einen Arzt, Jan K., der einer schwerkranken Patientin, mit der er jahrelang befreundet war, auf ihre Bitte hin, einen Tropf mit Morphium und Valium in hoher Dosierung angehängen habe, um ihr Leben zu beenden. Festzuhalten ist, dass dies dem Verständnis dieser Arbeit nach als aktive Sterbehilfe, nämlich als Tötung auf Verlangen bezeichnet werden kann. Der Vorgang wird aus Perspektive des Arztes geschildert, seiner Patientin

„drohte wegen Metastasen im Bauch ein Darmverschluss; die Ausscheidung von Urin machte schon Probleme. Stationär wäre vielleicht noch ein halbes Jahr herauszuholen gewesen, zu Hause einige leidvolle Wochen. Aber Christa S. wollte nicht mehr: nicht noch mal in die Klinik, keine Therapie mehr, nicht ihre Autonomie einbüßen, lieber gehen, bevor es unerträglich würde.“¹⁸⁸

Dadurch soll beim Leser Verständnis für das Handeln des Arztes geweckt werden, dessen Erinnerungen an das von Christa S. Gesagte von der Autorin im Konjunktiv wiedergegeben

¹⁸⁵ Lakotta, 2008, S. 166

¹⁸⁶ ebd., S. 164

¹⁸⁷ vgl. Tabelle 11

¹⁸⁸ Lakotta, 2008, S. 164

werden, was den Eindruck entstehen lässt, Christa S. hätte dies dem SPIEGEL selbst erzählt. Dabei soll nicht nur Mitgefühl für die Lage von Christa S., sondern auch Verständnis für ihren Wunsch nach einem vorverlegten Tod geweckt werden. Ihr Zustand wird detailliert, pessimistisch und sehr ungeschönt beschrieben („drohte [...] ein Darmverschluss“, „Ausscheidung [...] machte Probleme“, „vielleicht noch ein halbes Jahr“, „einige leidvolle Wochen“). Das soll dem Leser einerseits die persönliche Leidensgeschichte der Christa S. näher bringen. Andererseits soll die Aussichtslosigkeit ihrer Situation betont werden. Dies ist eine gängige Vorgehensweise der SPIEGEL-Berichterstattung.

Um die Notwendigkeit der „Hilfe zum Sterben“ durch Ärzte zu betonen, wird darauf verwiesen, dass diese im Ausland „teils im engen Rahmen“ möglich ist. Zudem wird gesagt, dass die „Standesorganisation der Ärzte in Deutschland“ ein Handeln wie das von Jan K. als unethisch bezeichnen würde und dass der Präsident der Bundesärztekammer sage, dass die Ärzte in Deutschland dies mit großer Geschlossenheit vertreten würden. Jedoch versucht die Autorin diese Aussage zu widerlegen, indem sie darauf verweist, dass „eine repräsentative Umfrage des SPIEGEL unter 483 Ärzten, die als Klinikfacharzt oder Hausarzt regelmäßig Schwerstkranke behandeln [...] ein ganz anderes Bild“ ergeben habe:

Die Umfrageergebnisse werden in Form von Balkendiagrammen in den Artikel eingebettet:

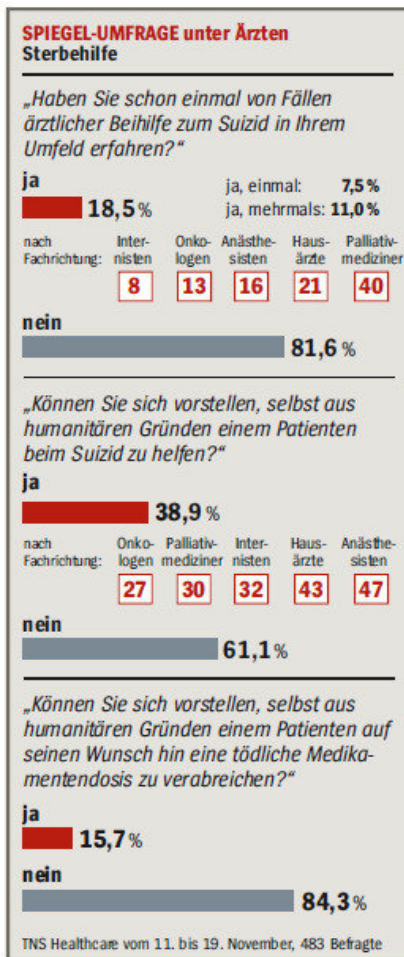


Abbildung 1: SPIEGEL-Umfrage unter Ärzten: Fälle von Beihilfe zum Suizid um Umfeld

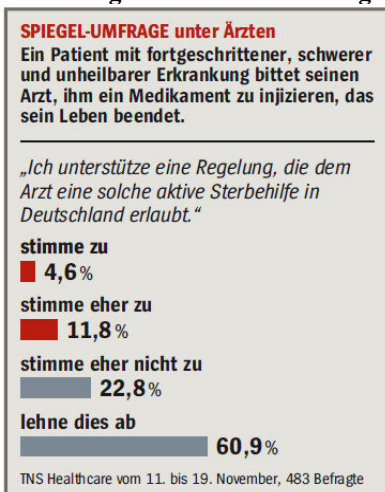


Abbildung 2: SPIEGEL-Umfrage unter Ärzten: Befürwortung aktiver Sterbehilfe durch Ärzte

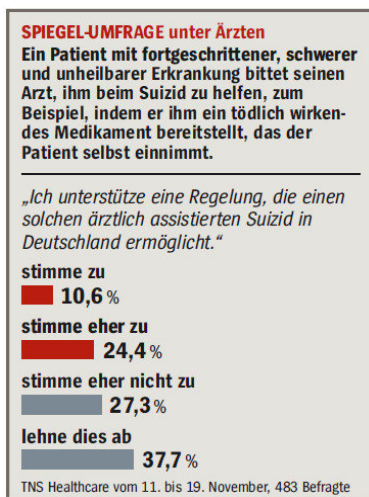


Abbildung 3: SPIEGEL-Umfrage unter Ärzten: Beihilfe zum Suizid durch Bereitstellung eines tödlichen Medikaments

Obwohl „Ja“ und „Stimme zu/Stimmer eher zu“ – Antworten geringer und zum Teil sogar deutlich geringe Prozentsätze aufweisen, sind sie in roter Signalfarbe dargestellt, um sie hervorzuheben. Die „Nein“ und „Lehne dies ab/Stimmer eher nicht zu“ – Antworten, die deutlich höhere Prozentsätze anzeigen, sind in einem schlichten grau-blau unterlegt, ähnlich der Hintergrundfarbe der Schaubilder. In der Umfrage wird zwischen ärztlich assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe differenziert und auch die gegebenen Informationen zu den einzelnen Fragen scheinen die unterschiedlichen Sachverhalte wiederzugeben. Die Darstellung der Umfrageergebnisse verrät erneut, dass die Absicht der Autorin ist, zu betonen, dass es durchaus Stimmen innerhalb der Ärzteschaft gibt, die Regelungen für ärztlich assistierten Suizid oder die aktive Sterbehilfe befürworten. Zwar wird sie im Rahmen der Bundestagsdiskussion auch erwähnt, jedoch steht sie dort im Plenum nicht zur Disposition. Zudem trifft allein die Tatsache, dass öffentlich über aktive Sterbehilfe diskutiert wird im Bundestag auf Unverständnis.

Um ihre Argumentation zu untermauern, verweist die Autorin darauf, dass sich „in Umfragen regelmäßig um die 70 Prozent der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe aussprechen“.¹⁸⁹ Die Gefahren der öffentlichen Duldung ärztlich assistierten Suizids werden von der Autorin aus Sicht der Gegner dargestellt, so würden tötungsbereite Ärzte danach auch „Depressive und Behinderte töten, vielleicht sogar gegen deren Willen“.¹⁹⁰ Jedoch versucht die Autorin anhand von Zahlen und Entwicklungen in den Niederlanden zu belegen, dass dort ein solcher Automatismus ausgeblieben sei.¹⁹¹

¹⁸⁹ Lakotta, 2008, S. 165

¹⁹⁰ ebd. S. 168

¹⁹¹ vgl. ebd., S. 167ff.

4.3.2 Intensivmedizin

Ein weiterer, im besagten Artikel behandelte, Aspekt ist die moderne Intensivmedizin, die im Rahmen der SPIEGEL-Berichterstattung häufig thematisiert wird. Die Beurteilung der modernen Intensivmedizin wird vor allem durch grafische Darstellungen verdeutlicht. In dem Artikel *Das Leiden der Anderen* ist über der Überschrift folgendes Bild dargestellt:



Abbildung 4: Darstellung eines Patienten auf der Intensivstation im SPIEGEL

Dieses Bild erstreckt sich fast zur Hälfte über die erste Seite des Artikels. Die Bildunterschrift lautet: „**Intensivstation (Universitätsklinik München):** *„Menschen wünschen sich ein Sterben frei von Schmerzen“*“. Das Zitat bezieht sich vermutlich auf eine Aussage des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Christof Müller-Busch, der im Artikel selbst ebenfalls zitiert wird. Jedoch gibt es keine Hinweise darauf, warum die Intensivstation der Universitätsklinik München zuvor angeführt wird. Vermutlich stammt das Bild aus dieser Klinik. Auffällig ist bei der Betrachtung des Bildes, dass mehr als die Hälfte des Bildes Geräte, Kabel und Schläuche zeigt. Das Gesicht der Person, die im Krankbett liegt, ist kaum zu erkennen. Diese Art und Weise der Darstellung von Menschen in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist über den gesamten Diskursverlauf hinweg mehrfach anzutreffen.¹⁹² Insbesondere dann, wenn die Autoren versuchen die Nachteile moderner Intensivmedizin aufzuzeigen und Verständnis für die Befürwortung ärztlich assistierten Suizids oder aktiver Sterbehilfe zu wecken. Es sollte jedoch angemerkt werden, dass Gesichter in diesen Fällen nicht gut zu erkennen sind, weil datenschutzrechtliche Gründe womöglich eine Rolle spielen.

4.3.3 Demenz und Wachkoma

Auch im Rahmen der SPIEGEL-Berichterstattung ist festzustellen, dass Krankheitsbilder wie die Demenz und das Wachkoma nicht differenziert oder auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse betrachtet werden. Dies soll beispielhaft an einem Teil des Artikels *Finaler*

¹⁹² vgl. Tabelle 12

Hausbesuch in der Ausgabe 25/2008 veranschaulicht werden. Die Autoren zeichnen hier ein düsteres Bild von der modernen Intensivmedizin:

„Ärzte können das Ableben hinauszögern. Aber sie können nicht jedes Leid nehmen, sie können weder ein Nervensystem erneuern noch das Knochengestüt; sie können auch keine Gehirne reparieren. Wer dement ist, bleibt dement, wer Alzheimer hat, hat Alzheimer, wer im Wachkoma liegt, liegt im Wachkoma. Dann hilft die Technik: Pfleger spritzen Nahrung über einen Schlauch in den Magen, Maschinen pumpen Luft in die Lungen. Die Augen starren zwar ins Leere, aber der Mensch atmet, verdaut, scheidet aus, bewegt sich.“¹⁹³

Die Vereinfachung der Krankheitszustände von Demenz, Alzheimer und Wachkoma wirken sehr undifferenziert. Diese Krankheitszustände sollen durch die Beschreibung, dass die Augen nur „ins Leere“ starren, der Mensch nur atmet, verdaut, ausscheidet und sich bewegt, als lediglich erhalten gebliebene menschliche Hülle, die mit Hilfe von Geräten ihren Grundfunktionen des Überlebens nachgeht, verdeutlichen, dass von diesem Menschen keine persönlichen, „menschlichen“ Eigenschaften übrig sind und dass sich daran nichts mehr ändert („wer im Wachkoma liegt, liegt im Wachkoma“). Zwar wird auch im Bundestag die Zweiseitigkeit moderner Intensivmedizin anerkannt, und auch die Beurteilung der Krankheitsbilder wie Demenz und Wachkoma verläuft nicht unbedingt wissenschaftlich differenziert, jedoch wird vermieden, Menschen mit diesen Krankheiten auf ihre Grundfunktionen zu reduzieren. Im Gegenteil, vielmehr wird betont, wie wichtig es ist, bei solchen Krankheitsbildern keine vorschnellen Entscheidungen zu treffen und sie nicht aufzugeben. Die Abgeordneten im Bundestag scheinen dahingehend vorsichtiger in ihren Formulierungen zu sein, denn stets wurde vermieden, den Wert menschlichen Lebens zu beurteilen, was im SPIEGEL zumindest implizit gemacht wird.

4.3.4 Patientenverfügungen

Die Patientenverfügungsdebatte im Bundestag wird über den gesamten Untersuchungszeitraum im SPIEGEL mehrfach aufgegriffen, dabei werden Bundestagsabgeordnete zitiert und zu Auseinandersetzungen rund um Patientenverfügungen berichtet.

Patientenverfügungen werden, insofern sie gut durchdacht verfasst werden, als enorme Hilfe für die Entscheidung eines Arztes dargestellt, aber auch dass sie in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden sollten. Zudem wird betont, dass der Dialog zwischen Arzt und Patient im Vordergrund stehen sollte.¹⁹⁴ Patientenverfügungen an sich werden daher sowohl im Bundestag als auch im SPIEGEL in ihrer Bedeutung nicht überbewertet.

Die im Bundestag stark umstrittene Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen erhält in der SPIEGEL-Berichterstattung weniger Aufmerksamkeit. In dem bereits während der

¹⁹³ Deggerich, Schmidt, Verbeet & Wensierski, 2008, S. 42

¹⁹⁴ Lakotta, 2004, S. 170

Analyse des Sterbehilfediskurses im Bundestag erwähnten Artikel „Sterben ist nicht normierbar“ aus der Ausgabe 13/2007 lehnen sowohl Hoppe als auch Borasio eine Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen ab. Dies wird unter anderem damit begründet, dass von Politikern verwendete Begriffe wie „irreversibel tödlicher Verlauf“ juristische Begriffe sind, die wenig mit dem Praxisalltag zu tun hätten. Gleichzeitig gehen die beiden Interviewten davon aus, dass Bundestagsabgeordnete keine Experten in solchen Fragen seien und eine solche Einschränkung von Patientenverfügungen nichts mit der Realität von Situationen zu tun habe, in denen Patientenverfügungen relevant seien.¹⁹⁵

Die vergleichsweise geringe Thematisierung einer Reichweitenbegrenzung lässt darauf schließen, dass im SPIEGEL keine Notwendigkeit für eine Reichweitenbegrenzung gesehen wird, was beispielsweise daran gezeigt werden kann, dass im Rahmen des Interviews mit Hoppe und Borasio deren Sicht nicht in Frage gestellt wird.

4.3.5 Rechtslage und Begriffsverwendung

In der SPIEGEL-Berichterstattung werden Begriffe aus dem Bereich der Sterbehilfe zum Teil uneindeutig verwendet und auch die Rechtslage wird nicht immer klar dargestellt, wie auch im Bundestag. Im Artikel „*Facharzt fürs Töten*“ aus der Ausgabe 48/2007 wird Folgendes beschrieben:

„Ein Arzt gelobt, dass die Erhaltung des Lebens das oberste Gebot seines Handelns ist. Wer Sterbehilfe leistet, der riskiert ein Berufsverbot, sogar einen Strafprozess – zumindest in Deutschland. Auf jeden Fall agieren Mediziner hierzulande in der rechtlichen Grauzone.“¹⁹⁶

Hier wird allgemein von Sterbehilfe gesprochen, dabei wird nicht konkretisiert, welche Form der Sterbehilfe gemeint ist. Da es in diesem Kontext um Ärzte geht, liegt die Vermutung nahe, dass entweder von ärztlich assistiertem Suizid oder aktiver Sterbehilfe gesprochen wird. Da von einem möglichen Berufsverbot und Strafprozess die Rede ist, werden passive und indirekte Sterbehilfe nicht gemeint sein. Trotzdem ist der allgemeine Begriff der Sterbehilfe in diesem Kontext wenig aussagekräftig. Folgende Grafik in diesem Artikel trägt nicht unbedingt zu einer Klärung der Begrifflichkeit bei:

¹⁹⁵ Meyer & Lakotta, 2007, S. 141

¹⁹⁶ Deggerich & Neubacher, 2007, S. 50

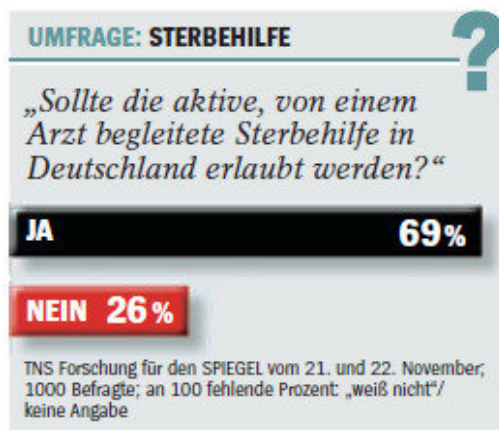


Abbildung 5: Umfrage zum Thema Sterbehilfe im SPIEGEL

Was unter „aktiver von einem Arzt begleitete[r] Sterbehilfe“ zu verstehen sein soll, ist unklar. Denn mit aktiver Sterbehilfe geht zumindest in Deutschland einher, dass der Arzt die Handlung vollzieht, hier wird von Begleitung gesprochen, was jedoch nicht näher definiert wird. Der Untertitel des Artikels verrät, dass der Mediziner Uwe Christian Arnold für den Sterbehilfe-Verein DIGNITAS-Deutschland für den „legalen Suizid mit ärztlicher Begleitung“ wirbt und damit auch, dass es in diesem Artikel um ärztlich assistierten Suizid gehen soll. In diesem Artikel wird mit den Begriffen rund um die Sterbehilfe-Thematik verwirrend umgegangen, da mehrere Begriffe ein und denselben Sachverhalt bezeichnen sollen, obwohl sie unterschiedlichen Definitionen unterliegen. Weiterhin ist anzumerken, dass in diesem Artikel die organisierte Sterbehilfe bzw. Suizidbeihilfe in Deutschland thematisiert wird. Dieses Thema wird von 2000 bis 2010 in mindestens 14 Artikeln jeweils angesprochen oder thematisiert.¹⁹⁷

Wie bereits festgehalten, findet dieses Thema zwischen 2000 und 2010 im Bundestag vergleichsweise wenig Berücksichtigung bzw. es wird über ein gesetzliches Verbot gewerblicher Sterbehilfe gesprochen. Im SPIEGEL hingegen wird jedoch angedeutet, dass ein mögliches gesetzliches Verbot in Deutschland dazu führen kann, dass Menschen, die sich für ihren Tod entschieden haben, im Stich gelassen werden.¹⁹⁸

4.3.6 Der Nationalsozialismus

Der Nationalsozialismus findet in Bezug auf die Sterbehilfethematik auch im SPIEGEL Erwähnung. In dem Artikel *Schleier des Todes* aus der Ausgabe 16/2001 geht es um die Euthanasie-Gesetzgebung in den Niederlanden. In Bezug auf Deutschland wird festgehalten:

„Die Volksvertreter wie die Experten-Elite dagegen möchte über das Thema am liebsten gar nicht diskutieren, weil zu viele gefährliche Fallen lauern: Da droht im Hintergrund immer die

¹⁹⁷ vgl. Tabelle 13

¹⁹⁸ vgl. Deggerich, Schmidt, Verbeet & Wensierski, 2008, S. 44

schreckliche Geschichte der Euthanasie im Nazi-Reich, über 100 000 Behinderte und Kranke wurden als so genanntes lebensunwertes Leben umgebracht.“¹⁹⁹

Die Euthanasie während des Nationalsozialismus wird hier als Begründung dafür genannt, warum ärztlich assistierter Suizid in Deutschland auf politischer Ebene ungern diskutiert wird. Mit der „Experten-Elite“ beziehen sich die Autoren vermutlich auf die Bundesärztekammer und die Katholische Kirche, die beide in diesem Artikel als Gegner ärztlich assistierten Suizids und der Tötung auf Verlangen dargestellt werden.

Im Artikel *Finaler Hausbesuch* wird es so formuliert: „Hierzulande ist das Thema besonders belastet, weil sich Ärzte in der NS-Zeit zum Morden einspannen ließen, weil die Nazis angeblich ‚unwertes Leben‘ beseitigten.“²⁰⁰ Es wird also gleichzeitig, wie im Bundestag von einer Tabuisierung des Umgangs mit Tod und Sterben ausgegangen, was vor allem auf die Verbrechen während des Nationalsozialismus zurückgeführt wird. Der Artikel *Schleier des Todes* etwa behandelt diese Problematik, der Titel bezieht sich auf ein Zitat im Artikel in dem gesagt wird, dass in Deutschland ein Schleier über das Thema Tod gelegt wird.²⁰¹ Der Unterschied besteht vor allem darin, dass der SPIEGEL die NS-Verbrechen als Ursache für eine Tabuisierung betrachtet und davon ausgeht, dass das Thema der aktiven Sterbehilfe und des ärztlich assistierten Suizids deshalb im Bundestag nicht ernsthaft im Plenum diskutiert wird. Im Bundestag wird im Gegensatz dazu auf Basis der historischen Erfahrungen gegen die aktive Sterbehilfe argumentiert.

4.3.7 Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe

Abschließend soll der Artikel *Töten oder Sterbenlassen?* begutachtet werden, der in der Ausgabe 26/2010 erschien. Angesprochene Begriffe und Themen: Wachkoma, künstliche Lebensverlängerung, Urteile des BGH, Lebensschutz und Selbstbestimmung, Patientenverfügungen, Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen, Fall aus Fulda.

Die Autorin bezieht sich in ihrem Artikel auf die Grundsatzentscheidung des BGH zur Sterbehilfe von 2010.²⁰² Zunächst beschreibt die Autorin den Fall, dass ein nun im Wachkoma liegender Patient „als er geistig noch auf der Höhe war, klar und deutlich ein bloßes Hinauszögern seines natürlichen Todes durch den Einsatz von Medizintechnik abgelehnt“ hatte.²⁰³ Dieser Patient wird jahrelang künstlich beatmet, ernährt und ist an ein Dialysegerät angeschlossen und an weitere Apparate, die das Funktionieren seines Körpers

¹⁹⁹ Fischer, Hackenbroch, Hipp, Scheidges, Schreiber, Wensierski & Wiedemann, 2001, S. 25

²⁰⁰ Deggerich, Schmidt, Verbeet & Wensierski, S. 44

²⁰¹ Fischer, Hackenbroch, Hipp, Scheidges, Schreiber, Wensierski & Wiedemann, 2001, S. 25

²⁰² Friedrichsen, 2010, S. 60

²⁰³ ebd.

gewährleisten. Nun sagt die Autorin, dass bisher immer die Frage war, welche dieser Behandlungen straflos abgebrochen werden dürfen:

„Darf der Stecker des Beatmungsgerätes gezogen werden? Ist das noch erlaubte passive Sterbehilfe, da es ja dem Unterbleiben der abgelehnten Lebensverlängerung dient? Oder ist es verbotene aktive Sterbehilfe, den Schalter der Dialysemaschine umzulegen? Kommt da nicht Totschlag in Frage? Schwingt sich der Handelnde nicht doch zum Herrn über Leben und Tod auf, wie es von Staatsanwälten immer wieder zu hören war? Ist das Abschalten zwar eine aktive Handlung, jedoch keine Tötung, da nur dem natürlichen Sterben sein Lauf gelassen wird?“²⁰⁴

Die Aneinanderreihung dieser vielen Fragen steht stellvertretend für die Ansicht der Autorin, dass die bisherige Rechtslage durch verschiedene Urteile des BGH unübersichtlich und verwirrend geworden war. Jedoch geht sie davon aus, dass diese Unsicherheiten nun beendet seien, da der BGH festgelegt habe, dass sich niemand gegen seinen Willen behandeln lassen muss, dass auch niemand essen muss, wenn er das nicht will, Operationen ablehnen darf, auch wenn ein Eingriff lebensnotwendig ist und auch, dass sich keiner Blut verabreichen lassen muss, wenn er dagegen ist. Vielmehr bedarf es einer Zustimmung durch den Patienten, da es sich sonst um Körperverletzung handele. Im Vergleich zur Bundestagsdiskussion wird nun deutlich, dass die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe explizit in Frage gestellt wird, was im Bundestag fast durchgängig vermieden wurde. Gleichzeitig wird deutlich, dass gerade die Debatte über die Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen im Bundestag aufgrund solcher ungeklärter, aber gelegneter Fragen, zu komplizierten, auf unterschiedlicher Wissensbasis beruhenden Auseinandersetzungen basierte. Um den Artikel abzuschließen, hält die Autorin Folgendes fest:

„Der Tod gehört zum Leben. Und zum menschenwürdigen Leben gehört ein ebensolcher Tod. Selbsternannte Lebensschützer haben sich da nicht einzumischen.“²⁰⁵

Weiterhin wird die Verwendung der Kollektivsymbolik der Menschenwürde und der Selbstbestimmung durch In-Kontrast-Setzen zum Lebensschutz deutlich. Im SPIEGEL wird Fremdbestimmung ebenso abgelehnt, wie in der Bundestagsdiskussion. Insgesamt wird die Selbstbestimmung im Rahmen der SPIEGEL-Berichterstattung jedoch weiter ausgelegt als im Bundestag, was vor allem an der Beurteilung der aktiven Sterbehilfe und dem ärztlich assistierten Suizid deutlich wurde, denn insofern etwa Ärzte dazu bereit sind, nach eingehender Beschäftigung mit dem Sterbewilligen, diesem beim Suizid zu helfen, wird dies akzeptiert.

²⁰⁴ Friedrichsen, 2010, S. 60

²⁰⁵ ebd., S. 61

5 Schlussbetrachtung und Ausblick

Nun sollen die Ergebnisse der Diskursanalyse zusammengefasst werden. Zunächst soll dazu kurz die Vorgehensweise dieser Arbeit reflektiert werden. Danach erfolgt ein Überblick über die wesentlichen Erkenntnisse, die aus dem Vergleich zwischen dem Bundestags- und dem SPIEGEL-Diskurs gezogen werden konnten. Darüber hinaus werden diese Ergebnisse in Hinblick auf ihre Bedeutung für den gesamtgesellschaftlichen Diskurs reflektiert und in den historisch diskursiven Kontext eingeordnet. Abschließend wird ein Ausblick auf mögliche zukünftige Entwicklungen des Sterbehilfediskurses gegeben.

Ziel dieser Arbeit ist es gewesen, eine Antwort darauf zu finden welche Wahrheitsansprüche und Argumentationsmuster den Diskurs zur Sterbehilfe in Deutschland zwischen 2000 und 2010 geprägt und welche Schwerpunkte dominiert haben und inwiefern sich diese auf politischer und medialer Ebene unterscheiden. Dazu ist zunächst, mit Hilfe von Begriffsdefinitionen und der Darstellung der Entwicklung hin zur heutigen rechtlichen Lage in Bezug auf die Sterbehilfe in Deutschland ein einführender Überblick geschaffen worden. Weiterhin wurde eine Grundlage für das Verständnis der Sterbehilfediskurse von Bundestag und SPIEGEL mit Hilfe einer Einführung in den diskursiven Kontext erreicht. Im Anschluss ist die Methode der Kritischen Diskursanalyse vorgestellt worden, mit welcher der Sterbehilfediskurs in Deutschland analysiert wurde. Das Kernstück dieser Arbeit bildet dann die Auswertung der Bundestagsdiskussion am Beispiel von zwei Bundestagssitzungen. Die Ergebnisse sind mit der SPIEGEL-Berichterstattung zur Sterbehilfethematik verglichen worden. Dabei konnten nicht nur Erkenntnisse über die beiden Diskurse in Bundestag und SPIEGEL gewonnen werden, sondern auch über den umfassenderen Diskurs in Deutschland zum Umgang mit Tod und Sterben und gesellschaftlich dominierenden Grundwerten. Die Ergebnisse sollen im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden:

Die Verwendung von Fallbeispielen, persönlichen Geschichten und fiktiven Beispielen zur Veranschaulichung und Begründung der eigenen Ansichten ist sowohl im Bundestag als auch im SPIEGEL als gängiges Argumentationsmuster zu bezeichnen. Diese Strategie dient hauptsächlich dazu Emotionen zu wecken und die Gegenseite empfänglich für eigene Argumente zu machen. Im Rückblick auf die Ausführungen in Kapitel 2 wird deutlich, dass auch diese Arbeit nicht ohne Fallbeispiele ausgekommen ist. Es scheint daher unumgänglich den Sterbehilfediskurs anhand von Fallbeispielen zu ergründen.

In Bezug auf geltende Wahrheitsansprüche gilt die Enttabuisierung der Themen Tod und Sterben sowohl im Bundestag als auch im SPIEGEL als entscheidend für den Umgang der Gesellschaft mit diesen Themen. Dabei ist auf beiden Seiten zu erkennen, dass der

Nationalsozialismus als ursächlich für diese Tabuisierung betrachtet wird. Der Ausbau von Palliativmedizin und Hospizarbeit spielt im Bundestag eine große Rolle, vor allem um die Enttabuisierung von Tod und Sterben in Gang zu setzen. Dabei entsteht der Eindruck, dass Sterbebegleitung ein gesellschaftliches Gesamtkonzept im Umgang mit Tod und Sterben darstellen soll und seitens des Bundestages keine Alternativen zulässt. Im SPIEGEL wird deutlich, dass zu einem solchen gesellschaftlichen Gesamtkonzept auch gehört, dass davon abweichende Ansichten mit eingebunden werden. Denn ärztlich assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe erhalten im SPIEGEL Raum für eine Auseinandersetzung mit ihnen.

Tatsächliche Diskussionen über die Grenzziehungen zwischen passiver, indirekter und aktiver Sterbehilfe kommen im Bundestag nicht zustande. Im SPIEGEL wird zumindest in Bezug auf die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe davon ausgegangen, dass es Situationen gibt, in denen eine solche Grenze fließend sein kann.

Im Bundestag wird in Bezug auf die aktive Sterbehilfe darauf verwiesen, dass die Gesetzeslage in den Niederlanden zu gefährlichen Entwicklungen geführt habe. Der SPIEGEL hingegen nutzt das Beispiel der Niederlande, um zu betonen, dass es dort keine gefährlichen Entwicklungen gebe. Vermeintliche Tatsachen oder Statistiken werden also sowohl von Seiten der Bundestagsabgeordneten als auch von Seiten des SPIEGELs so verwendet, dass sie die eigene Argumentation stützen. Dies wurde auch an der grafischen Darstellung der SPIEGEL-Umfragen deutlich.

Begriffliche Unklarheiten bzw. Definitionsverzicht sind dem gesamten Untersuchungszeitraum immanent. Die passive Sterbehilfe und die Definition ihrer Grenzen hat im Rahmen der Bundestagsdiskussion in Bezug auf eine mögliche Reichweitenbeschränkung das größte Konfliktpotential gehabt. Deutlich wurde an dieser Diskussion vor allem, dass die Grenzen der passiven Sterbehilfe einerseits nicht unter allen Abgeordneten gleichrangig bekannt waren und andererseits stark umstritten, obwohl dies wiederum seitens der Abgeordneten vehement abgestritten wurde. Begriffliche Differenzierungen bezüglich aktiver und passiver Sterbehilfe wurden nur selten hinterfragt, sondern als gegeben hingenommen und verteidigt. Der SPIEGEL hat die Reichweitenbeschränkung deutlich weniger kontrovers diskutiert, mit Verweisen auf Expertenwissen stützte sich dieser eher auf Argumente gegen eine Reichweitenbegrenzung.

Dass begriffliche Unklarheiten und eine uneindeutige Rechtslage auch über Bundestag und SPIEGEL hinaus ein gängiges Problem bei der Auseinandersetzung mit der Sterbehilfethematik zu sein scheinen, wurde bereits in Kapitel 2 an den vielen verschiedenen BGH-Urteilen deutlich. Die Unklarheiten in den beiden betrachteten Sterbehilfediskursen sind daher nur vor dem Hintergrund dieser vorangegangenen Entwicklungen zu verstehen. In

Bezug auf den breiteren gesellschaftlichen Diskurs zur Sterbehilfe in Deutschland werden die verschiedenen BGH-Entscheidungen für ähnliche Unsicherheiten gesorgt haben. Das wird letztlich daran deutlich, dass der BGH 2010 auf Basis des neuen Patientenverfügungsgesetzes zum wiederholten Mal versucht hat, den Bereich der Sterbehilfe rechtlich zu klären.

Man könnte sich die Frage stellen, welchen Einfluss es auf den Bundestagsdiskurs gehabt hätte, wenn das Urteil des BGH von 2010 zu einem früheren Zeitpunkt getroffen worden wäre und ob dann womöglich die Diskussion um eine Reichweitenbegrenzung weniger Raum im Bundestag eingenommen hätte. Denn trotz der im Bundestag als eindeutig postulierten Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe wurde mehrfach deutlich, dass diese eben nicht hinreichend klar verbreitet war.

Mit Krankheitsbildern wie Demenz und Wachkoma wird weder im Bundestag noch im SPIEGEL differenziert umgegangen. Während im Bundestag vor allem an Demenz und Wachkoma deutlich wird, dass die Grenzen der passiven Sterbehilfe noch nicht hinreichend geklärt sind, nutzt der SPIEGEL die Darstellung von Intensivpatienten, um die moderne Intensivmedizin zu kritisieren und sich für ärztlich assistierten Suizid und aktive Sterbehilfe auszusprechen. Besonders in den Vordergrund gerückt wird dabei die Abhängigkeit solcher Patienten von medizinisch-technischen Maßnahmen, wodurch die Einschränkung der Selbstbestimmung betont werden soll. Die Bedeutung, die dem Patientenwillen bzw. dem mutmaßlichen Patientenwillen zugeschrieben wird, zeigt, wie bedeutend die Vorstellung von der Selbstbestimmung des Menschen auf beiden Diskursebenen ist. Zwangsbehandlungen werden grundsätzlich ausgeschlossen. Der hohe Stellenwert der Selbstbestimmung hat sich letztendlich auch in der Ausgestaltung des Patientenverfügungsgesetzes niedergeschlagen, insbesondere dadurch, dass auf eine Reichweitenbegrenzung verzichtet wurde. Eine Beurteilung der Sterbehilfe in Deutschland scheint ohne die Vorstellung von Selbstbestimmung nicht möglich. Gerade im Bereich des Umgangs mit Tod und Sterben, in dem die Endlichkeit des menschlichen Lebens besonders offensichtlich wird, scheint die Selbstbestimmung an erster Stelle zu stehen. Der Lebensschutz geht daher immer nur so weit, wie der einzelne sich auf seine Selbstbestimmung beruft. Damit wird auch deutlich, dass der breitere Diskurs zur Sterbehilfe in Deutschland stark von der Betonung der Selbstbestimmung geprägt ist. Denn das Kollektivsymbol der Selbstbestimmung ist unmittelbar mit dem der Menschenwürde und dem des Lebensschutzes verknüpft, die vor allem durch den Nationalsozialismus im Grundgesetz besondere Bedeutung bekommen haben und damit auch als gesamtgesellschaftliche Werte zu betrachten sind. Die Verbrechen während des Nationalsozialismus haben im Sterbehilfediskurs zweierlei Bedeutung. Einerseits lassen sie sich als Begründung dafür betrachten, weshalb Selbstbestimmung so betont wird.

Andererseits schwebt dabei immer die Vorstellung mit, dass weit ausgelegte Selbstbestimmung staatlicherseits eines Tages erneut dazu genutzt werden könnte, dass diese für eigennützige Zwecke missbraucht wird. Aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierten Suizid im Bundestag zu befürworten, birgt daher vermutlich das Risiko, auf eine Stufe gestellt zu werden, mit Menschen wie Adolf Jost, der in seinem Werk „Das Recht auf den Tod“ (1895) plante, die Beihilfe zur Selbsttötung durch Ärzte innerhalb der Gesellschaft akzeptabel zu machen, um im Anschluss unter diesem Vorwand, aus seiner Sicht unbrauchbare Menschen, zu töten. Das könnte zumindest die große Abwehrfront gegenüber ärztlich assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe im Bundestag erklären.

In Zukunft dürfte abzuwarten sein, wie sich die Diskussion um ein Verbot gewerblicher Sterbehilfe in Deutschland entwickelt. Die gewerbliche Sterbehilfe geht damit einher, an dem Tod von Menschen Geld zu verdienen, was aufgrund des historischen Hintergrundes des Nationalsozialismus in Deutschland gerade innerhalb der Bundestagsdiskussion vermutlich auf Ablehnung stoßen wird. Diese jedoch zu verbieten, dürfte schwierig mit dem hohen Stellenwert der Selbstbestimmung vereinbar sein, insofern die betroffenen Menschen keine Alternativen geboten bekommen. Seitens der Medien wird dies sicherlich Betonung finden.

Literaturverzeichnis

- Anselm, R. (2008). Menschenwürdig sterben auch auf der Intensivstation? Orientierungsmarken aus Sicht einer evangelische-theologischen Ethik. In T. Junginger, A. Pernecky, C.-F. Vahl & C. Werner, (Hrsg.), *Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen* (S. 59-69). Heidelberg.
- Bahner, B. (2013). *Recht im Bereitschaftsdienst. Handbuch für Ärzte und Kliniken*. Berlin Heidelberg.
- Baranzke, H. (2013). Die autonome Würde des Akteurs. Grundzüge einer Ethik der Würde. In H. Baranzke, /G. Duttge (Hrsg.), *Autonomie und Würde. Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht* (S. 157-193). Würzburg.
- Baranzke, H. & Duttge, G. (2013). Autonomie und Würde als Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht. In H. Baranzke, G. Duttge (Hrsg.), *Autonomie und Würde. Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht* (S. 11-27). Würzburg.
- Benzenhöfer, U. (2009). *Der Gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe*. Göttingen.
- Binding, K. & Hoche, A. (1920). *Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens. Ihr Mass und ihre minderwertigminderwertigform*. Leipzig.
- Birnbacher, D. (1995). *Tun und Unterlassen*. Stuttgart.
- Bundesärztekammer (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt*, 7, 346-348.
- Donati, P. R. (2011). Die Rahmenanalyse politischer Diskurse. In R. Keller, Hirsland, A., Schneider, W. & Viehöver, W. (Hrsg.), *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse: Bd. 1, Theorien und Methoden*. (S. 159-191). Wiesbaden.
- Foucault, M. (1973). *Archäologie des Wissens*. Frankfurt am Main.

- Foucault, M. (1974). *Die Ordnung des Diskurses*. (12. Aufl.). Frankfurt am Main.
- Foucault, M. (1976). *Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin*. Berlin.
- Gavela, K. (2013). *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*. Berlin Heidelberg.
- Heichel, S. & Knill, C. (2013). Institutionelle Rahmenbedingungen moralpolitischer Steuerung. *APuZ Aus Politik und Zeitgeschichte*, 34-36, 57-62.
- Hohendorf, G., Rotzoll, M., Richter, P., Eckart, W. Mundt, C. (2002). Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie-Aktion T4“. Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin. *Der Nervenarzt*, 73, 1065-1074.
- Höfling, W. (2008). Das Recht der sogenannten Sterbehilfe. Terminologische Unterscheidungen, kategoriale Klassifikationen und normative Maßstabskriterien. In T. Junginger, A. Perneckzy, C.-F. Vahl & C. Werner, (Hrsg.), *Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen* (S. 251-255). Heidelberg.
- Jäger, S. (2004). *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*. (4. unv. Aufl.). Münster.
- Jäger, S. (2011). Diskurs und Wissen – Theoretische und methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. In R. Keller, A. Hirsland., W. Schneider & W. Viehöver (Hrsg.), *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse: Bd. 1, Theorien und Methoden*. (S. 91-124). Wiesbaden.
- Jäger, S. (2012). *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*. (6. vollst. überarb. Aufl.). Münster.
- Jonen-Thielemann, I. (2008). Palliativmedizin statt aktiver Sterbehilfe bei Krebskranken. In T. Junginger, A. Perneckzy, C.-F. Vahl & C. Werner (Hrsg.), *Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen* (S. 257-264). Heidelberg.
- Kolb, C. (2004). Künstliche Ernährung bei Demenzkranken. Ethische Aspekte aus Sicht der Pflege. *Ethik in der Medizin*, 16, 265-274.

Link, J. (1986). Kleines Begriffslexikon. *kultuRRevolution*, 111, 70-71.

Link, J. (1988). Literaturanalyse als Interdiskursanalyse. Am Beispiel des Ursprungs literarischer Symbolik in der Kollektivsymbolik. In H. Müller & J. Fohrmann (Hrsg.), *Diskurstheorien und Literaturwissenschaft*. (S. 284-306). Frankfurt am Main.

Link, J. (2012): Subjektivitäten als (inter)diskursive Ereignisse. Mit einem historischen Beispiel (der Kollektivsymbolik vor Maschine vs. Organismus) als Symptom diskursiver Positionen. In R. Keller, W. Schneider, W. Viehöver (Hrsg.), *Diskurs – Macht – Subjekt. Theorie und Empirie von Subjektivierung in der Diskursforschung* (S. 53-67). Wiesbaden.

Link, J. (2012a). Kollektivsymbolik und die deutsche Krise seit dem Jahr 2000. In M. Arnold, G. Dressel & G. Viehöver (Hrsg.), *Erzählungen im Öffentlichen. Über die Wirkung narrativer Diskurse*. (S. 135-147). Wiesbaden.

Oduncu, S. & Eisenmenger, W. (2002). Euthanasie – Sterbehilfe – Sterbebegleitung. Eine kritische Bestandsaufnahme im internationalen Vergleich. *Medizinrecht*, 7, 327-337.

Oduncu, S. (2008). Geschichte und Bedeutung des Begriffs Sterbehilfe. In T. Junginger, A. Pernecky, C.-F. Vahl & C. Werner (Hrsg.), *Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen* (S. 229-236). Heidelberg.

Richter-Kuhlmann, E. A. (2003). Fall Dr. Bach: Sterbehilfe oder Tötung? *Deutsches Ärzteblatt*, 45, 2916-2918.

Roggendorf, S. & Eckart, W.U. (2012). Indirekte Sterbehilfe. Medizinische und rechtliche Implikationen. *Der Anaesthesist*, 61, 640-645.

Rotzoll, M., Hohendorf, G. & Fuchs, P. (2010). Die nationalsozialistische >>Euthanasie<<-Aktion T4 und ihre Opfer. Von den historischen Bedingungen bis zu den Konsequenzen für die Ethik in der Gegenwart. Eine Einführung. In M. Rotzoll, G. Hohendorf, P. Fuchs, P. Richter, C. Mundt, W. U. Eckart (Hrsg.), *Die nationalsozialistische >>Euthanasie<<-Aktion T4 und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart* (S. 13-24). Paderborn.

Ruß, H. G. (2002). Aktive Sterbehilfe: Ungereimtheiten in der Euthanasie-Debatte. *Ethik in der Medizin*, 14, 11-19.

Singer, P. (1979). *Praktische Ethik*. (3., rev. u. erw. Aufl.). Stuttgart.

Spittler, J. F. (2003). *Gehirn, Tod und Menschenbild. Neuropsychiatrie, Neurophilosophie, Ethik und Metaphysik*. Stuttgart.

Spranger, T. M. (2013). Die Menschenwürde als verfassungsrechtliches Prinzip. In H. Baranzke & G. Duttge (Hrsg.), *Autonomie und Würde. Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht* (S. 45-54). Würzburg.

Stolpmann, G., Fromberger, P., Jordan, K., Schwerdtner, J. & Müller, J. L. (2010). Patienten mit einer wahnhaften Depression in der Maßregel nach § 63 StGB. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4, 160-165.

Teismann, T. & Dormann, W. (2013). Suizidalität. Risikoabschätzung und Krisenintervention. *Psychotherapeut*, 58, 297-311.

Thoma, M. (2011). *Entwürfe des wirtschaftspädagogischen Subjekts. Anders-Konzeption aus poststrukturalistischer Perspektive*. Wiesbaden.

Internetquellen

AG, B. Braun Melsungen (2014). Ärztliche Indikation. Zugriff am 19.08.2014,
<http://www.palliativecare.bb.braun.de/cps/rde/xchg/om-palliativecare-de-de/hs.xsl/7914.html>

ARD (2010). Hintergrund zur Sterbehilfe. Definitionen und juristische Bewertungen. Zugriff am 20.06.2014, <http://www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe114.html>

Bayrisches Landesamt für Statistik (2014). Sitzverteilung im Deutschen Bundestag seit 1949. Zugriff am 05.07.2014, http://www.wahlen.bayern.de/bw/sitzeverteilung_seit_49.pdf

BGB (2014). Bürgerliches Gesetzbuch. Zugriff am 26.08.2014,
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bgb/gesamt.pdf>

BGH (2010). Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09. Zugriff am 05.07.2014,
<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=2010-6&Seite=1&nr=52999&pos=49&anz=313>

BGH (2014). Der Bundesgerichtshof. Zugriff am 05.07.2014,
http://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/DerBGH/broschuereAktuell.pdf?__blob=publicationFile

Bundesärztekammer (2011 a). Berufsordnung. Zugriff am 20.06.2014,
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100>

Bundesärztekammer (2011 b). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. Zugriff am 20.06.2014,
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20112.pdf

Deutscher Bundestag (2009). Plenarprotokoll 17/4. Zugriff am 20.08.2014,
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/000/1700004.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (2013). Blick über die Grenzen. Rechtliche Regelungen der Sterbehilfe im Ausland. Zugriff am 20.08.2014,
<http://www.dghs.de/wissenschaft/blick-ueber-die-grenzen.html>

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2014). Urteile des BGH zur Sterbehilfe. Zugriff am 05.07.2014,

<http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/fuenf-urteile-zur-sterbehilfe>

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2014a). Der Weg zu einem deutschen Patientenverfügungsgesetz. Zugriff am 05.07.2014,
<http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/der-weg-zu-einem-deutschen-patientenverfuegungsgesetz>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2014). Ärztlich assistierter Suizid. Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zugriff am 05.07.2014,
http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20140119_DGP_%C3%A4rztlich_assistierter_suizid.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2014a). Zugriff am 26.08.2014,
<http://www.dgpalliativmedizin.de/>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2014b). Statt „Sterbehilfe“-Diskussion: DGP plädiert für Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung, breite Aufklärung und verbesserte Qualifikation. Zugriff am 26.08.2014,
<http://www.dgpalliativmedizin.de/pressemitteilungen/2014-04-16-17-26-15.html>

DIGNITAS (2013). Eine kurze Geschichte des Vereins. <<DIGNITAS – menschenwürdig leben – menschenwürdig sterben>>. Zugriff am 22.08.2014,
http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=51&lang=de

Duden (2014). Hospiz. Zugriff am 20.06.2014, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Hospiz>

Duden (2014a). Euthanasie. Zugriff am 20.06.2014,
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Euthanasie>

Duden (2014b). babylonisch. Zugriff am 20.07.2014,
<http://www.duden.de/rechtschreibung/babylonisch>

HRR-Strafrecht (2014). BGH 3 StR 79/96 – Urteil vom 15. November 1996 (LG Kiel). Zugriff am 05.07.2014, <http://www.hrr-strafrecht.de/hrr/3/96/3-79-96.pdf>

Malteser Hospizdienst (2014). Zugriff am 26.08.2014, <http://www.malteser-hospizarbeit.de/>

Schaider, A., Borasio, G. D., Marckmann, G. & Jox, R. J. (2013). Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens: eine Interviewstudie mit Klinikern. *Ethik in der Medizin* (Hrsg.), Zugriff am 21.08.2014,
<http://www.springermedizin.de/ethik-in-der-medizin-2013-04/4799630.html?indexX=0&indexY=400>

SPIEGEL-Gruppe (2014). DER SPIEGEL in Zahlen. Zugriff am 05.07.2014,
<http://www.spiegelgruppe.de/spiegelgruppe/home.nsf/Navigation/C226C5F6118D70E0C12573F700562F49?OpenDocument>

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010). Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Zugriff am 20.08.2014,
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausebehandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?__blob=publicationFile

StGB (2014). Strafgesetzbuch. Zugriff am 26.08.2014,
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>

Stockrahm, S. (2011). Bei der Sterbebegleitung alleingelassen. Zugriff am 20.06.2014,
<http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2011-02/sterbebegleitung-bundesaezrtekammer-kommentar>

Sterbehilfe Deutschland (2010). Zugriff am 24.08.2014,
<http://www.sterbehilfedeu.de/>

Quellen zur Durchführung der Kritischen Diskursanalyse

Dokumente des Deutschen Bundestages: www.bundestag.de

DER SPIEGEL: www.spiegel.de

Anhang: Beispielhafte Ausschnitte aus der Datengrundlage für die Kritische Diskursanalyse

Tabelle 4: Annahme einer gesellschaftlichen Tabuisierung von Tod und Sterben in der Bundestagsdiskussion

Zitat bzw. Ausschnitt des Kapitelinhalt	Datum	Drucksache/ Plenarprotokoll	Kapitel
Als notwendig wurde eine öffentliche Auseinandersetzung über die Tabuisierung, aber auch die reale Situation des Sterbens und des Todes angesehen.	28.03.2002	14/8800, S. 270	6.2 Zur Entstehung des aktuellen hospizlichen Gedankens
Die vermeintliche und teilweise auch tatsächlich verbreitete Tabuisierung von Tod und Sterben in der Gesellschaft hat zu einer euphemistisch-mythischen Verklärung eines quasi natürlichen Todeswunsches am Ende des Lebens aus dem Gefühl einer Sättigung, des ‚Nun ist es genug‘ heraus geführt.	18.04.2002	14/8822, S. 352	6.6 Hochaltrigkeit, Sterben und Tod
Tod und Sterben sind in unserer Gesellschaft trotz der sich entwickelnden Hospizbewegung ein weitgehend tabuisiertes Thema.	13.09.2004	15/3700, S. 6	1.3 Umgang mit Tod und Sterben
Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin ist der Überzeugung, dass nicht in der vorzeitigen Beendigung des Lebens die Lösung besteht, sondern in einem anderen Umgang mit Tod und Sterben: Tod und Sterben müssen enttabuisiert und als natürlicher Teil des menschlichen Lebens wieder in die Gesellschaft zurückgeholt werden.	22.06.2005	15/5858, S. 5	1 Einleitung
Lukrezia Jochimsen (DIE LINKE): „Die Grundsatzfragen von Sterben und Tod waren in unserem Lande lange tabu; das liegt auch an der mangelnden Auseinandersetzungen mit der nationalsozialistischen Diktatur. Sie sind immer noch tabu, weil die Gesellschaft materialistisch geworden ist.“	29.03.2007	16/91, S. 9134	Tagesordnungspunkt 3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen
1. Der Bundestag stellt fest: In Deutschland findet derzeit eine intensive Debatte darüber statt, wie ein Lebensende in Würde und Selbstbestimmung ermöglicht und gestärkt werden kann. Diese Debatte ist ein Schritt zur Enttabuisierung des Themas Sterben und Tod in unserer Gesellschaft.	04.06.2008	16/9442, S. 1	-

<p> Maria Eichhorn (CDU/CSU): „Wir brauchen eine neue Kultur des Umgangs mit Leiden und Tod in unserer Gesellschaft. [...] Der Tod gehört zu unserem Leben und darf kein Tabu sein. Durch eine verstärkte Informations- und Öffentlichkeitsarbeit können Berührungängste in der Gesellschaft abgebaut werden.“ </p>	<p>19.06.2008</p>	<p>16/169, S. 17870</p>	<p> Tagesordnungspunkt 5: a) Antrag: Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen schaffen; b) Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Verbesserung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit </p>
---	-------------------	-------------------------	---

Tabelle 5: Zweiseitigkeit moderner Intensivmedizin in der Bundestagsdiskussion

Zitat oder Kapitelinhalt	Datum	Drucksache/ Plenarprotokoll	Kapitel
Seit Mitte des 20. Jahrhunderts haben sich die Fragen, die sich zum Thema Sterben und Tod stellen, durch die Fortschritte der Medizin grundlegend geändert. Dies betrifft – den Zeitpunkt des Todeseintritts, der durch die Möglichkeiten der Reanimation und der künstlichen Lebensverlängerung dem medizinischen Handeln und damit der verantwortbaren Entscheidung unterliegt, – den Ort des Sterbens, der überwiegend das Krankenhaus als Ort professioneller Rettungsmöglichkeiten oder das Pflegeheim geworden ist, – und die Bedingungen des Sterbens, die in zunehmendem Maße von Fremdbestimmtheit durch eine übermächtige Medizin und sozialer Isolation bedroht sind.	14.05.2002	14/9020, S. 196	1.3 Sterbebegleitung
Wolfgang Bosbach (CDU/CSU): „Die neuen, scheinbar grenzenlosen Möglichkeiten der modernen Medizin können aber nicht nur das Leben verlängern, sondern auch das Leiden und Sterben.“	29.03.2007	16/91, S. 9122	Tagesordnungspunkt 3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen
Michael Kauch (FDP): „[D]urch die moderne Medizin wurden viele Möglichkeiten geschaffen [...]. Für viele Menschen ist das ein großes Geschenk, für manche ist das aber eben auch eine Qual.“	26.06.2008	16/172, S. 18262	Tagesordnungspunkt 8: Erste Beratung des Entwurfes eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts
Durch den Fortschritt der Medizin und Technik haben sich die Möglichkeiten zur Lebenserhaltung und –verlängerung auch bei schwersten Krankheiten und in hohem Alter rasant fortentwickelt. Die Erfolge der Medizin können nicht nur das Leben verlängern, sondern auch das Sterben – damit aber auch das Leiden.	16.12.2008	16/11360, S. 8	Begründung

Tabelle 6: Darstellung vermeintlicher Aussagen in Patientenverfügungen durch Bundestagsabgeordnete

Zitat oder Kapitelinhalt	Datum	Drucksache/ Plenarprotokoll	Kapitel
<p>Hubert Hüppe (CDU/CSU): „Nehmen wir einmal an, jemand macht eine Verfügung, in der steht: Wenn ich mehr als ein halbes Jahr im Wachkoma liege, möchte ich keine künstliche Beatmung oder keine künstliche Ernährung mehr. Künstliche Ernährung brauchen Wachkomapatienten in vielen Fällen deswegen, weil bei ihnen ab und zu der Schluckreflex nicht funktioniert. [...] Eine solche Verfügung würde aber bedeuten, dass, wenn der Gesetzentwurf so eingebracht und beschlossen wird, wie er einmal vorgesehen war, nach diesem halben Jahr die vielleicht noch erforderliche künstliche Ernährung, egal welcher therapeutische Fortschritt schon erzielt worden ist, eingestellt werden müsste. Das, meine Damen und Herren, wäre, wie ich gesagt habe, gefährlich für die betroffenen Patienten.“</p>	10.03.2005	15/163, S. 15262	Tagesordnungspunkt 4: Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Patientenverfügungen
<p>Jürgen Gehb (CDU/CSU): „Doch längst nicht alle, die eine Patientenverfügung verfassen, sind in der Lage, die Begriffe zu verstehen. [...] Wir sind doch nicht alle Volljuristen. Nehmen wir an, ein Modellathlet, der für die Olympischen Spiele vorgesehen ist, schreibt: Wenn ich morgen einen Motorradunfall habe und das Bewusstsein verliere, möchte ich nicht, dass die Beatmung weitergeführt wird. – Würden Sie das machen wollen?“</p>	29.03.2007	16/91, S. 9137	Tagesordnungspunkt 3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen
<p>Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): „Wie konkret muss die Situation beschrieben sein, damit der Wille des Patienten zum Abbruch der Intensivbehandlung umgesetzt wird? Die kurze Formulierung ‚Ich möchte nie an Schläuchen hängen‘ wird hier sicher nicht genügen können.“</p>	26.06.2008	16/172, S. 18274	Tagesordnungspunkt 8: Erste Beratung des Entwurfes eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts

Tabelle 7: Zwangsbehandlungen in der Bundestagsdiskussion

Zitat oder Kapitelinhalt	Datum	Drucksache/ Plenarprotokoll	Kapitel
<p>Michael Kauch (FDP): „Jede medizinische Maßnahme – nicht der Verzicht darauf! – ist durch Einwilligung des Patienten zu rechtfertigen. Eine Zwangsbehandlung ist Körperverletzung, dem Arzt drohen strafrechtliche Konsequenzen. Dies gilt im Grundsatz auch für den nichteinwilligungsfähigen Patienten.“</p>	29.06.2006	16/43, S. 4163	<p>Anlage 16: Zu Protokoll gegebene Reden zur Beratung des Antrags: Patientenverfügungen neu regeln – Selbstbestimmungsrecht und Autonomie von nichteinwilligungsfähigen Patienten stärken (Tagesordnungspunkt 13)</p>
<p>Iemingard Schewe-Gerigk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): „Die Begrenzung der Reichweite auf Personen mit einer irreversibel tödlichen Krankheit lässt sich jedoch meines Erachtens nicht rechtfertigen. Sie wäre medizinisch problematisch, weil es diesen medizinischen Begriff nicht gibt. Man müsste ansonsten eine Lebenserwartung festlegen. Diese Begrenzung wäre aber auch ethisch unbegründet und verfassungsrechtlich unhaltbar. Denn: Wenn ein aktuell einwilligungsfähiger Mensch lebensverlängernde Maßnahmen ablehnen kann, muss dieser Wille auch geachtet werden, wenn er im Voraus für eine bestimmte Situation geäußert wurde, in der keine Äußerungsfähigkeit mehr gegeben ist. Würde der Wille nur im Falle eines tödlichen Verlaufs des Leidens geachtet, bedeutete das im Umkehrschluss eine Zwangsbehandlung. Und die ist verboten.“</p>	29.06.2003	16/43, S. 4165	<p>Anlage 16: Zu Protokoll gegebene Reden zur Beratung des Antrags: Patientenverfügungen neu regeln – Selbstbestimmungsrecht und Autonomie von nichteinwilligungsfähigen Patienten stärken (Tagesordnungspunkt 13)</p>
<p>Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): „Herr Kollege Grübel, bei Ihren Ausführungen habe ich mich gefragt, ob Sie Ihre Idee, man müsse den Menschen immer vor sich selber schützen, zu Ende gedacht haben. Ich frage Sie ganz ohne polemische Absicht, was Sie denn wohl tun würden, wenn Sie feststellen, dass eine schwerherzkranke Frau ihre Medikamente nicht nimmt. Sie würden doch nicht ernsthaft an eine Zwangsbehandlung denken. [...] In einer modernen</p>	16.06.2008	16/172, S. 18266	<p>Tagesordnungspunkt 8: Erste Beratung des Entwurfes eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts</p>

Gesellschaft muss man es tolerieren, dass sich Menschen in einer Weise verhalten, die ganz viele von uns als absolut unverantwortlich erachten. Aber das ist so.“			
Marlies Volkmer (SPD): „Die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung kann nicht davon abhängen, dass das Leiden einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen oder der Patient einen endgültigen Bewusstseinsverlust erlitten hat. Abgesehen davon, dass eine solche Einschränkung medizinisch unsinnig ist, ist sie auch ethisch nicht tragbar. Sie widerspricht der Selbstbestimmung der Menschen und würde in der Konsequenz zu Zwangsbehandlungen führen.“	29.03.2007	16/91, S. 9154	Tagesordnungspunkt 3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen
Dr. Lukrezia Jochimsen (DIE LINKE): „Die Verfügung soll jederzeit veränderbar sein, den Phasen des individuellen Lebens angepasst. Sie sollte auch – das wäre die fünfte Forderung – für jeden Zeitpunkt eines Krankheitsverlaufes verändert werden können. Es darf keine Zwangsbehandlung geben, auch nicht bei Personen, die nicht einwilligungsfähig sind.“	29.03.2007	16/91, S. 9154	Tagesordnungspunkt 3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen
Thomas Rachel (CDU/CSU): „Meine Damen und Herren, Selbstbestimmung bedeutet zunächst etwas ganz Konkretes: Ich befinde mich in einer bestimmten Situation und entscheide aufgrund und in Ansehung dieser Situation, was ich tue und was gegebenenfalls andere Menschen mit mir tun dürfen. Diese aktuelle Selbstbestimmung erfährt in der Medizin keine Einschränkung. Eine Zwangsbehandlung gegen den Willen des Patienten ist nicht vertretbar.“	10.03.2005	15/163, S. 15248	Tagesordnungspunkt 4: Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Patientenverfügungen

Tabelle 8: Klarstellungs- und Abgrenzungsversuche

Zitat oder Kapitelinhalt	Datum	Drucksache/ Plenarprotokoll	Kapitel
Michael Kauch (FDP): „Wir reden im Zusammenhang mit der Patientenverfügung eben nicht über aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid. Wir reden nicht über die gezielte Tötung von Menschen. Es geht auch nicht um die Verweigerung indizierter und gewünschter Behandlungen. Vielmehr streiten wir über die Regeln für Patientenverfügungen, die vorsehen, eine Therapie abubrechen oder gar nicht erst aufzunehmen. Es geht nicht um Töten. Es geht um Sterben-Lassen. [...] Es geht darum, der Natur ihren Lauf zu lassen, wenn der Patient das wünscht.“	10.03.2005	15/163, S. 15250	Tagesordnungspunkt 4: Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Patientenverfügungen
Irmingard Schewe-Gerigk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): „Durch das BGH-Urteil vom 17. März 2003 wurde zwar die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung bestätigt, trotzdem herrscht in der Bevölkerung auch aufgrund der unterschiedlichen Rechtsprechung eine große Unsicherheit. Darum unterstütze ich das Bestreben der Bundesjustizministerin, das Selbstbestimmungsrecht durch gesetzliche Regelungen auch am Lebensende zu stärken und damit Rechtssicherheit zu schaffen. Das bedeutet nicht den Einstieg in die aktive Sterbehilfe, wie das in der Vergangenheit vielfach behauptet wurde.“	10.03.2005	15/163, S. 15255	Tagesordnungspunkt 4: Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Patientenverfügungen
Brigitte Zypries (SPD): „Umgekehrt ist schön, dass auch klargestellt wurde, dass wir nicht über aktive Sterbehilfe reden. Niemand darf – das ist ganz klar – einen anderen Menschen aktiv töten. Tötung auf Verlangen ist und bleibt strafbar. Darüber reden wir in diesem Zusammenhang gar nicht.“	10.03.2005	15/163, S. 15256	Tagesordnungspunkt 4: Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Patientenverfügungen
Joachim Stünker (SPD): „Tötung auf Verlangen bleibt nach § 216 des Strafgesetzbuches strafbar, und kein Mensch will diese Grenze überschreiten. Wenn ein Mensch eine bestimmte medizinische Behandlung für sich ausschließt, nicht möchte, dass sie an ihm vorgenommen wird, und sie seinem Willen entsprechend unterlassen wird, ist das keine aktive Sterbehilfe. [...] Es wird immer gesagt [...] die Rechtsprechung des	26.06.2008	16/172, S. 18260f.	Tagesordnungspunkt 8: Erste Beratung des Entwurfes eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts

<p>Bundesgerichtshofes verlange für die Rechtsverbindlichkeit einer Patientenverfügung, dass eine sogenannte infauste Prognose vorliegt, das heißt, dass der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Viele Ärzte und viele andere Menschen, die das heute Morgen gehört haben, werden da erschrocken gewesen sein. Denn die Praxis ist eine ganz andere, und die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes – das ist in der Rechtswissenschaft einhellige Meinung – besagt das eben nicht.“</p>			
<p>Norbert Geis (CDU/CSU): „Insoweit folgen beide Entwürfe dem Gebot, dass der Patient ein Recht darauf hat, dass sein Tod nicht hinausgezögert, der Sterbevorgang nicht künstlich verlängert wird, sondern dass er in Würde dem Tod entgegengehen kann. Dann, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht, darf also die ärztliche Behandlung abgebrochen werden, darf auch die künstliche Beatmung beendet werden, dürfen auch Schmerzmittel verabreicht werden, auch wenn dadurch das Leben verkürzt wird, weil diese Behandlung der Linderung der Schmerzen dient, nicht aber der Tötung des Patienten. In all diesen Handlungen und Unterlassungen liegt keine aktive Sterbehilfe, sondern allenfalls eine passive, nicht strafbare, sondern im konkreten Fall sogar gebotene Sterbehilfe vor.“</p>	29.03.2007	16/91, S. 9278	Tagesordnungspunkt 3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen
<p>Wolfgang Bosbach (CDU/CSU): „Ebenso wenig, wie wir den aktuellen und den vorweggenommenen Willen eines Patienten in Voraussetzung und Rechtsfolgen gleichsetzen können, können wir irreversible Krankheiten mit tödlichem Verlauf bei infausten Prognosen gleichsetzen mit heilbaren Erkrankungen. Im ersten Fall geht es um Hilfe zum Sterben, um Verkürzung von Leiden. Im zweiten Fall geht es streng genommen nicht um Sterbehilfe, sondern um die Lebensbeendigung von Erkrankten, die an ihrer Erkrankung nicht sterben müssten.“</p>	29.03.2007	16/91, S. 9124	Tagesordnungspunkt 3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen

Tabelle 9: "Gegenentwürfe" zur aktiven Sterbehilfe im Bundestag

Zitat oder Kapitelinhalt	Datum	Drucksache/ Plenarprotokoll	Kapitel
Der Weiterentwicklung von Hospizkonzepten kommt nach Überzeugung der Bundesregierung ein hoher ethischer Wert zu, der auch Forderungen zur Freigabe aktiver Sterbehilfe unter dem Deckmantel der Autonomie ein wirksames Gegengewicht bietet.	19.01.2000	14/5130, S. 20	1.2.2 Geriatriische Versorgung
Ein würdevoller Umgang mit den Einschränkungen von Leben während des Sterbeprozesses sowie das Erfahren-Können von Solidarität und Mitgefühl bilden den Fokus der Hospizarbeit. Menschliches Leben stellt in seiner Individualität und Einmaligkeit einen zu achtenden Wert dar. Unterschiede und Besonderheiten müssen wahrgenommen werden. Dem hoffnungslos Kranken und Leidenden wird ein „Recht zu sterben“ als ein dem Lebensrecht inbegriffenes Recht garantiert. Der Tod aber wird – im Gegensatz zur aktiven Sterbehilfe – nicht herbeigeführt, vielmehr wird Sterbebegleitung geleistet.	28.03.2002	14/8800, S. 271	6.3 Leitbilder und Praxis der Hospizarbeit und der Palliativen Pflege
Die Hospiz-Arbeit ist bestimmten ethischen Grundsätzen verpflichtet (Aichmüller-Lietzmann 1998). Der wichtigste Grundsatz lautet, dass sterbende Menschen lebende Menschen sind. Dies bedeutet eine Bejahung des Lebens bis zum Ende; jede Art von Sterbehilfe wird abgelehnt.	18.04.2002	14/8822, S. 261	4.6.3.6 Hospize und palliativmedizinische Einrichtungen
Thomas Rachel (CDU/CSU): „Für uns Christdemokraten stellen Patientenverfügungen und Palliativmedizin sowie Hospize einen humanen Gegenentwurf zur aktiven Sterbehilfe dar, wie sie leider in den Niederlanden praktiziert wird.“	10.03.2005	15/163, S. 15247	Tagesordnungspunkt 4: Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Patientenverfügungen
Wolfgang Zöller (CDU/CSU): „Schutz menschlichen Lebens – das kann für einen Todkranken auch heißen, ihm jede erdenkliche Hilfe in der letzten Lebensphase im Sinne einer Hilfe im Sterben zu gewähren. Menschen haben ein Recht darauf, dass man sie menschenwürdig sterben lässt, wobei allerdings auch gilt: Nicht alles, was ein Patient will, zum Beispiel seine Tötung, kann der Patient erzwingen. Hier hat die Selbstbestimmung eine klare Grenze. [...] Sterbebegleitung – das heißt, Hilfe im Sterben – ist etwas ganz anderes als Hilfe zum Sterben. Die absichtliche Tötung, die gewaltsame	10.03.2005	15/163, S. 15254	Tagesordnungspunkt 4: Beratung des Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Patientenverfügungen

Beendigung des Lebens, also die so genannte aktive Sterbehilfe und damit auch Tötung auf Verlangen, rühren an die Grundlagen der Menschlichkeit in unserer Kultur.“			
Da alle Maßnahmen nach dem Grundsatz der unantastbaren Würde des Sterbenden und seinem Recht auf Selbstbestimmung getroffen werden, versteht sich die Hospizbewegung dezidiert auch als lebensbejahendes Gegenbild zu Forderungen nach aktiver Sterbehilfe. Da Sterben als Teil des Lebens vor dem Tod verstanden wird, ist der Einsatz für eine entsprechende Lebens- und Sterbekultur unabdingbarer Teil der Hospizbewegung.	22.06.2005	15/5858, S. 9	2.2 Hospizarbeit
Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen und des Ausscheidens aus einem Leben, das angesichts befürchteter medizinischer Überversorgung und schmerztherapeutischer und pflegerischer Unterversorgung als nicht mehr lebenswert erscheint, kann nicht im Interesse der Gesellschaft liegen. Aufgabe der Politik muss es vielmehr sein, die Verbesserung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bedingungen in der letzten Lebensphase anzustreben.	06.09.2005	15/5980, S. 126	1. Einleitung
Wolfgang Zöllner (CDU/CSU): „Dem Wunsch nach Zulassung der aktiven Sterbehilfe ist Einhalt zu gebieten; zugleich ist auf die Verbesserungen der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsstrukturen hinzuweisen.“	29.03.2007	16/91, S. 9131	Tagesordnungspunkt 3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen
Christian Kleiminger (SPD): „Erlauben Sie mir folgenden Einwurf: In den letzten Monaten mussten wir eine unsägliche und unwürdige Diskussion um die Sterbehilfe ertragen. An dieser Stelle möchte ich ganz klar sagen: Wir brauchen in unserem Land Palliativversorgung auf hohem Niveau und nicht aktive Sterbehilfe.“	19.06.2008	16/169, S. 17872	Tagesordnungspunkt 5: a) Antrag: Leben am Lebensende – Bessere Rahmenbedingungen schaffen; b) Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Verbesserung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit

<p>Markus Grübel (CDU/CSU): „Wir waren uns einig, dass aktive Sterbehilfe oder Ähnliches keine Antwort einer menschlichen Gesellschaft auf die Frage von Leiden und Krankheit sein kann. Die Antwort darauf liegt vielmehr in der Palliativmedizin und Hospizarbeit, wobei eine gute Versorgung in der Fläche, sowohl ambulant als auch stationär, notwendig ist.“</p>	<p>26.06.2008</p>	<p>16/172, S. 18263</p>	<p>Tagesordnungspunkt 8: Erste Beratung des Entwurfes eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts</p>
--	-------------------	-------------------------	--

Tabelle 10: Erklärungen für die Forderungen nach aktiver Sterbehilfe in der Bundestagsdiskussion

Zitat oder Kapitelinhalt	Datum	Drucksache/ Plenarprotokoll	Kapitel
Unheilbar Kranke können ein Leben bis zuletzt leben und für lebenswert halten, wenn wir für die Kranken bis zuletzt da sind, ihnen realistische Hoffnung geben und sie nicht alleine lassen. Es zeigt sich zudem, wie wichtig es ist, dass alle, die Schwerstkranke und Sterbende behandeln, Basiskenntnisse in der Palliativmedizin erlangen. Ferner müssen genügend Spezialdienste aufgebaut werden, um das Unterstützungsangebot flächendeckend realisieren zu können. Nur so kann verhindert werden, dass aus persönlicher Überforderung aktive Sterbehilfe als wünschenswerter Weg zur Bewältigung der Situation erscheint.	22.06.2005	15/5858, S. 7	2.1.1 Palliativmedizin – praktische Umsetzung anhand von Praxisbeispielen
Christian Kleiminger (SPD): „Wenn alle Betroffenen wissen, dass Sterben ohne Schmerzen durch bestmögliche Versorgung Lebensqualität bis zum Schluss wahren kann, werden auch die Diskussionen um die aktive Sterbehilfe verstummen.“	29.06.2006	16/43, S. 4014	Zusatztagesordnungspunkt 2: Antrag: Für die Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen
In Umfragen sprechen sich immer mehr Menschen für die Zulassung aktiver Sterbehilfe aus, weil ihnen die Möglichkeiten der Palliativmedizin und die Arbeit der Hospizbewegung nicht bekannt sind.	28.05.2009	16/13246, S. 1	A. Problem
Dr. Marlies Volkmer (SPD): „Der Respekt vor der Patientenautonomie und die gesetzliche Regelung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen sind nach meiner Überzeugung wesentliche Voraussetzungen, damit das Verbot der aktiven Sterbehilfe auch in Zukunft in Deutschland eine breite gesellschaftliche Akzeptanz findet.“	29.03.2007	16/91, S. 9155	Tagesordnungspunkt 3: Vereinbarte Debatte: Patientenverfügungen
„Unwürdig sterben zu müssen“ – das ist laut vieler Umfrageergebnisse eine der großen Ängste in unserer Gesellschaft. Diese Angst richtet sich sowohl auf eine unerwünschte technisch-medizinische Überversorgung als auch darauf, bei zunehmender Ressourcenknappheit nicht mehr auf eine angemessene und kompetente Versorgung	22.06.2005	15/5858, S. 7	1 Einleitung

<p>am Lebensende hoffen zu können. Weit verbreitet ist auch die Angst, gerade bei einer Krebserkrankung einsam und unter Schmerzen sterben zu müssen. Der Gedanke an das Sterben weckt bei vielen Menschen Angst, hilf- und wehrlos zu sein, „wertlos“ zu sein, alltägliche Verrichtungen nicht mehr selbst vornehmen zu können, Angst vor der Sinnlosigkeit, Angst vor gravierender Veränderung des eigenen Erscheinungsbildes. Solcherart Befürchtungen sind oftmals die Motivation für Forderungen nach einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe.</p> <p>Internationale Entwicklungen wie die Klage der Engländerin Diane Pretty vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte um ein Recht auf Tötung auf Verlangen im Jahr 2002 geben dieser Diskussion neue Nahrung. Im selben Jahr sind in den Niederlanden³⁾ und in Belgien⁴⁾ gesetzliche Regelungen in Kraft getreten, nach denen Euthanasie strafrechtlich nicht verfolgt wird, wenn sich der handelnde Arzt an bestimmte Sorgfaltsregeln hält.</p>			
--	--	--	--

Tabelle 11: Darstellung von Fallbeispielen im SPIEGEL

Beschreibung von Fallbeispielen durch Autoren des SPIEGELS	Ausgabe	Titel	Seite
<p>Ingrid Sander, 70, will keine Vorschriften mehr hören. Sie sagt: „Wenn ich keine Freude mehr am Leben habe, möchte ich sterben.“ Die alte Frau trägt einen türkisfarbenen Schal und fährt in einem elektrischen Rollstuhl durch den Kurpark im sächsischen Wiesenbad. Sie sitzt schief in dem Gerät, sie kann nicht anders. Als Fünffährige hat sich Ingrid Sander mit Polioviren infiziert, Kinderlähmung. Eine lange Zeit verbrachte sie in Krankenhäusern, davongetragen hat sie einen Buckel. Sie hat versucht, ihr Leben so normal wie möglich zu gestalten, arbeitete 40 Jahre lang als Industriekauffrau, zweimal war sie verheiratet, zwei Kinder hat sie großgezogen. „Jetzt“, sagt sie, „ist mein Körper völlig verbraucht.“ Sie nimmt Morphium gegen die Schmerzen, doch zuletzt dauerte es acht Stunden, bis die Tabletten wirkten. Es war ein schlimmer Anfall, „der hat mich angesprungen wie ein Tiger“. Ihr Zustand verschlechtert sich ständig, die Nerven sterben ab, die Muskeln schwinden. Sie braucht in den Nächten ein Sauerstoffgerät, mehrere Stürze zertrümmerten das rechte Knie, den rechten Oberschenkel. Ihren Kindern hat sie gesagt, sie wolle auf keinen Fall in ein Hospiz oder Pflegeheim, nicht jahrelang „als besinnungsloser Fleischklumpen“ dahinvegetieren. Eher möchte sie erschlagen werden. „Ich habe keine Angst vor dem Tod“, sagt Ingrid Sander, „ich habe Angst davor, mein Leben nicht mehr leben zu können. Wenn Krankheit und Schmerz mich beherrschen, möchte ich sterben können, wie ich es will.“</p>	25/2008	Finaler Hausbesuch	S. 42
<p>Der Fall ist weithin bekannt: Putz hatte 2007 eine Frau beraten, deren Mutter nach einer Hirnblutung seit fünf Jahren im Wachkoma lag und künstlich ernährt wurde (SPiEGEL 20/2009). Sie war längst bewegungsunfähig geworden, ja steif wie ein Brett. Tagaus, tagein starrte sie in der Totenstille ihres Zimmers in einem Hersfelder Pflegeheim ins Leere. Alle Zähne mussten ihr entfernt werden, die Knochen wurden immer poröser. Erst als ein Arm schwarz wurde und stank und Knochensplitter Gewebe entzündeten, merkte das Personal, dass etwas</p>	26/2010	Töten oder Sterbenlassen?	S. 60f.

<p>gebrochen sein musste. 2006 wurde der Arm amputiert. Als sie sich noch hatte äußern können, es war wenige Wochen vor der zu irreversibler Bewusstlosigkeit führenden Hirnblutung gewesen, hatte die Frau ihrer Tochter erklärt, dass sie nicht in ein Pflegeheim gebracht und auch nicht künstlich am Leben gehalten werden wolle, falls dereinst eine unheilbare Krankheit sie ihrer Sinne berauben sollte.</p>			
---	--	--	--

Tabelle 12: Bildliche Darstellung von Intensivpatienten im SPIEGEL




Bild	Titel	Ausgabe	Seite
	Schleier des Todes	16/2001	S. 25
	Wann ist Sterbenszeit?	37/2004	S. 37
	Finaler Hausbesuch	25/2008	S. 42

Tabelle 13: Angesprochene Themen im SPIEGEL 2000 bis 2010

Titel	Ausgabe	Autor/en	Angesprochene Themen
Letzte Hilfe	49/2000	Günther Stockinger	Euthanasie-Gesetzgebung in den Niederlanden, ärztlich assistierter Suizid, aktive Sterbehilfe
Aufrecht Sterben	50/2000	Jan Dirk Herbermann	Suizidbeihilfe in der Schweiz, die Vereine Dignitas und Exit, NS-Euthanasie, Suizid
„Wir sind verführbar“	10/2001	Katja Thimm	Intensivmedizin, Palliativmedizin, Patientenverfügung,
Schleier des Todes	16/2001	Susanne Fischer, Veronika Hackenbroch, Dietmar Hipp, Rüdiger Scheidges, Sylvia Schreiber, Peter Wensierski, Erich Wiedemann	Euthanasie-Gesetzgebung in den Niederlanden, aktive Sterbehilfe, Sterbehilfe in Deutschland, Palliativmedizin und Hospizarbeit
Freier Tod für freie Bürger	21/2001	Erich Wiedemann	Euthanasie-Gesetzgebung in den Niederlanden
Reine Rasse	29/2001		Euthanasie während des Nationalsozialismus
Sterben nach Maß	31/2001	Katja Thimm	Patientenverfügung
Radikale Lösung	34/2001	Jan Dirk Herbermann	Sterbehilfeorganisation Exit, Sterbehilfe in der Schweiz
Leben im Zwischenreich	34/2002		Sterbenlassen von schwergeschädigten Frühgeborenen
Noch mal leben vor dem Tod	26/2003	Beate Lakotta	Hospizarbeit, aktive Sterbehilfe in Belgien und den Niederlanden, Diane Pretty, Umgang mit Tod und Sterben
„Heraus aus der Verlogenheit“	32/2003		Interview: Schweizer Richtlinien zur Sterbehilfe
Kampf am Krankenbett	44/2003	Jan Fleischhauer	Wachkoma-Patientin Terri Schiavo, Grenzen zwischen Sterbehilfe und Mord, Sterbehilfe in den USA
Ärzte ignorieren den Tod	25/2004	Beate Lakotta	Interview: aktive Sterbehilfe, Patientenverfügung, Defizite in der Mediziner Ausbildung in Bezug auf Palliativmedizin
„Wann ist Sterbenszeit“	37/2004		Patientenverfügungsdebatte in Deutschland, Patientenverfügungen und ihre Verbindlichkeit, Tod
Tod aus den Bergen	40/2005	Beate Lakotta, Udo Ludwig	Suizidbeihilfe in der Schweiz, Sterbehilfeverein Dignitas, Sterben in Deutschland, Palliativmedizin und Hospizarbeit
Leben erhalten	42/2005	Interview	Interview: Roger Kusch und aktive Sterbehilfe, Patientenverfügung
Problematischer Vorschlag	43/2005	Keine Angabe	Verbot von Sterbehilfeorganisationen
Rechtmäßiger Tod	5/2006	Keine Angabe	Roger Kusch, aktive Sterbehilfe
Alexanders Abschied	46/2006	Beate Lakotta	Wachkomapatienten, passive Sterbehilfe
„Sterben ist nicht normierbar“	13/2007	Cordula Meyer, Beate Lakotta	Interview: Patientenverfügung, Reichweitenbegrenzung
Ein „unseligler Einzelfall“?	22/2007	Gisela Friedrichsen	Aktive Sterbehilfe
Peters letzter	48/2007	Uwe Buse	Koma- bzw. Wachkomapatienten, passive

Wille			Sterbehilfe, Intensivmedizin, NS-Euthanasie, Suizid
„Facharzt fürs Töten“	48/2007	Markus Deggerich, Alexander Neubacher	Sterbehilfeorganisation Dignitate, Suizidbeihilfe, aktive Sterbehilfe, Gesundheitssystem
Finaler Hausbesuch	25/2008	Markus Deggerich, Peter Wensierski, Caroline Schmidt, Markus Verbeet	Intensivmedizin, ärztlich assistierter Suizid, Sterbehilfeorganisation Dignitate, Patientenverfügungsdebatte im Bundestag, Suizidbeihilfe in Deutschland
Tod aus dem Becher	28/2008	Jürgen Dahlkamp, Gunther Latsch, Udo Ludwig, Rene Pfister, Nicole Serocka, Peter Wensierski	Roger Kusch, aktive Sterbehilfe, Suizidbeihilfe, Suizid
„Ich begreife die Herzlosigkeit nicht“	39/2008	Interview	Sterbehilfe in der Schweiz, Sterbehilfe
Das Leiden der Anderen	48/2008	Beate Lakotta	Ärztlich assistierter Suizid, aktive Sterbehilfe, Sterbehilfe im Ausland, gewerbliche Suizidbeihilfe,
Angriff auf die Autonomie	44/2008	Marie von Mallinckrodt, Caroline Schmidt, Christian Schwägerl	Reichweitenbegrenzung bei Patientenverfügungen, Palliativmedizin
Bürokratisches Lebensende	44/2008	Interview	Patientenverfügung
Zeit für den Abschied?	52/2008	Gisela Friedrichsen	Künstliche Beatmung, Rechtslage zur Sterbehilfe und Sterbegleitung in Deutschland
„Der Tod macht das Leben klarer“	52/2008	Mathias Schreiber, Susanne Weingarten	Interview: Suizid, Intensivmedizin, Tod, Suche nach Sinn
Tödliches Geschäft	4/2009	Caroline Schmidt, Andreas Ulrich	Roger Kusch, Suizidbeihilfe
„Ich biete das nicht mehr an“	9/2009	Caroline Schmidt	Interview: Roger Kusch und das Ende seiner Suizidbeihilfe
„Es gibt keinen Zwang zum Leben“	11/2009	Caroline Schmidt, Alfred Weinzierl	Suizidbeihilfe, ärztlich assistierter Suizid, organisierte Suizidhilfe, aktive Sterbehilfe
„Bei uns nicht!“	20/2009	Gisela Friedrichsen	Aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe, Magensonden, Wachkomapatienten
„Was ist so schlimm am Sterben?“	12/2010	Beate Lakotta	Intensivmedizin, ärztlich assistierter Suizid, Umgang mit Tod und Sterben, Patientenverfügung
Töten oder Sterbenlassen?	26/2010	Gisela Friedrichsen	Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe, Entscheidungen des BGH in Bezug auf die Rechtslage der Sterbehilfe
„Wer helfen will kann das tun“	29/2010	Beate Lakotta	Interview: Aktive Sterbehilfe, Ärztlich assistierter Suizid, Selbstbestimmung, Arzt-Patient Verhältnis
„Überfalliger Dambruch“	47/2010	Interview	Interview: Suizidbeihilfe, Regelungen im Ausland

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die B.A.-Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle (bildlichen Darstellungen) und Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Prüfungsleistung an dieser oder einer anderen Fakultät oder Prüfungsbehörde war.

Bochum, den 27.08.2014

U. Altmann