4. Ergebnisse

In der aufgeführten Tabelle der Diskursfragmente und ihren Zuschreibungen sind bereits tabellarisch die Ergebnisse des Forschungsprogramms aufgeführt. Das Kernergebnis der wissenssoziologischen Diskursanalyse nach Keller zeigt die Ambivalenz zur Thematik im gesellschaftlichen Umgang mit dem assistierten Suizid im Kontext betagter und hochbetagter Menschen nach dem Urteilsspruch des BVerfG zum § 217 am 26.02.2020. Diese Ambivalenz basiert grundsätzlich auf einer Verschiebung der ethisch-moralischen Grundfesten als Fundament der Gesellschaft hin zur zunehmenden Liberalisierung bis zu den Abschätzungen des Neoliberalismus bzw. der Moderne/Spätmoderne. Die in der Öffentlichkeit meist sehr emotional dargestellten absoluten PRO- und CONTRA-Parteien sind in der Dekonstruktion des Diskurses der Printmedien nicht zu bestätigen, obwohl Titel der Artikel darauf hinweisen könnten wie beispielsweise „So emotional wie selten" (FAZ3) oder „Das Gift, Die Freiheit, Der Tod" (ZEIT6). Die Vielzahl der Sprecher/innen als Akteur/innen verhalten sich mit einer Ausnahme, der Sterbehilfevereine und ihren Protagonisten, ambivalent. Deutlich wird dies in den klassischen Professionen der Medizin, des Rechts und der Theologie, in denen binnenprofessionell immer abgewogen und keine tatsächliche Position bezogen wird. Dort sind sogar Einzelpersonen, die *beide* Blickwinkel einnehmen und ein Für oder Wider des AS im Kontext von Selbstbestimmung und Autonomie betrachten. So lässt sich grundsätzlich sagen, dass im Diskurs zwei Ebenen existieren, die *individuelle Ebene* sowie die *Gruppenebene/Gemeinschaftsebene*, hier nicht nur bei den klassischen Professionen. Die individuelle Ebene vertritt zum einen die Urteilsbegründung des BVerfG, dass die autonome Selbstbestimmung und das damit verbundenen Freiheitsrecht auf das Individuum als Einzelwesen fixiert und das Recht auf Sterben auch durch Dritte konsequent umzusetzen ist. Im Widerspruch dazu befindet sich das Individuum, welches die autonome Selbstbestimmung sowie das damit verbundene Freiheitsrecht relational sieht, im Sinne

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

der gegenseitigen Abhängigkeit der Menschen als Gemeinschaftswesen. Dieses muss im AS mitgedacht werden, so dass vulnerable Gruppen im Solidarsinn geschützt werden. Und es gibt beide Positionen in einer Person was in Zwiespältigkeit und Unsicherheit mündet. Die individuelle Sicht pro oder contra AS spiegelt sich dann in der Gruppenebene in einer starken Ambivalenz wider. Vulnerable Gruppen, über die auch berichtet wird, sind betagte und hochbetagte Menschen, gesund oder krank, besonders mit einer Beteiligung dementieller Veränderungen, schwerkranke Menschen unterschiedlichster physischer oder psychischer Genese, aber auch betagte und hochbetagte Menschen, die aus psycho-sozialen Gründen sterben wollen, sowie Menschen mit Behinderung. Menschen mit Migrationshintergrund oder Randgruppen wie Wohnungslose sind ebenfalls mit aufgenommen und stellen vornehmlich indirekte Sprecher/innen, z.T. auch direkte Sprecher/innen bzw. Akteur/innen dar. Gerade diese vulnerablen Personengruppen zeigen im Ergebnis, dass ihr momentanes *Sein* und lebensweltliches Umfeld das Motiv, sich für einen AS zu entscheiden, bedingen. Im Folgenden werden die Teilergebnisse bzw. Zwischenergebnisse des Diskurses schriftlich zusammengeführt und anschließend in einer Grafik aufgrund der Komplexität ohne Beispiele porträtiert.

Die mediale Darstellung des Diskurses aus den „seriösen", überregionalen Printmedien enthält einen vornehmlich diskursiven Anteil durch das Printmedium selbst, jedoch sind auch die nicht-diskursiven Inhalte von Bedeutung, die das Alltagswissen bewusst als auch unbewusst und damit die Konstruktion der Wirklichkeit beeinflussen. Bereits in der Datenerhebung und Korpusbildung (Kapitel 3.4) lassen sich Autor/innen der Printmedien in der Quantität ihrer Beiträge unterscheiden, die unterschiedlichen beruflichen Professionen, die zwar nicht alle nachverfolgt werden konnten, spiegeln sich jedoch in den Inhalten der Texte wider und nehmen so diskursiven Einfluss. Vorreiter ist DIE ZEIT, bei der drei Autor/innen oder Mitautorenschaften jeweils vier Artikel präsentieren, gefolgt von der F.A.Z. und der FR. Sicherlich ist zu berücksichtigen, dass von diesen Printmedien eine größere Anzahl der Artikel vorliegt. Die meisten Artikel sind von Autor/innen mit einem theologischen Hintergrund verfasst. Es schließen sich Jurist/innen bzw. Rechtswissenschaftler/innen, dann nachstehend Mediziner/innen unterschiedlicher Richtungen und damit die großen

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

klassischen Professionen an (s. auch Forschungsschritt 2). Gleichzeitig sind angegebene Rubriken der Publikation ebenfalls ein Hinweis auf mögliche Positionierungen zum Thema und das Gendern in den Berichten auch bei Film und Theater für den Diskurs aufschlussreich.

Gestalterische Elemente, des dann gebildeten theoretischen Samples, werden teilweise durch Fotos, farbige Überschriften oder Kapitelüberschriften unterschiedlicher Schriftgröße oder Hinweise zu Begrifflichkeiten wie auch Hotlines untermalt, die die Wirkkraft des Textes bzw. der Texte verstärken. In einigen Artikeln sind beispielsweise Telefonnummern der Telefonseelsorge oder Suizidprävention eingestreut oder der Werther-Effekt erklärt. Bei den analysierten Texten von F.A.Z., DIE ZEIT, WELT, LTO und Frankfurter Rundschau stechen besonders DIE ZEIT, WELT und FR mit z.T. übergroßen, farblich oder schwarzweiß gestalteten Fotos hervor, die die Leserschaft direkt fesseln und emotional berührt (Anhang III). Auffallend ist auch die Häufigkeit der Publikationen in den drei Jahren des beforschten Zeitraums, wobei 2020, dem Jahr der Urteilsverkündung des BVerfG zum § 217, zehn Artikel erschienen, 2021 15 Artikel und 2020 bereits im ersten Quartal zwölf Artikel. Die Inhalte der Publikationen lassen sich in Haupt- und Subthemen untergliedern, welche bei den fünf herausgegebenen Zeitungen identisch sind. Mit den Inhalten zeichnet sich deutlich die Ambivalenz zur Thematik ab sowie die dazu gehörige Positionierung, welches Bild der Autonomie und Selbstbestimmung vorliegt. Hauptthemen und Subthematiken als Oberkategorien sind ebenfalls sehr ähnlich (Tabelle 16 im Fließtext). Hauptkategorie ist zum einen die *Judikative/Legislative/Exekutive* mit Beispielen wie „Am 26.02.2020 hat das Bundesverfassungsgericht entschieden […] Der Staat muss die Freiheit respektieren, sich das Leben zu nehmen und sich dabei auch helfen zu lassen" (FAZ21) oder „Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts über das Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe ist ein Lehrstück darüber, wie auch die Verfassung dem Zeitgeist unterworfen ist" (FAZ18). Auch bei den Aussagen in der Kategorie *Ethik* gibt es kontroverse Meinungen. Grundsätzlich äußern sich die Sprecher/innen neutral und abwägend, jedoch ist auch hier eine Ambivalenz zu erkennen. Beispiele lauten: „Ein Mitglied des deutschen Ethikrats brachte kürzlich während einer öffentlichen Sitzung zum Thema ein neues Berufsbild des Suizidassistenten ins Gespräch" (ZEIT11) oder

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

„Was die Letalität steigert, ist unethisch" (FAZ40). In der Kategorie *Medizin* fällt das Ergebnis ebenso konträr aus: „Vielen Mediziner:innen fällt es schwer, ihr Berufsethos mit den Autonomie-Ansprüchen von Menschen in Einklang zu bringen" (FR13) oder „Es gibt auch Überlegungen, dass Ärzte für die Suizidhilfe ausgebildet und von Krankenkassen bezahlt werden sollten" (ZEIT11). Die *Gesellschaft* allgemein bezieht ebenfalls keine klare Stellung, hier gibt es begründet mit der Pluralität der Menschen entsprechende Äußerungen. Einerseits wird Autonomie und Selbstbestimmung im Sterben und für den Tod als höchstes Gut hervorgehoben und die freie Entscheidung ist ausschlaggebend. Andererseits versteckt sich jedoch dahinter ebenfalls, dass die gesellschaftlichen Veränderungen auch Ängste und Ohnmacht bereiten: „Ich möchte so nicht sterben, ich möchte gut vorbereitet sein" (FAZ11) oder „Es kränkt uns, jemanden zu sehen, der hilflos und schwach ist, und scheinbar ohnmächtig danebenzustehen" (ZEIT16). Dies wird auch mit den folgenden Zitaten deutlich: Die „[…] Einbettung des Menschen in soziale Zusammenhänge […]" (ZEIT14) ist nicht mehr so vorhanden, wie noch vor einigen Jahrzehnten begründend in der „[…] Individualisierungsthese […] Für Verfall und Tod bleiben in beiden wenig Platz" (FAZ18). So spiegelt es sich auch an einer Einzelperson wider. Partiell äußern betagte oder hochbetagte Menschen, dass sie auf jeden Fall mit Hilfe sterben wollen, gleichzeitig revidieren sie ihre Äußerung mit Blick in die Zukunft: „[…] und sie springt hin und her zwischen dem Wunsch, alles möge ein Ende haben, und dem, es möge doch noch ein wenig weitergehen" (ZEIT11). In der Kategorie der Motive sind wie oben bereits angedeutet schwere physische, bis zum Tode führende Erkrankungen und psychische/psychiatrische sowie neurologische Erkrankungen (u.a. Demenz) benannt. Allerdings sind das psycho-soziale Leid mit Einsamkeit, Isolation, Altersstigma, Hilfsbedürftigkeit, Verzweiflung, Angst vor Kontrollverlust sowie die Angst in eine Pflegeeinrichtung zu müssen, die Hauptursachen für einen Wunsch nach Sterbehilfe: „[…] hohe Symptomlast […] drohenden Verlust der Autonomie und der eigenen Identität […] soziale Probleme wie Isolation oder das Gefühl zur Last zu fallen" (FAZ5). So schwingt einerseits der soziale Druck mit, es gibt jedoch „[…] auch das Motiv Lebenssattheit […]" (FAZ11). Die Kategorie *Pflegerische Versorgung* in unterschiedlichen Settings wird entweder im

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Hinblick auf Inkompetenz, Standardisierung und Beweisführung, Pflegenotstand oder/und schlechten Rahmenbedingungen erwähnt: „Zu schaffen machten ihm vor allem die schlecht ausgebildeten Pfleger […]“ (ZEIT11); „Die Anfragenden möchten mitunter sterben, weil sie nicht in einem Heim leben wollen“ (ZEIT18). In diesem Zusammenhang werden häufig die Ökonomie bzw. finanzielle Sorgen genannt, die Kosten sind auf Seiten der Betroffenen zu hoch oder Pflegeeinrichtungen leiden unter Kostendruck: „Viele Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf würden in existenzielle Krisen getrieben […]“ (ZEIT11) und bei „[…] steigenden Kostendruck in den Pflege- und Gesundheitssystemen sei es plausibel, dass einer ungeregelten Zulassung der geschäftsmäßigen Sterbe- und Suizidhilfe diese Wirkung zukommen könne […]“ (FAZ3). Die Kategorie Ökonomie umfasst auch die *Sterbehilfevereine*, welche eine eigene Oberkategorie bilden und durch Vereinsbeiträge sowie zusätzlich anfallende Kosten für den AS negativ als gewinnorientierte Unternehmen auffallen: „Die Aufnahmegebühr bei Dignitas kostet 120 Euro […] Kosten für einen assistierten Suizid […] zwischen 2000 und 7000 Euro […]“ (FAZ11). Gleichzeitig wird kritisiert, dass sie ihre eigenen Regeln machen, denn „Es bleibt den Vereinen selbst überlassen, wie sie die Sterbehilfe im Einzelnen regeln, ein Sterbehilfegesetz gibt es immer noch nicht“ (FAZ11). Sie werden jedoch auch heroisiert, weil so lange „[…] von Ärzten kaum Suizidhilfe zu erwarten sei […]“ (FAZ3), diese die einzige Alternative zur autonomen Entscheidung auch für das Sterben sind. Die veränderte *Sterbekultur* als weitere Oberkategorie, die mit „[…] einem radikal individualistischen Menschenbild […]“ (FAZ18) weg vom Solidarsinn hin zu einer „[G]gesellschaftliche[n, H.K.] Akzeptanz des assistierten Suizids, [und, H.K.] Angst vor Verlust der Eigenständigkeit […]“ (FAZ44) führt, wird an den *Entwicklungen der Sterbehilfe im europäischen Ausland*, als nächste Kategorie, deutlich: „[…] Menschen über 75 Jahre [sind, H.K.] der Meinung […], ihre Biografie sei abgeschlossen, ihr Leben vollendet und sinnlos. Eine schwere Krankheit wäre nicht mehr Voraussetzung“ (ZEIT15). *Sterbewillige*, eine weitere Kategorie, sind meist alte und hochaltrige Menschen: „Die meisten Fälle fanden in der Altersgruppe zwischen 70 und 80 Jahren (2320 Fälle, [NL, H.K.]) […]“ (WELT4) statt. Motive sind oben bereits genannt. Selbst bei den *Kirchen* als weitere Kategorie, die dem christlichen Menschenbild

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

unterliegen, welches von katholischen Theologen verstärkt kommuniziert wird, sind auch klare Ambivalenzen zu spüren und einzelne katholische oder evangelische Theolog/innen äußern sich zu einer Möglichkeit, die Sterbehilfe begründet zu befürworten: „Die Karlsruher Entscheidung hat […] bei vielen Kirchenvertretern Widerspruch, sogar Entsetzen ausgelöst" (ZEIT16) oder diese „[…] spiegeln auch die konkurrierenden theologischen Lesearten der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, die im Wesentlichen um den Ostentativbegriff ‚autonome Selbstbestimmung' kreisen" (ZEIT14), wider. Das Urteil des BVerfG ist zeitgleich mit der Ausbreitung der *Corona-Pandemie* gefällt worden, so dass eine weitere Kategorie genau diese Thematik aufnimmt. In diesem Zusammenhang wird die Auslegung der Verfassung einmal als Lebensschützer durch isolierende Maßnahmen zum Lebensschutz, insbesondere vulnerabler Gruppen als höchstes Gut, exponiert, andererseits widerspricht es komplett dem autonomen Selbstbestimmungsrecht, welches verfassungsgemäß garantiert wird, und damit auch dem autonomen Selbstbestimmungsrecht beim AS, in dem es keine Wertung bezüglich Alter oder Krankheit gibt: „[…] in der Situation der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen, die man im Lockdown des letzten Frühjahrs zu ihrem eigenen Schutz vollständig von der Außenwelt abgeriegelt hatte, ohne jede Rücksicht darauf, was dies für sie in ihren letzten Lebensmonaten bedeutete und ob sie dies überhaupt wollten" (FAZ18). Der AS ist nach der Urteilssprechung in Deutschland angestiegen „[…] mit Blick auf den Verein Sterbehilfe, Dignitas und die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, die im vergangenen Jahr fast 350 Menschen beim Sterben begleitet oder Suizidhilfe vermittelt haben" (FR13). Um die Zahl der Sterbewilligen aus den oben genannten Gründen, nicht weiter zu erhöhen, setzen sich Ärzt/innen verstärkt für einen nationalen Ausbau der *Suizidprävention* (Oberkategorie) ein, indem niedrigschwellige Angebote, Aufklärung, Information und Beratung mit speziell geschulten Personen stattfinden sollen. Parallel zum dritten Gesetzentwurf zur Sterbehilfe ist ein überparteilicher Antrag (ohne AFD) auf Suizidprävention eingereicht worden. Bis jetzt ist noch keiner der drei Gesetzentwürfe verabschiedet worden. Abschließend lässt sich die Kategorie *Sterben und Tod in Kunst und Kulturwissenschaft* erwähnen, da gerade Kino und Theater wirkmächtige Schauplätze sind, um einen Diskurs zu untermalen, zu

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

katalysieren oder auch zu beenden. Die sensible Ausstellung des Sepulkralmuseums in Kassel (2021/2022), welche das Thema des Suizids allgemein zur Enttabuisierung in die Gesellschaft tragen möchte, diente aufgrund der Konzeptgestaltung ebenfalls der Suizidprävention: „[…] um aufzuklären, zu entstigmatisieren, wo nötig, und auch Betroffenen zu helfen, Suizidalität und Suizidtrauer offen anzusprechen" (FR10). In Kapitel 3.6. sind neben inhaltlichen Zwischenergebnissen der Analyse auch die Sprecher/innen und Akteur/innen sowie Adressat/innenen in der Materialitätsanalyse aufgezeigt worden. Das diskursive Feld wird neben der Hauptarena, dem Printmedium selbst, in unterschiedliche Settings aufgeteilt. Interviews an privaten (Wohnung einer Person) oder fachlichen Orten (Krankenhäuser), Gespräche, Kundgebungen bzw. Versammlungen in öffentlichen Settings (hier: Hotel oder Bahnhof) oder Theaterstücke sind ein Diskursfragment in der öffentlichen Wahrnehmung und bestimmen den Diskurs mit. Die Vielzahl der Sprecher/innen und Akteur/innen sind detailliert in den Tabellen Nr. 18–22 (Fließtext) aufgeführt, so dass im hiesigen Ergebnisteil nur die wichtigsten Vertreter/innen exemplarisch benannt werden.

Mit dieser Forschungsarbeit konnte herausgearbeitet werden, dass betagte und hochbetagte kranke sowie gesunde Menschen mit oder ohne Demenz nur indirekt sprechen, es wird also über sie gesprochen. Sterbewillige betagte oder hochbetagte gesunde oder kranke Menschen sprechen direkt und indirekt, während sterbewillige betagte und hochbetagte Menschen mit einer Demenz nur indirekt sprechen und fast all diese Subjektpositionen objektiviert werden. Zur Verdeutlichung folgend einige Zitate der Printmedien: „[…] klassische Palliativpatienten […] Frauen und Männern Ende 60 oder in den Siebzigern […] Die Anfragenden […]" (ZEIT18); „[…] Todkranke Menschen […]" (FAZ5) oder „[…] 'lebenssatten Hochbetagten' […] (FR13). Hauptsprechende sind die klassischen Professionen (Recht, Medizin, Theologie) die auch in der minimalen und maximalen Kontrastierung die Ambivalenz zeigen. Bei ihnen wird durch die Brille der Autonomie und Selbstbestimmung als absolutes ICH oder relational als Beziehungswesen unter Einbezug der Solidargemeinschaft gesehen. Die Ärzteschaft zeigt minimale Kontrastierungen in der PRO-AS-Argumentation auf: „[…] Fäden in der Hand behalten […] Individualität […]" (ZEIT18) und „[…] ihrem Tod eine autonome Entscheidung […]" (FAZ5). Zeit-

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

gleich erfolgt eine minimale Kontrastierung in der CONTRA-AS-Argumentation, die folgende Zitate belegen: „[…] Rückhalt der gesamten Gesellschaft […]“ (Zeit 18) sowie „[…] Solidarität ist ein ausreichendes Fundament für die Autonomie bzw. Selbstbestimmung […]“ (FAZ16) und daraus folgend eine entgegengesetzte Kontrastierung. Die Akteur/innen des Rechts zeigen eine minimale Kontrastierung in der PRO-AS-Argumentation auf wie beispielsweise das: „[…] Recht auf selbstbestimmtes Sterben […] Freiheit […] sich von Dritten helfen zu lassen […]“ (FR13) und „[…] Allgemeines Persönlichkeitsrecht […]“ (FAZ3) sowie eine maximale Kontrastierung: „[…] ‘lebenssatten‘ Hochbetagten, was laut Urteil legal ist […]“ (FR13). Theolog/innen erfüllen ebenfalls die Kriterien für die minimale Kontrastierung der PRO-AS-Argumentation: „[…] große Chance vertan, wenn man sich […] in den theologische Gräben des letzten Jahrhunderts verschanzt […]“ (ZEIT14) sowie „[…] Sterbehilfeorganisationen […] nicht ablehnen können […]“ (FAZ13) und die CONTRA-AS-Argumentation: Die „[…] Caritas lehnt den ärztlichen Suizid ab […]“ (FAZ13) und „[…] ‘heteronome Selbstbestimmung‘ […]“ (ZEIT14). Folglich lassen sich daraus die minimale und maximale Kontrastierung ableiten. Sprecher/innen der Profession Medizinethiker/innen verhalten sich NEUTRAL bzw. mit einer minimalen Kontrastierung zur CONTRA-AS-Argumentation: „[…] ‘Was die Letalität steigert, ist unethisch‘ […]“ (FAZ40) und „[…] nicht eine Freiheit ohne Verantwortung […]“ (FR5). Zur maximalen Kontrastierung wird folgend nur das PRO-AS-Argument aufgenommen und kann gegenübergestellt werden: Ist das „[…] Urteil […] ‘Corona-fest‘? […] die Selbstbestimmung in den Mittelpunkt […]“ (FR5). Dimensionen der Phänomenstruktur werden exemplarisch am Text von ZEIT18 durchgeführt und lassen sich in Tabelle Nr. 23 (Kapitel 3.6) im Fließtext detailliert nachlesen. Dort verdichtet sich mit dem Blickwinkel Freiheitsgedanke, Individualisierung und Solidarität die Vermutung, dass inhaltlich die Ursachen für den Umgang der Gesellschaft mit einem möglichen AS im Kontext betagter und hochbetagter Menschen darin liegen, dass durch die Veränderung in der Gesellschaft vom Solidaritätssinn hin zur Individualisierung, die Liberalisierung bis zum Neoliberalismus/zur Moderne kausalen Wirkungscharakter im Diskurs einnehmen. Durch die Entsolidarisierung vollzog sich eine Veränderung der Sterbekultur.

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit sollen vermieden werden. Ist dies nicht möglich, lässt sich eine steigende Tendenz zum Wunsch nach dem AS auf den Urteilsspruch des BVerfG am 26.02.2020 erkennen. Die autonome Selbstbestimmung und das persönliche Freiheitsrecht werden explizit hervorgehoben. Damit ist ein weiteres Diskursfragment freigelegt: Judikative, Exekutive und Legislative. Mit diesem ist nicht nur die Festlegung eines neuen Sterbehilfegesetzes, sondern auch die Gesundheitspolitik, Sozialpolitik und ihre einhergehende gesellschaftliche Entwicklung aufgedeckt. Die Art des Problems ist die Verschiebung ethisch-moralischer Grundwerte innerhalb der Bevölkerung durch die Moderne/den Neoliberalismus. Der Logik zufolge sinkt damit die Solidarität, die Individualisierung steigt und es gibt keine führende Instanz, die regulierend einwirkt. Frühere christliche Grundwerte werden durch die Ambivalenz der Kirchen zerrüttet und ein gesellschaftliches Konfliktfeld entsteht. Als Handlungsbedarf ist dringend ein Sterbehilfegesetz vonnöten, welches regulativ eingreifen kann, die autonome Selbstbestimmung bewahrt und vulnerable Gruppen schützt. Solidarität und Sozialethik benötigen einen erneuten und stärkeren Fokus, speziell aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen nötigen Reflexion des Freiheitsverständnisses. Es ist ein zeitgenössisches Geschehen und bedient sich so der Kontextdimension eines Diskurses. Durch die Werteverschiebung und mangelnde Reflexion erfährt die Gesellschaft eine neue kulturelle Ausrichtung für die Begrifflichkeit der Individualisierung mit autonomer Selbstbestimmung und eine starke Ambivalenz. Die Sterbekultur ist im Umbruch. Genannte Kernkategorien der inhaltlichen Dimensionen der Phänomenstruktur beinhalten neben den genannten auch das Medizinrecht, da neben berufsethischen Dimensionen zeitgleich immer rechtliche Dimensionen mitgedacht werden müssen, um eine Rechtssicherheit für die Mediziner/innen bei der Beihilfe zum Suizid zu erlangen. Die Muster bzw. auch Deutungsmuster des Diskurses befinden sich mit Fokus auf die Forschungsfrage, neben der autonomen Selbstbestimmung mit Individualisierung und sinkender Solidarisierung, auch in weitere mögliche Diskursstränge, die in dieser Arbeit nicht weiterverfolgt werden. Die exemplarische Interpretationshypothese lautet:

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

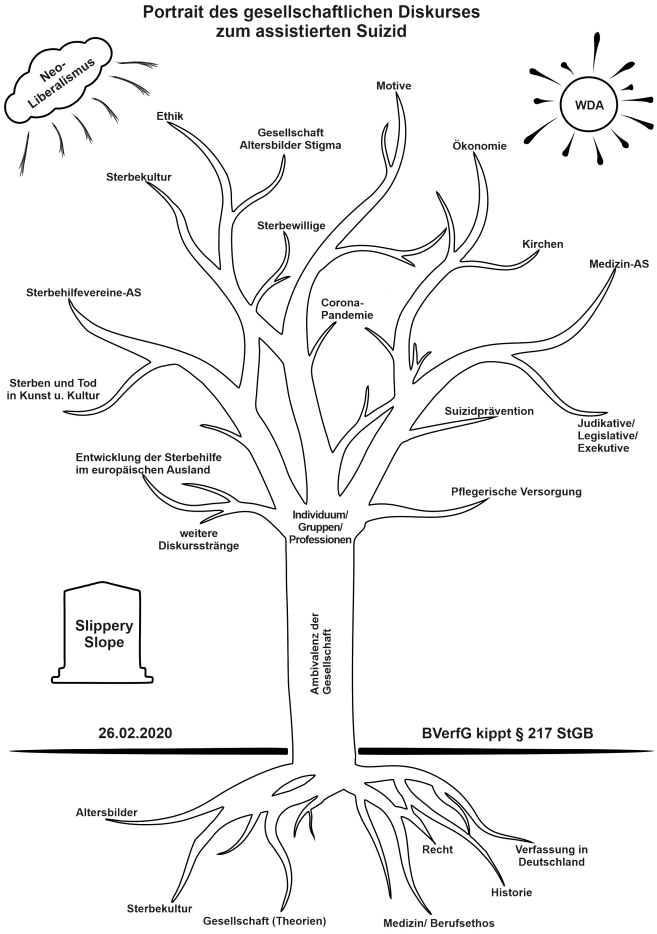
Die ambivalenten zum Teil sehr emotional geführten Diskussionen in der Gesellschaft über den AS sind ein Spiegelbild der grundlegend veränderten Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten von einem Gemeinsinn und Solidarität aufgrund ethisch moralischer Grundwerte hin zum Neoliberalismus mit Individualisierung im ICH-bezogenen Sinne, wo Gemeinschaftlichkeit und Ethik in zunehmendem Maße keine Rolle spielen.

Die Muster des Diskurses lassen sich in einer Erzählung bzw. Storyline exemplarisch wiedergeben, so dass durch die narrativen Strukturen des Diskurses Aussagen mit einem Plot verbunden sind und die Rekonstruktion weitestgehend abgeschlossen ist. Erwähnenswert ist, dass diese Diskursanalyse und die empirisch dargelegte Ambivalenz der Sprecher/innen, diese gleichzeitig in verschiedene Doppelrollen bringen. So lassen sich Helden und Anti-Helden (Mediziner/innen; Sprecher/innen der Judikative, Legislative und Exekutive, Ethiker/innen, Theolog/innen) identifizieren, die Angeklagte oder auch Klagende sein können, Opfer oder Täter/innen (Sterbewillige/Angehörige zeitgleich), Beschützende oder Kontrollierende, Beratende bzw.Aufklärende, Heilende, Mahnende und Hüter der Verfassung. Verschiedene Begründungslogiken und Motive können den Wunsch nach einem AS auslösen oder verstärken, und die Effekte sind die Steigerung der Zahl assistierter Suizide seit dem Urteil vom 26.02.2020. In Anhang III lassen sich die einzelnen Subjektpositionen eingehender betrachten. Die gesellschaftlichen Diskussionen führen zu einer weiteren Stigmatisierung des Alters und vulnerabler Gruppen, ein Nachahmeffekt ist möglich. Durch die Zunahme des AS und die vorangegangene Corona-Pandemie verdichtet sich eine Überforderung der Gesellschaft, die Sterbekultur verroht weiterhin. Der Einfluss der europäischen Nachbarländer als Kontextdimension ist nicht zu unterschätzen. Dort beginnen die ersten grundsätzlich liberalen Befürworter des AS Kritik daran zu üben, dass es zu einem Slippery Slope in der Gesellschaft kommt. „Der liberale Wils fordert Grenzen der Sterbeautonomie" (ZEIT15) und befürchtet, dass „[…] Deutschland […] den Niederlanden auf diesem Kurs folgen" (ZEIT15) könnte.

Weitere mögliche Diskursstränge könnten der pflegerische Diskurs sein, der als Spezialdiskurs geführt werden muss, – ebenso wie der medizinische Diskurs – gerade auch im Kontext Palliativmedizin versus

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Sterbehilfe. Ein theologischer Diskurs innerhalb und unter den beiden Kirchen hat bereits begonnen, ein kultureller Diskurs in Bezug auf das Altersbild (lebenswert/Stigma) und folglich ein kritisch gerontologischer sowie ein gesundheitspolitischer bzw. ökonomischer Diskurs. Wichtig ist die Frage, welches Staatsverständnis die Gesellschaft dabei hat, d.h. wer ist für „meine" Situation oder die Situation eines Individuums verantwortlich?



AS: Assistierter Suizid wird ermöglicht

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Zusätzlich zur Forschungsfrage wurde speziell eine Rubrik für die Pflege und Pflegewissenschaft mit aufgenommen, jedoch nicht analysiert, obwohl dessen Inhalte für die deutsche Pflegepraxis und Pflegeforschung hochrelevant sind. In diesem Dokument wird die Kategorie pflegerische Versorgung und Pflegewissenschaft als ein Teilergebnis im Diskussionsteil in Kapitel 5.2.1 integriert. In Kapitel 5 werden zuvor Methode, Methodologie und die Ergebnisse diskutiert.

https://doi.org/10.5771/9783828879935-135 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND