

Inge Pohl (Koblenz-Landau)

Argumentationstopoi und kontrastierendes Framing im aktuellen deutschen Sterbehilfediskurs

Der aktuelle deutsche Sterbehilfediskurs lässt sich auf das Hauptthema „Pro vs. Contra (*aktive*) Sterbehilfe“ reduzieren, wobei es weniger um eine Sachdebatte als um eine Beeinflussung der emotionalen Einstellung zur (*aktiven*) Sterbehilfe beim Diskursgegner geht. Aus öffentlich kommunizierten Texten werden die kontrastierenden Denkweisen ermittelt, die innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte die emotional geführte Argumentation bestimmen und damit das Diskursthema als kommunikative Wirklichkeit konstituieren. Gezeigt wird, dass die Diskursgegner die kontrastierende emotionale Bewertung der (*aktiven*) Sterbehilfe mit Hilfe von kontextspezifischen Argumentationstopoi stützen. Da diese linguistisch nicht ohne Bezug auf ein kognitiv-semantisches Repräsentationsformat beschreibbar sind, wird der Frame-Ansatz als das umfassendere Modell herangezogen. Im Ergebnis der wissensbezogenen Analyse wird dasjenige verstehensrelevante Wissen eruiert, das den konkurrierenden Diskursbeiträgen tiefensemantisch zugrunde liegt und einen Ausschnitt zeittypischen Denkens zum Diskursthema ausmacht.

Topoi of argumentation and contrastive framing in the current German debate on euthanasia

The current German discourse on euthanasia may readily be reduced to the main topic of ‘Pro vs. Contra *active euthanasia*’. In this respect, we are dealing not so much with a factual debate but, rather, with attempts at exerting considerable influence on opponents’ emotional attitude towards (*active*) euthanasia. Based on publicly communicated texts, the Author identifies contrasting modes of thought which, during the last two decades, have determined a set of emotionally charged arguments thus constituting the discourse topic as a communicative reality. It will be shown that opponents of the discourse support the contrasting emotional assessment of (*active*) euthanasia by means of context-specific topoi of argumentation. Since these topoi cannot be described linguistically without making reference to a cognitive-semantic representation format, we will use the frame approach as a more comprehensive model. Based on knowledge-based analysis that specific knowledge will be elicited, which, on a deep semantic level, underlies various competing discourse contributions and constitutes a discourse topic based on an excerpt of a thinking pattern typical of its time.

Toposy argumentacyjne i kontrastywne ramowanie we współczesnym dyskursie o eutanazji w Niemczech

Toczący się obecnie w Niemczech dyskurs na temat eutanazji można sprowadzić do głównego wątku „»Za« versus »przeciw« (aktywnej) eutanazji”. Nie chodzi tu jednak o rzeczową dyskusję, a raczej o próby wywierania wpływu na nastawienie emocjonalne u interlokutorów w dyskusji. Na podstawie tekstów przedstawione zostaną odmienne punkty widzenia prezentowane w ciągu ostatnich dwudziestu lat w dyskursie publicznym w Niemczech. Przyczyniły się one do emocjonalnego zabarwienia argumentacji i tym samym, jako przedmiot dyskusji, nadały formę rzeczywistości komunikacyjnej. Ukazana zostanie postawa interlokutorów, którzy wartościując emocjonalnie (aktywną) eutanazję opierają się na wynikających z kontekstu toposach argumentacyjnych. Ponieważ ich lingwistyczny opis możliwy jest w formie kognitywno-semantycznej reprezentacji, jako model analizy wykorzystana zostanie metoda tzw. ramy interpretacyjnej. W wyniku analizy ukazana zostanie wiedza istotna dla zrozumienia problemu, leżąca u podstaw wypowiedzi przeciwnych stron w dyskusji i jednocześnie stanowiąca wycinek typowego dla naszych czasów sposobu myślenia na ten temat.

1. Untersuchungsproblematik

Sterbehilfe gehört in Deutschland nicht zu den öffentlich-prominenten Gesprächsthemen, dennoch wird immer wieder heftigst darüber diskutiert. So schreibt Joachim Kardinal Meißner, Erzbischof von Köln, in einem Gastkommentar in der „Welt am Sonntag“ vom 13.03.2011: „Wir erleben in Deutschland derzeit eine Debatte, die mit moralisch schillernden Argumenten den Sterbenden über die Schwelle stoßen will. Aktive Sterbehilfe wird als Erlösung, als barmherzige Tat dargestellt. Das ist Perversion christlichen Denkens. Kein Wort mehr von einer Ethik des Leidens oder gar vom ‚Heil bringenden Schmerz‘ – ‚Salvifici Doloris‘ nannte Papst Johannes Paul II. seine Enzyklika über den Schmerz. [...] Es gibt die Natur des Menschen, und aus diesem Sein erwächst ein Sollen – und ein Nichtdürfen“. Der Schriftsteller Martin Walser hat eine kontroverse Sicht: „Nach unserer Religion und Kultur steht es uns angeblich nicht frei zu sterben, wie wir wollen. Es ist eine Art Leibeigenschaft übrig geblieben von ganz früher. Aber daran muss ich mich nicht halten“ (Walser 2011: 110). Auf die Frage des Interviewers, was Martin Walser bei körperlicher Hinfälligkeit im Alter tun werde, antwortet dieser: „Da gehe ich, hoffe ich, in die Schweiz zu Exit und lass mir einen anständigen Tod servieren. Ich bezahle ihn, den Tod, das werde ich wohl noch können“. Textsegmente dieser Art sind in einen Diskurs eingebunden, der sich aus einem Korpus thematisch zusammengehörender Texte zum globalen Thema ‚Sterbehilfe‘ in einer bestimmten Zeit konstituiert. Zum Lexem *Sterbehilfe* finden sich im DUW (2001: 1515) die beiden Sememe: „1. Euthanasie (1b). 2. Sterbegeld“, d.h., *Sterbehilfe* wird zum Semem 1b) von *Eutha-*

nasie synonym gebraucht. Verfolgt man Semem 1b) von *Euthanasie* weiter, so ist vermerkt: „[griech. Euthanasia – leichter Tod, zu éu – gut, wohl n. thánatos = Tod]: 1. (Med.) a) Erleichterung des Sterbens, bes. durch Schmerzlinderung mit Narkotika; b) absichtliche Herbeiführung des Todes bei unheilbar Kranken durch Medikamente od. durch Abbruch der Behandlung. 2. (nationalsoz. verhüll.) systematische Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen“ (ebd.: 500). Die Bedeutungsparaphrase steckt einen allgemeinen semantischen Rahmen zu *Sterbehilfe* ab. Zum Semem 1a) existieren die Synonyme *Hilfe beim Sterben*, *Hilfe im Sterben*, *Sterbebeistand* und *Sterbebegleitung*. Diese Lexeme tragen aufgrund der Komponenten *Hilfe*, *-beistand*, *-begleitung* positive Wertungselemente, da die „Unterstützung Sterbender durch Pflege, schmerzlindernde Behandlung sowie menschliche Zuwendung“ (DRZE 2010: 1) als positives ethisch-moralisches Verhalten gewertet wird. Der Sterbehilfediskurs fokussiert das Semem 1b) im Sinne von ‚Hilfe zum Sterben‘, was „das Töten oder Sterbenlassen eines sterbenden, schwer kranken oder leidenden Menschen aufgrund seines eigenen, ausdrücklichen oder mutmaßlichen Verlangens oder Interesses“ (ebd.) meint. Nachfolgend berücksichtige ich nur diese Bedeutungsvariante.

Wie oben zitiert, stammt die Bezeichnung *Euthanasie* aus dem Altgriechischen. Ihre jahrhundertalte wechselvolle Bedeutungsfestlegung (vgl. Hillebrand 2009: 90ff.) pervertierte während der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland, indem die Bedeutung „als verschleiender Euphemismus zur Bezeichnung des rassistisch und eugenisch motivierten Massenmords an für »lebensunwert« erklärten Kranken oder behinderten Menschen missbraucht“ (ebd.) wurde. Aus diesem Grund wird heute die historisch belastete Bezeichnung *Euthanasie* im öffentlichen Sprachgebrauch (Begriff nach Böke/Jung/Wengeler 1996) nicht verwendet und auf die vermutlich Anfang des 19. Jh. eingeführte Bezeichnung *Sterbehilfe* zurückgegriffen (vgl. Hillebrand 2009: 91).

Die öffentliche Zurückhaltung gegenüber dem Thema *Sterbehilfe* nach 1945 kann man bis in die 1980er Jahre festlegen, 1986 befasste sich der Deutsche Juristentag unter strafrechtlichen Aspekten mit der Frage „Recht auf den eigenen Tod?“, wobei es insbesondere um die Beteiligung anderer Personen am Sterbeprozess ging. Eine Rechtssicherung durch Rechtsprechung erfolgte jedoch nicht. Seit 2000 etwa steht bei Deutschen Juristentagen das Thema der Patientenautonomie am Lebensende im Mittelpunkt. An den Gesetzgeber wurden zahlreiche von Kommissionen erarbeitete Vorschläge zur Ausdifferenzierung der Rechtslage gegeben, dennoch bleiben aktuell Unsicherheiten, denn lediglich die *aktive Sterbehilfe* (Begriffsklärung s.u.) ist in den §§ 22ff. StGB zu Tötungsdelikten gesetzlich geregelt. In der reformpolitischen öffentlichen Debatte der letzten Jahre wurde das Thema zur Patientenautonomie am Lebensende ebenfalls intensiv verfolgt, so dass am 29.07.2009 das „Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“

mit der Regelung der „Patientenverfügung“ verabschiedet werden konnte (vgl. § 1901a Abs. 1 BGB).

Die öffentliche Diskussion zum Thema *Sterben in Würde* wurde und wird dadurch erschwert, dass die Meinungen von Juristen, Ärzten, Ethikern, Betroffenen und Angehörigen nicht in jedem Fall konsensfähig sind. Allerdings hat es – wie Birnbacher 1998 feststellte – einen Konsens in der öffentlichen und medizinisch-orientierten Diskussion gegeben, indem der komplexe Bereich der *Sterbehilfe* aufgegliedert war in einen allgemein befürworteten Bereich der *passiven Sterbehilfe* (mit den Semen ‚moralisch zulässig‘ ‚erlaubt‘) und in einen allgemein abgelehnten Bereich der *aktiven Sterbehilfe* (mit den Semen ‚moralisch unzulässig‘ ‚verboten‘). Dementsprechend waren die zugeordneten sprachlichen Ausdrücke semantisch-kontrastiv entweder emotional-positiv (*Sterbenlassen*: ‚Geschehenlassen‘, *den Sterbeprozess nicht unnötig verlängern*, *keine außergewöhnlichen Maßnahmen einsetzen*, *nicht künstlich am Leben erhalten*) oder emotional-negativ (*Töten*, *das Leben nehmen*, *Euthanasie*).

Dieser gesellschaftliche Konsens in der öffentlichen Diskussion ist heute nicht feststellbar: *Aktive Sterbehilfe* wird nicht mehr gesamtgesellschaftlich abgelehnt. Laut einer Befragung des Allensbach-Instituts von 2009 (vgl. Allensbach 2010) wünschen 58% der Bevölkerung, dass die *aktive Sterbehilfe* legalisiert werden sollte, allerdings lediglich in besonderen Fällen und unter bestimmten Bedingungen. Die Gründe hierfür sind auf mehreren Ebenen zu suchen: Aufgrund des gestiegenen Lebensalters sehen sich Menschen oft mit langem, qualvollem Leiden konfrontiert, so dass sie den Tod der Würdelosigkeit, dem Autonomieverlust und den Schmerzen vorziehen. Die Erfolge der Intensivmedizin haben die Zahl der Wachkomapatienten erhöht, wobei zusätzlich die mediale Zur-Schau-Stellung von *Sterbehilfe* zur vermehrten Diskussion beiträgt. Schließlich wirkt sich die gesellschaftliche Debatte zur Selbstbestimmung des Menschen in einer Demokratie auf das Thema der Selbstbestimmung am eigenen Lebensende aus. Nicht zuletzt wird die öffentliche Diskussion belebt durch das Nebeneinander unterschiedlicher Regelungen zur *aktiven Sterbehilfe* in Europa, insbesondere seit im April 2002 die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden und wenig später in Belgien nicht mehr unter Strafe gestellt wird.

Unter Verzicht auf marginale Thematisierungen lässt sich der aktuelle deutsche Sterbehilfediskurs auf das Hauptthema: „Pro vs. Contra (*aktive*) *Sterbehilfe*“ reduzieren, indem diese entweder befürwortet und gutgeheißen oder aber abgelehnt wird. Bemerkenswert ist, dass sich die sozialen Gruppen der Mediziner, Juristen, Ethiker, betroffenen Patienten und potentiell Betroffenen nicht 1:1 auf die Pro-vs.-Contra-Gruppierung beziehen lassen – es werden allerdings Tendenzen ablesbar. Mich interessiert hier, welcher linguistische Ansatz geeignet sein kann, die festgestellte Kontrastivität in Bezug auf das Diskursthema aufzuzeigen.

2. Zu den grundlegenden Fachwörtern in den juristischen, medizinischen und ethischen Subdiskursen

Bei der Semantisierung des Lexems *Sterbehilfe* sind die Diskursteilnehmer zu berücksichtigen, denn die Lexemsemantik ist subdiskursiv von existenten sozialen Gruppen determiniert, die wiederum gruppenintern unter juristischen, medizinischen, ethisch-moralischen und politischen Aspekten sprachhandeln (zu den grundlegenden Fachwörtern in der juristischen, medizinischen und ethischen Diskussion vgl. auch Pohl 2012).

In der **juristischen Diskussion** werden vier Formen von *Sterbehilfe* unterschieden: (a) die *aktive Sterbehilfe*, (b) die *indirekte Sterbehilfe*, (c) die *passive Sterbehilfe*, (d) die *Beihilfe zum Suizid*. Es wird gefragt, wie die Sterbehilfeformen gesetzlich, vor allem strafgesetzlich geregelt werden sollen.

Unter **aktiver Sterbehilfe** versteht man „die gezielte Tötung sterbender, terminal kranker, schwer leidender oder irreversibel komatöser Menschen aus Mitleid oder barmherziger Gesinnung“ (Grimm 2009: 19). Die Tötung eines anderen Menschen ist gesetzeswidrig und wird in Deutschland strafrechtlich verfolgt, auch wenn es sich um „Tötung auf Verlangen“ (§ 216 StGB), d.h. das ausdrückliche und ernsthafte Verlangen des Opfers, handelt.

Indirekte Sterbehilfe meint die juristisch erlaubte „Verabreichung von Schmerzmitteln mit dem Ziel, anders nicht behebbarer Schmerzen zu bekämpfen, wobei das Risiko oder die Gewissheit besteht, dass die Medikamente das Leben des Patienten verkürzen“ (Grimm 2009: 19f.). In der Rechtswissenschaft gibt es eine breite Diskussion zur Rechtfertigung der Strafflosigkeit, wobei „die Unterscheidung zwischen dem primären Ziel der Schmerzlinderung und der lediglich als notwendige, unvermeidbare Nebenfolge hingenommenen Lebensverkürzung“ (ebd.: 41) eine Rolle spielt und auf der Grundlage des „Prinzips der Doppelwirkung“ interpretiert wird. Dieses Prinzip „stammt ursprünglich aus der katholisch-thomistischen Moraltheologie und besagt, dass eine an sich verbotene Handlung, etwa die Tötung unschuldigen Lebens, dann erlaubt ist, wenn sie nur eine unerwünschte und unvermeidliche Nebenwirkung einer gebotenen Handlung ist und zu dieser nicht außer Verhältnis steht“ (ebd.).

Die ebenfalls juristisch erlaubte **passive Sterbehilfe** wird verstanden als „das Sterbenlassen moribunder, schwer kranker, leidender oder irreversibel komatöser Menschen durch Verzicht auf die Vornahme lebensverlängernder Maßnahmen“ (ebd.: 46). Die Rechtfertigung der *passiven Sterbehilfe* ergibt sich aufgrund des Selbstbestimmungsrechts der Patienten. Allerdings ist „in Notfällen, etwa wenn besondere Eile geboten ist und die Einwilligung des Patienten nicht vor dem Eingriff eingeholt werden kann, [...] der Arzt gehalten, auch ohne explizite Zustimmung des Patienten tätig zu werden, sofern keine Indizien dafür sprechen,

dass der Patient im Fall der Einwilligungsfähigkeit seine Zustimmung verweigern würde“ (ebd.: 49). Letztlich ist für die *passive Sterbehilfe* entscheidend, dass der aufgeklärte Patient seinen Willen kundtut, der weder auf zivilrechtlicher Geschäftsfähigkeit noch strafrechtlicher Schuldfähigkeit basiert, sondern allein auf der natürlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Betroffenen (vgl. ebd.: 50).

Sterbehilfe mittels in Deutschland straflos bleibender **Beihilfe zum Suizid** bedeutet „die Ermöglichung eines selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Sterbens durch die gezielte Vermittlung oder Verschaffung von Gelegenheiten zum Suizid“ (Hillebrand 2009: 127). Der Unterschied zur strafbaren *aktiven Sterbehilfe* wird darin gesehen, dass die Tötungshandlung beim freiverantwortlichen Sterbewilligen selbst verbleibt und nicht vom Sterbehilfe-Leistenden ausgeführt wird.

Gesetzlich geregelt ist von den Sterbehilfeformen lediglich die strafbare aktive Verkürzung des Lebens im Verständnis der Tötungsdelikte (§§ 211 ff. StGB), die anderen Formen der *Sterbehilfe* sind durch Gerichtsurteile festgelegt. Letztlich werden als Maßstab von Entscheidungen die Grundrechte im Grundgesetz herangezogen, wie der Artikel I Abs. 1 zur *Menschenwürde*, der Art. 2 Abs. 1 bietet die Anknüpfungspunkte für das Recht auf *Selbstbestimmung* und der Art. 2 Abs. 2 beinhaltet das Recht auf *Leben* und *körperliche Unversehrtheit*.

Seit 1986 etwa (vgl. Grimm 2009: 20f.) wird die juristische Terminologie der *aktiven*, *passiven* und *indirekten Sterbehilfe* öffentlich kritisiert, da sie zu Irritationen führt, insbesondere wenn „aktives Tun“ mit Strafbarkeit assoziiert wird. Diese semantische Unebenheit tritt insbesondere zutage bei der juristisch unbedenklichen Beendigung bereits eingeleiteter apparativer lebenserhaltender Maßnahmen (*passive Sterbehilfe*) und bei der ebenfalls juristisch erlaubten leidenslindernden Gabe von Schmerzmitteln, die das Risiko der Lebensverkürzung beinhalten (*indirekte Sterbehilfe*). Vorschläge zur Änderung der Terminologie haben sich nicht durchgesetzt. So schlug der „Nationale Ethikrat“ 2006 vor, die *indirekte Sterbehilfe* in die Gruppe der „Therapien am Lebensende“ einzuordnen, worunter alle palliativen Maßnahmen zählen. *Passive Sterbehilfe* sollte durch die Bezeichnung „Sterbenlassen“ ersetzt werden. In anderer Literatur wird für die *indirekte Sterbehilfe* „Leidensminderung“ vorgeschlagen (vgl. Verrel 2006: 60) oder „indirekte aktive Sterbehilfe“, da „im Fall einer durch Schmerzmittelbeigabe bewirkten Lebensverkürzung genau genommen eine Tötungshandlung und mithin aktive Sterbehilfe vorliegt“ (Grimm 2009: 21). Bislang wird an der traditionellen Benennung der Sterbehilfeformen festgehalten, da auch die neuen Bezeichnungen semantisch vage sind und der Beschreibung „sterbenhelfender“ Maßnahmen am Lebensende eines Menschen nicht besser gerecht werden.

In den **Standesrichtlinien für Ärzte**, die seit 1979 von der Bundesärztekammer publiziert werden, orientiert sich die Rolle des Arztes im Sterbeprozess grundlegend an seinem Berufsethos, indem klargestellt wird, inwiefern die ver-

schiedenen Sterbehilfeformen mit den berufsethischen Normen vereinbar sind. Die letzte Überarbeitung der „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 2011 war aufgrund der neuen Gesetzeslage (s.o. Patientenverfügung) notwendig geworden, aber auch, weil sich die Haltung von Medizinern zur *aktiven Sterbehilfe* in den letzten Jahren geändert hat. So könnte sich nach der Allensbach-Umfrage von 2009 unter 527 repräsentativ ausgewählten Ärzten jeder vierte Arzt *aktive Sterbehilfe* vorstellen, die Hälfte hiervon wiederum sprach sich für eine Legalisierung der *aktiven Sterbehilfe* aus (vgl. Allensbach 2010).

Das Vorwort der „Grundsätze“ von 2011 expliziert die berufsethische Verpflichtung: „Nach der Berufsordnung haben Ärztinnen und Ärzte die Aufgabe, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern sowie Sterbenden Beistand zu leisten“ (BÄK 2011). Weiter heißt es in der Präambel: „Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ (ebd.). Noch 2004 hatte es geheißen, „dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung des Patienten dem ärztlichen Ethos widerspricht“ (ebd.). Begründet wird, dass damit „die verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt (werden), ohne die Grundausrichtung und die grundlegenden Aussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung infrage zu stellen“ (ebd.). Bei Patienten mit aussichtsloser Prognose, bei denen der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat, kam noch 2004 nach Ansicht der Bundesärztekammer das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten nur dann in Betracht, wenn die jeweilige Krankheit bereits weit fortgeschritten war (vgl. BÄK 2004, Abs. II). Diese Einschränkung – die im Text von 2011 herausgenommen wurde – widersprach geltendem Recht, insofern in Deutschland kein autarkes „Arztrecht“ mit Orientierung am Krankheitsstadium existiert.

Die Ärztlichen Standesrichtlinien orientieren auch 2011 stark auf Palliativversorgung am Lebensende, die *indirekte* und die *passive Sterbehilfe* werden ohne terminologische Nennung paraphrastisch toleriert. Für *aktive Sterbehilfe* und *Beihilfe zum Suizid* wird kein Spielraum gelassen, auch wenn dieser Wunsch in einer Patientenverfügung formuliert würde. Die „individuellen Moralvorstellungen“ (s.o.) umfassen einen semantisch zu vagen Referenzbereich, als dass sie für Sterbende Verlässlichkeit bieten könnten. Die Lexeme zur *Sterbehilfe* werden

im medizinischen Fachwortschatz als Fachwörter reflektiert, die bezeichneten Sachverhalte sind allerdings im Verständnis berufsethischer Grundsätze gewertet: *Aktive Sterbehilfe* ist juristisch und berufsethisch unzulässig, *Beihilfe zur Selbsttötung* erfährt eine indirekte pejorative Wertung, indem diese zur Nicht-Aufgabe eines Arztes erklärt wird. *Indirekte* und *passive Sterbehilfe* lassen sich als ‚zurückhaltend positiv bewertend‘ einordnen (vgl. Pohl 2012).

Unter **ethischen Aspekten** (vgl. Hillebrand 2009: 85ff.) wird erwogen, ob die lebensverkürzende Wirkung der Sterbehilfeformen generell ethisch unzulässig ist oder ob es Bedingungen für deren ethische Zulässigkeit gibt. Bezugspunkte im Sterbehilfediskurs sind die ethischen Grundwerte: der Wert der Selbstbestimmung, der Wert der körperlichen und seelischen Unversehrtheit und der Wert des Lebens, wobei diese wiederum aus dem Prinzip der Menschenwürde abgeleitet sind (vgl. Grundgesetz s.o.). Betont wird, dass die ethischen Grundwerte sowohl aus der Sicht des Sterbehilfe-Empfangenden als auch aus der des Sterbehilfe-Leistenden zu berücksichtigen sind. Obwohl es sich bei den ethischen Grundbegriffen um Fachwörter handelt, ergeben sich vor allem aufgrund ihrer durchsichtig motivierten und vagen Bedeutung Diskussionsansätze zur Hinterfragung.

An prominenter Stelle für die Begründung der ethischen Unzulässigkeit der **aktiven Sterbehilfe** steht das grundlegende Persönlichkeitsrecht: das Recht auf Leben und das Recht auf körperliche Unversehrtheit, welches sich im Artikel 1 des Grundgesetzes wiederfindet: „(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. [...] (2) Das deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft [...]“ (GG Art. 1).

Zur ethischen Begründung der **indirekten Sterbehilfe** werden verschiedene Konzepte herangezogen, insbesondere das Prinzip der Doppelwirkung (s.o.), wonach eine ethisch schlechte Handlung (aktives Bewirken des Todes) „neben ihrer ethisch schlechten Wirkung zugleich eine ethisch gute oder jedenfalls erlaubte Wirkung hat“ (Hillebrand 2009: 103), d.h., einem Menschen ein schmerzfreieres Sterben zu ermöglichen.

Die Unterscheidung von **aktiver** und **passiver Sterbehilfe** führt im Grundverständnis der attribuierenden Adjektive (*aktiv – passiv*) insbesondere bei der **passiven Sterbehilfe** „Ärzte nachweislich zu einer gefährlichen Zurückhaltung sowohl beim Abbruch einer einmal begonnenen lebenserhaltenden Behandlung als auch bei der Gabe schmerzlindernder Medikamente“ (ebd.:89). Das führt letztlich dazu, dass Patienten mitunter gegen ihren Willen, ethisch unzulässig, weiter am Leben gehalten würden und dass „ihnen die zur Linderung ihrer Schmerzen dringend erforderliche und auch ethisch geforderte Dosis an Schmerzmitteln vorenthalte(n)“ (ebd.) würde. Da der Behandlungsabbruch (z.B. der künstlichen Beatmung oder der künstlichen Ernährung) i. d. R. mit aktivem Handeln verbun-

den ist, kann sich die Assoziation zur ethisch und juristisch unzulässigen *aktiven Sterbehilfe* ergeben. Das Adjektiv *passiv* bedeutet jedoch im Zusammenhang mit *Sterbehilfe*, dass man den Sterbeprozess *passiv geschehen lässt* und diesen nicht durch anderweitige Maßnahmen hinauszögert bzw. verhindert. Die Angst von Patienten, gegen ihren Willen „am Leben gehalten zu werden“ ist nicht unbegründet, wie eine Befragung von Ärzten (aus Bayern, Westfalen-Lippe, Thüringen) aus dem Jahre 2005 zeigt, dass nämlich „40% der Befragten die Beendigung der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über eine Sonde der aktiven Sterbehilfe zu(ordnen)“ (Simon 2007: 26). Ebenso ordnete ein Drittel von befragten Richtern den Abbruch der künstlichen Beatmung, der Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr der *aktiven Sterbehilfe* zu (ebd.: 27).

Da nach deutschem Recht die Selbsttötung strafrechtlich nicht verfolgt wird, wird auch derjenige, der *Beihilfe zum Suizid* leistet, juristisch nicht belangt. Entscheidend für die ethische Bewertung ist die Tatsache, inwieweit der Sterbewillige nach der Hilfe des Unterstützenden noch selbst entscheiden kann, ob er den Suizid durchführt oder nicht und ob er die Tatherrschaft bis zum Eintritt des Todes behält.

Die Lesarten der juristischen, medizinischen und ethischen Fachwörter fließen in die **öffentliche Diskussion** ein, sie werden jedoch aktuell überlagert von einer emotional geführten Argumentation, in der es um die Ablehnung oder die Befürwortung der (*aktiven*) *Sterbehilfe* geht, so dass wir es in der öffentlichen Diskussion (auf einer übergeordneten Ebene) mit zwei konträren Subdiskursen zu tun haben: Pro vs. Contra (*aktive*) *Sterbehilfe*.

3. Diskursbegriff und kontrastive Untersuchung

Unter Diskursen sollen transtextuelle Strukturen in einer bestimmten Zeit verstanden werden, deren Elemente durch Intertextualität und thematisch-funktionale Kohärenz verknüpft sind. Forschungspraktisch kann ein Diskurs „sprach-“ oder „wissensbezogen“ analysiert werden. „Sprachbezogen“ versteht man unter einem Diskurs „eine Gebrauchsformation, also eine Art der Verwendung von Sprache“ (Warnke/Spitzmüller 2008b: 14), deren sprachliche Regularitäten mit korpuslinguistischen Methoden beschrieben werden (z.B. intertextuelle Verknüpfungen in Form rekurrenter Muster). „Wissensbezogen“ meint man mit Diskurs „eine Repräsentation von Topoi oder Schemata, also eine epistemische Funktion von Sprache“ (ebd.: 15). Bei einer wissensbezogenen Analyse – die ich hier verfolge – eruiert man folglich dasjenige verstehensrelevante Wissen, das den Diskursbeiträgen tiefensemantisch zugrunde liegt und einen Ausschnitt zeittypischen Denkens der Diskursteilnehmer ausmacht. Eine polylaterale Untersuchung im

Verbund von sprachbezogener und wissensbezogener Analyse ist dem komplexen Gegenstand „Diskurs“ angemessen, muss jedoch auch das „Mehr des Diskurses“ im Sinne von Foucault (zitiert bei Warnke/Spitzmüller 2008b: 16) berücksichtigen, so dass analytisch sinnvollerweise Sprache, Wissen und Sprachhandelnde in den Blick zu nehmen sind. Diese Aspekte könnten im diskurslinguistischen Mehr-Ebenen-Analysemodell nach Warnke/Spitzmüller (ebd.: 44) erfasst werden. Die Untersuchung der transtextuellen Ebene (z.B. Intertextualität, Frames, diskurssemantische Grundfiguren, Topoi) entspricht der Spezifik eines Diskurses, weil hier die Untersuchungsergebnisse der intratextuellen Ebene (vgl. ebd.: 25ff.; Begriffsklärungen: 39ff.) auf die Sprachhandelnden bezogen werden. Am öffentlichen Sterbehilfediskurs beteiligen sich neben den Fachvertretern diejenigen, die aus unterschiedlichsten Gründen Stellung zu den Publikationen nehmen, und diejenigen, die als Schwerstkranke direkt betroffen sind und sich auf die juristische, medizinische, ethisch-moralische und politische Situation beziehen.

Im Folgenden konzentriere ich mich auf Argumentations-Topoi im aktuellen öffentlichen deutschen Diskurs zur *aktiven Sterbehilfe*. Es wird gezeigt, dass die kontrastive emotionale Bewertung der *aktiven Sterbehilfe* vonseiten der Diskursgegner (kontrastives Framing vgl. Pohl 2012) sowie die entsprechende thematische Kontrastivität (vgl. Konerding 2007) mit Hilfe von Argumentationstopoi kontrastiv gestützt wird. Im aktuellen Sterbehilfediskurs geht es weniger um eine Sachdebatte, sondern um die Beeinflussung der emotionalen Einstellung zur (*aktiven*) *Sterbehilfe* beim Diskursgegner.

4. Kontextspezifische Topoi als Untersuchungskategorie

Wie Wengeler (2003: 177ff.) verdeutlicht hat, ist der Begriff „Topos“ auf die Schriften von Aristoteles zu beziehen, obgleich dieser in Aristoteles' Schrift „Topik“ (Übersetzung 2004) nicht definiert ist. Die einzige „Erklärung“ von Topos findet man in Aristoteles' „Rhetorik“: „dasselbe nämlich meine ich mit ›Elemente‹ und ›Topos‹, denn Element und Topos sind das, worunter viele Enthymeme fallen“ (Rhet. 1402a, 18f.; zit. bei Wagner/Rapp 2004 Ü: 30). Warum Aristoteles die Bezeichnung „Topos“ wählte, wird zwar unterschiedlich begründet, aber da Aristoteles im Achten Buch der „Topik“ zum dialektischen Argumentieren schreibt: „Es muss aber derjenige, der die Fragen formulieren will, erstens den Topos (Ort) [...] finden, von dem aus angegriffen werden soll“ (2004 Ü: 236), könnte man darunter die „Position in einem argumentationsstrategischen Stellungsspiel“ (Wagner/Rapp 2004 Ü: 30) verstehen. Mit der Abhandlung „Topik“ beabsichtigt Aristoteles „ein Verfahren zu finden, aufgrund dessen wir in der Lage sein werden, über jedes vorgelegte [...] Problem aus anerkannten Meinun-

gen zu deduzieren und, wenn wir selbst ein Argument vertreten, nichts Widersprüchliches zu sagen“ (2004 Ü: 45). Ansatzpunkt für meine Untersuchung des Sterbehilfediskurses ist die Bezugnahme auf anerkannte Meinungen, das „sind diejenigen, die entweder von allen oder den meisten oder den Fachleuten und von diesen entweder von allen oder den meisten oder den bekanntesten und anerkanntesten für richtig gehalten werden“ (ebd.: 46), so wie sich die Meinungen im Sterbehilfediskurs letztlich auf zwei gesellschaftlich dominierende Meinungen zurückführen lassen. Bei den Aristotelischen Topoi geht es zwar insgesamt um formallogisch schlüssige Denkverfahren, dennoch sind es „nicht formallogisch strenge, auf Wahrheit zielende Schlüsse [...], sondern quasi-logische oder alltagslogische Schlussverfahren, die auf Wahrscheinlichkeiten, auf Plausibilitäten zielen“ (Wengeler 2003: 178; ebenso 2007: 167).

Den Unterschied zwischen wissenschaftlicher und „dialektischer“ Argumentation sieht Aristoteles zwischen als wahr erwiesenen und lediglich anerkannten Prämissen; beiden ist jedoch gemeinsam, dass es um ein Problem geht. Auch beim Sterbehilfediskurs geht es um ein Problem, zu welchem sich unterschiedliche Meinungen gegenüberstehen.

Aristoteles' Schrift „Topik“ stellt sich als allgemeine Anleitung zur Konstruktion verschiedenster dialektischer Schlüsse dar, wobei eine einzelne Anleitung oder ein einzelnes Schema einen Topos (gr. *tópos* ‚Ort, Platz‘; DUW 2001: 1586) darstellt. Die aus heutiger Sicht unterschiedlichen Topoi finden sich in den Büchern II bis VII aufgelistet: Teilweise sind es logische Relationen, wie die Gattung–Art–Beziehung (Aristoteles 2004 Ü: 82) oder die Topoi der Kontradiktion (ebd.: 88f.). In einigen Fällen beschreiben sie sprachliche Abhängigkeitsverhältnisse, z.B. den Umgang mit mehrdeutigen Ausdrücken (ebd.: 79), in anderen Fällen zielen sie auf sachliche Ähnlichkeiten, wie die Topoi zum höheren und geringeren Grad (Mehr und Weniger).

Der Vorzug der Aristotelischen Topoi kann darin gesehen werden, dass sie von konkreten Inhalten absehen und Antworten darauf bereitstellen, welche „formalen“ Kriterien in einer Argumentation zu beachten sind, m.a.W.: Es werden keine Festlegungen darüber getroffen, „welches konkrete Element zu welcher konkreten These passt, sondern darüber, welche Konklusion eines bestimmten allgemeinen Typs aus Prämissen eines bestimmten anderen allgemeinen Typs gewonnen werden kann“ (Wagner/Rapp 2004 Ü: 8; „allgemeine Typen“ sind die o.g. Topoi).

In Anlehnung an Wengeler (2003; 2007: 167ff.) übernehme ich die Unterscheidung der Topoi in **allgemeine** und **spezifische**. Als **allgemeine Topoi** im Aristotelischen Sinn lassen sich in der Tradition von Aristoteles die von Kienpointner (1992: 246ff.) systematisierten Argumentationsschemata benennen. Bei den allgemeinen, kontextabstrakten Topoi (z.B. Grund – Folge als Kausal-

topos) ist davon auszugehen, dass sie zwar im Sterbehilfediskurs (wie in allen öffentlichen Diskussionen) vorkommen, dass sie allerdings nichts über die inhaltlich für den Sterbehilfediskurs relevanten Argumentationsmuster aussagen. Zur tiefensemantischen Herausarbeitung der Denkfiguren im speziellen Diskurs zur *Sterbehilfe* werden deshalb **spezifische Topoi** benötigt, die in der „Rhetorik“ von Aristoteles als „spezifische Gesichtspunkte“ bezeichnet werden (zit. bei Wengeler 2003: 183): „Die *besonderen Topoi* sind [...] im Gegensatz zu den allgemeinen formalen Schlussmustern inhaltlich spezifizierte ‚Schlussregeln‘, die entsprechend nur in einem bestimmten inhaltlichen Bereich verwendbar sind, um plausible Argumentationen zu realisieren“. Sie besitzen folglich eine niedrigere Abstraktionsstufe als die allgemeinen Topoi, aber eine höhere als beispielsweise das semantische Repräsentationsformat „Frame“ (s.u.). Obwohl es sich um „kontextspezifische Muster“ (ebd.: 183) handelt, haben wir es nicht mit einzelheitlichen, wörtlichen Argumenten zu tun, sondern mit „verschiedenen Einzelfragestellungen zugrunde liegenden und sprachlich-argumentativ hergestellten Sachverhaltszusammenhänge(n)“ (Wengeler 2007: 169).

„Topos“ als Terminus der Aristotelischen Argumentationslehre wird von mir synonym zu Schlussregel im Rahmen von Enthymemen gebraucht. Ein Enthymem ist „ein Schlussverfahren, das nicht der logischen Deduktion, sondern der alltagssprachlichen Begründung und Durchsetzung von Meinungen dient [...]. Das E. mit seinen drei Teilen Konklusion, Argument und Schlussregel bildet den strukturellen Kern einer Argumentation“ (Bußmann 2002: 192), die Reihenfolge der drei Teile ist nicht festgelegt. Da oft nicht alle drei Teile verbalisiert sind, spricht man auch von „verkürzten Schlüssen“.

Bezogen auf den Sterbehilfediskurs stellt sich ein Enthymem wie folgt dar: Die Konklusion (hier: Folge): „Die aktuelle Gesetzeslage zur *aktiven Sterbehilfe* muss geändert werden.“ wird gestützt durch das Argument (hier: Grund): „58% der Bevölkerung wünschen laut einer Befragung des Allensbach-Instituts von 2009 (vgl. Allensbach 2010), dass die *aktive Sterbehilfe* legalisiert wird, allerdings nur im Ausnahmefall und unter bestimmten Bedingungen.“ Als Schlussregel (kontextspezifischer Topos) kann formuliert werden: „**Weil/Wenn** 58% der Bevölkerung laut einer Befragung des Allensbach-Instituts von 2009 (vgl. Allensbach 2010) wünschen, dass die *aktive Sterbehilfe* legalisiert werden soll, allerdings nur im Ausnahmefall und unter bestimmten Bedingungen, **deshalb/dann** sollte die aktuelle Gesetzeslage zur *aktiven Sterbehilfe* geändert werden.“

Verständlich werden die spezifischen Topoi einerseits aufgrund der den Rezipienten bekannten quasilogischen Schlussmuster und andererseits, indem ihre lexikalischen Realisierungen (lexikalisch-)semantisch im Sprachbewusstsein andocken können (s.u. framebasierte Speicherung). Für die Analyse kontextspezifischer Topoi im Sterbehilfediskurs habe ich folgenden methodischen Weg als sinnvoll erachtet:

1. Textkorpuserstellung: Die öffentlich kommunizierten Texte mit dem Thema „Sterbehilfe“ entstammen dem Zeitraum von 1990 – 2010, da sich in dieser Zeit die emotive Einstellung zur *Sterbehilfe* im deutschen Raum veränderte. Ohne Eingrenzung auf spezifische Textsorten wurden 40 Diskurssegmente nach dem Kriterium Pro vs. Contra (aktive) Sterbehilfe häufig ausgewählt. Zugunsten der Verfügbarkeit der Quellentexte sind die Kriterien der Relevanz bzw. Repräsentativität vernachlässigt.
2. Ermittlung von kontextspezifischen Topoi: Da kein Katalog kontextspezifischer Topoi existiert, sind die der Themenbehandlung adäquaten Topoi aus dem Textkorpus zu extrahieren und zu definieren. In der Regel treten die Topoi verkürzt auf, so dass Inferenzleistung vonnöten ist, die zu Einordnungsproblemen führen kann. Über die Zuordnung von Diskurssegmenten zu Topoi entscheidet letztlich die inhaltlich dominierende Affinität zu einem der Topoi.
3. Quantitative Auswertung der kontextspezifischen Topoi (s.u.).
4. Qualitative Auswertung der kontextspezifischen Topoi (s.u.).

5. Quantitative Auswertung kontextspezifischer Topoi im aktuellen deutschen Sterbehilfediskurs

Ausgezählt wird, in wie vielen Texten des Korpus die betreffenden Topoi auftreten, so dass deren Relevanz in der öffentlichen Kommunikation bei Befürwortern vs. Gegnern der (*aktiven*) *Sterbehilfe* aufgezeigt werden kann. Die Tabelle beinhaltet (nach absteigender Quantität) die acht quantitativ stärksten Topoi. Diese Quantifizierung stützt die qualitative Analyse, statistisch abgesicherte Ergebnisse sind nicht das Ziel meiner Untersuchung. Skaliert wird, in wie viel Prozent der Quellentexte der Befürworter vs. Gegner der (*aktiven*) *Sterbehilfe* der entsprechende Topos überhaupt genutzt wird, unabhängig von der Anzahl, wie oft er im selben Quellentext realisiert ist.

Position	Topoi bei Befürwortern	Texte in %	Topoi bei Gegnern	Texte in %
1	Angst-Topos	50%	Unterstellungs-Topos	39%
2	Humanitäts-Topos	39%	Humanitäts-Topos	33%
3	Selbstbestimmungs-Topos	33%	Missbrauchs-Topos	22%
	Realitäts-Topos	33%	-----	
4	Äußerster-Notfall-Topos	28%	Gesetzes-Topos	17%
5	Arzt-als-Helfer-Topos	22%	Berufsethos-Topos	11%

Fortsetzung auf der nächsten Seite ►

Position	Topoi bei Befürwortern	Texte in %	Topoi bei Gegnern	Texte in %
	Miterlebens-Topos	22%	Christliche-Haltung-Topos	11%
	-----		Geschichts-Topos	11%
	-----		Normalitäts-Topos	11%
6	Betroffenen-Topos	17%	-----	

Abb. 1: Verteilung der Topoi bei Befürwortern und Gegnern der (*aktiven*) *Sterbehilfe*

Bei der quantitativen Topoi-Auswertung der beiden konträren Diskursgruppen ist eine Rangreihe erkennbar, die sich lediglich in der 2. Position deckt. Auffällig ist außerdem, dass bestimmte Topoi nur von einer Gruppe genutzt werden (z.B. der Angst-Topos nur von den Befürwortern, der Geschichts-Topos nur von den Gegnern), dass jedoch auch einzelne Topoi von beiden Gruppen funktionalisiert werden, wie z.B. der Humanitäts-Topos. Dies entspricht dem Merkmal der Potentialität (vgl. Bornscheuer 1976), d.h., dass (auch kontextspezifische) Topoi aufgrund ihres (relativ) abstrakten Status sowohl **für** als auch **gegen** den problematisierten Sachverhalt eingesetzt werden können. In derartigen Fällen ist zwar die Topos-Benennung gleich, es kontrastieren jedoch die jeweils darunter gefassten Inhalte (vgl. Qualitative Auswertung).

6. Qualitative Auswertung kontextspezifischer Topoi im aktuellen deutschen Sterbehilfediskurs

Bei der qualitativen Analyse geht es um die Ermittlung der Denkweisen, die innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte die Argumentation Pro vs. Contra (*aktive*) *Sterbehilfe* bestimmten und damit das Thema „Sterbehilfe“ als kommunikative Wirklichkeit konstituierten. Der Anspruch einer diskurslinguistischen Analyse wird erfüllt, indem die kontextspezifischen Topoi framesemantisch eingebunden werden. Zugrunde liegt die Erkenntnis, dass Topoi nicht ohne Bezug zu einem kognitiv-semantischen Repräsentationsformat beschrieben werden können, so dass ich den Frame-Ansatz (vgl. Konearding 1993) als ein umfassenderes Analysemodell heranziehe. Bei der frame-gestützten Untersuchung von Diskursen wird der Kontextbegriff um die Ebene der transtextuellen Strukturen erweitert (vgl. das holistische Diskurs-Analysemodell bei Warnke/Spitzmüller 2008b: 44).

Mit Hilfe von Prädikationen konstituierte Matrixframes sind als variable Slot-Filler-Strukturen zu verstehen, die entsprechend der konkreten Diskurssegmente variieren können, so dass nicht jeder Slot im konkreten Text durch sprachliche

Elemente besetzt sein muss (vgl. Busse 2008: 73). Ein Frame kann über die kognitive Ordnung gesellschaftlichen Wissens und dessen Rolle im Produktions- und Reproduktionsprozess Aufschluss geben. Sowohl dasjenige verstehensrelevante Wissen, das overt in Erscheinung tritt, als auch dasjenige verstehensrelevante Wissen, das als gespeichertes Hintergrundwissen inferierbar ist, kann mittels Frames analysiert werden. Der Zusammenhang zwischen Frames und Sprache ergibt sich daraus, dass verstehensrelevantes Wissen nur mittels Sprache als Wissen konstituiert wird, wodurch es den Status der Ausdrückbarkeit und Kommunizierbarkeit erhält (vgl. ebd.: 84). Andererseits evozieren Wörter bzw. Lexeme in der Kommunikation Frames, d.h., dass ein Rezipient einen sprachlichen Ausdruck nur dann weitestgehend versteht, wenn er die Bedingungen des Verstehens, nämlich den Kontextualisierungsrahmen der Wort- bzw. Lexembedeutung in Form eines Matrixframes, aktiviert (vgl. Konerding 1993; Busse 2008: 72; Fraas 2011).¹ Meine Analyse diskurskonstitutiver Texte zum Thema *Sterbehilfe* orientiert sich am sortal bestimmten, mittels Hyperonymreduktion ermittelten Matrixframe HANDLUNG (vgl. Konerding 1993: 440). Das Prädikatorengefüge entspricht im Allgemeinen den potentiellen Leerstellen eines sprachlichen Ausdrucks, hier des Lexems *Sterbehilfe* – die in der Diskursanalyse ermittelten instanziierten Füllwerte (filler) stellen demnach den realisierten Diskurs zu *Sterbehilfe* dar. Anzunehmen ist, dass Topoi lexikalisch-semantische Anker in den einzelnen Prädikationstypen (nachfolgend PT) des Handlungsframes zum Lexem *Sterbehilfe* besitzen, so kann Angst ein Motiv für eine Handlung sein (vgl. PT 1). Darüber hinaus ist die Verankerung mittels des Alltagswissens zu quasilogischen Zusammenhängen unserer Welt gegeben (z.B.: *Wenn ein Mensch Angst vor etwas hat, dann sollte der Angstausröser beseitigt bzw. korrigiert werden* etc.). Aufschlussreich ist im untersuchten Diskurs, welche Topoi zu welchen Prädikationen des Handlungsframes von Gegnern und Befürwortern aufgerufen werden. In der nachfolgenden Prädikationenübersicht (nach Konerding 1993: 440ff.; gekürzt) werden diejenigen PT fokussiert, zu denen es im realisierten Diskurs widerstreitende Argumente gibt (PT 1, 1a, 2, 3, 8). Setzt nur ein Diskursgegner Topoi ein (PT 7, 14, 16), ist anzunehmen, dass die betreffende teilnehmende Gruppe ein besonderes Augenmerk auf diese Prädikation des semantischen Rahmens zu *Sterbehilfe* lenken möchte.

Matrixframe HANDLUNG – konstituiert mittels Prädikatoren

1. zur Charakterisierung von *Motiven* für die Handlung (Verpflichtung, Trieb, notwendiges Mittel, Lust, Wunsch etc.)

Pro: Angst-Topos (50%)

Contra: Unterstellungs-Topos (39%)

¹ Busse (2008: 73) spricht von einem „Wissensrahmen-Netz“, da jedes Wort in einem Text einen Wissensrahmen / einen Frame evozieren kann.

- 1a. Voraussetzungen: Grund
Pro: Realitäts-Topos (33%)
Contra: Gesetzes-Topos (17%)
2. zur Charakterisierung von *Zielen* der Handlung
Pro: Äußerster-Notfall-Topos (28%)
Contra: Normalitäts-Topos (11%)
3. zur Charakterisierung der *übergeordneten Zusammenhänge*, in denen die Handlung fungiert, eine Rolle spielt
Pro: Humanitäts-Topos (39%)
Contra: Humanitäts-Topos (33%)
4. zur Charakterisierung der *wesentlichen Phasen/Zustände*, die die Handlung aufweist
5. zur Charakterisierung der *besonders charakteristischen Phasen* der Handlung
6. zur Charakterisierung der *Dauer* der Handlung und ihrer charakteristischen Phasen
7. zur Charakterisierung der *Mitspieler/Interaktionspartner* in der Handlung
Pro: Miterlebens-Topos (22%) / Betroffenen-Topos (17%)
8. zur Charakterisierung der *Rollen der Mitspieler/Interaktionspartner* in der Handlung
Pro: Selbstbestimmungs-Topos (33%) / Arzt-als-Helfer-Topos (22%)
Contra: Berufsethos-Topos (11%) / Christliche-Haltung-Topos (11%)
9. zur Charakterisierung der *Eigenschaften und Zustände*, die die Mitspieler/Interaktionspartner in der Handlung aufweisen
10. zur Charakterisierung der *Mittel, Strategien, Taktiken* (unter Berücksichtigung welcher typischen Mitspieler), die der Handelnde benutzt
11. zur Charakterisierung der *Fähigkeiten*, über die der Handelnde verfügen muss
12. zur Charakterisierung *wesentlicher Fehler und ihrer Folgen/Auswirkungen*, die der Handelnde beim Vollzug der Handlung machen/verursachen kann
13. zur Charakterisierung der *Möglichkeit der Korrektur* durch den Handelnden bei Misserfolg der Handlung
14. zur Charakterisierung der *typischen Folgen der Handlung* für den Aktanten und die Mitspieler der Handlung
Contra: Missbrauchs-Topos (22%)
15. zur Charakterisierung der *typischen Handlungen/Ereignisse oder ihrer Phasen*, mit denen sich die Handlung überschneidet
16. zur Charakterisierung von *ähnlichen Handlungen*, den *Unterschieden* zu diesen Handlungen und von *allgemeinen Kategorien*, in die die Handlung fällt
Contra: Geschichts-Topos (11%)

Im Folgenden wird die konträre öffentliche Diskussion um (*aktive*) *Sterbehilfe* anhand der in den Prädikationen verankerten kontextspezifischen Topoi vorgestellt.

6.1. Argumentation zu *Motiven Pro vs. Contra (aktive) Sterbehilfe* (PT 1 und PT 1a)

Unter Motiven versteht man nach DUW (2001) die Gesamtheit der Beweggründe, die eine Entscheidung beeinflussen: Überlegungen, Gefühlsregungen, Umstände o.Ä. Bei den **Befürwortern** der *aktiven Sterbehilfe* spielt der **Angst-Topos** eine dominante Rolle: *Weil die Menschen Angst vor einem negativ bewerteten Sachverhalt haben, sollten Maßnahmen ergriffen werden, die den negativ bewerteten Sachverhalt ausschalten und dadurch den Menschen die Angst nehmen.*

Diskursbeleg:

Erleichtert bin ich [...], dass nun endlich auch bei uns über die Angst der Menschen vor einem unwürdigen Tod, vor langem Siechtum und quälenden Schmerzen gesprochen wird. Diese Angst lässt die Menschen ja auch so vehement für aktive Sterbehilfe eintreten. Gewiss würden einige anders stimmen, wenn sie sicher sein könnten, ausreichend schmerzlindernde Medikamente zu bekommen und menschenwürdig beim Sterben begleitet zu werden. Doch das äußerst rigide Betäubungsmittelrecht verhindert dies. So hat Deutschland in Europa den niedrigsten Verbrauch an Morphinen. Für alle schwer leidenden Menschen gibt es bundesweit nur 1000 ausgebildete Schmerzmediziner. Das macht mir natürlich Angst. (JR 2/2006); So sehr ich die Palliativmedizin schätze – ich möchte diese weitere Sicherung (Beihilfe zum Suizid mittels ärztlich verordneter Barbiturate in Deutschland – I.P.) für mich haben. Sie nähme mir einen großen Teil der Angst vor einem qualvollen und für mich unwürdigen Sterben. (JR 2/2006)

Der Angst-Topos wird häufig gestützt durch den **Zahlen-Topos** (vgl. Wengeler 2003: 324: *Weil die Zahlen einen bestimmten, in einem inhaltlich spezifischen Topos behaupteten Zusammenhang belegen, sollte eine bestimmte Handlung ausgeführt/unterlassen werden.*) und den **Analogie-Topos** (vgl. Wengeler 2003: 321: *Weil in einem anderen Sachbereich/in einem anderen Land eine in relevanter Hinsicht mit der anstehenden Handlung vergleichbare Handlung zu positiven bzw. negativen Folgen geführt hat, sollte die in Frage stehende Handlung ausgeführt/nicht ausgeführt werden.*). Der Angst-Topos tritt insbesondere bei Diskursbeteiligten auf, die sich aufgrund persönlicher Umstände mit dem eigenen Sterben befassen, wobei die Lexeme *Sterben* und *Tod* bereits usuell mit den Gefühlen der Angst und Sorge verbunden sind. Die Angst vor dem *Sterben* ist eine „Realangst, bei der einkalkulierbare, konkrete und / oder potenzielle Erfahrungswerte eine Rolle spielen“ (Schwarz-Friesel 2007: 258). Im Sterbehilfediskurs resultiert die Angst daraus, dass im Falle eines leidvollen Sterbeprozesses keine Abhilfe gewährleistet ist. Es dominiert aufseiten der Befürworter die *Angst vor einem*

unwürdigen Tod, vor langem Siechtum, vor quälenden Schmerzen; Angst, dass ich keine Hilfe bekomme, wenn ich nicht mehr leiden will; dass meine Patientenverfügung nicht beachtet wird (alle Belege JR). Als Folgerung impliziert der Topos, dass die negativ bewerteten Sachverhalte mittels der (*aktiven*) *Sterbehilfe* ausgeschaltet werden könnten, dass allein die Option darauf den Menschen die Angst vor einem qualvollen Sterben nehmen könnte. Die negativen Emotionen werden durch den **Realitäts-Topos** verstärkt (*Weil die Wirklichkeit so ist, wie sie ist, sollte eine bestimmte Handlung/Entscheidung ausgeführt/getroffen werden* (vgl. Wengeler 2003: 316)). Die bestehende pejorativ bewertete Realität wird als Begründung für eine Änderung der Gesetzeslage bzw. Änderung der realen Bedingungen für betroffene Menschen herausgehoben.

Diskursbeleg:

Für alle schwer leidenden Menschen gibt es bundesweit nur 1000 ausgebildete Schmerzmediziner. Das macht mir natürlich Angst. (JR 2/2006)

Denn auch wenn die Palliativmedizin immer weiter ausgebaut und ausreichend schmerzlindernde Mittel verordnet würden – es blieben immer fünf bis zehn Prozent aller Tumorkranken übrig, die trotzdem unter oft unerträglichen Schmerzen leiden. Und die deshalb oft den Tod als Erlösung von unsäglichem Leid herbeisehnen. Oder die die Begleitumstände ihrer Krankheit als so entwürdigend empfinden, dass sie ihr Leiden beenden wollen. (JR 2/2006); Die meisten Menschen, die sich nach langer Abwägung für einen Freitod entschieden haben, lassen sich auch nicht durch eine Tabuisierung davon abhalten. Sie suchen weiter nach Möglichkeiten, ihren Sterbewunsch umzusetzen – so gibt es in Deutschland alle 59 Sekunden einen Suizidversuch. Doch nur alle 45 Minuten gelingt es einem Menschen hier, sein Leben zu beenden.[...] Da ihnen bei uns keine humanen Wege durch sanfte und sichere Medikamente oder einen begleiteten Suizid zur Verfügung stehen, greifen viele eben zu grausamen Wegen: Sie erhängen sich, springen von Brücken oder werfen sich vor Züge. Daran ändert auch keine Tabuisierung irgendetwas, sondern nur eine Aufklärung über Suizidmethoden. Es führt eben kein Weg daran vorbei, diese Tatsachen über Suizide zu akzeptieren und ihnen durch eine liberale Gesetzgebung Rechnung zu tragen. (JR 2/2007)

Die **Gegner** motivieren die Ablehnung der *aktiven Sterbehilfe* mit dem **Unterstellungs-Topos**: *Weil das Verlangen nach aktiver Sterbehilfe nicht valide ist, ist aktive Sterbehilfe ethisch und juristisch unzulässig.*

Diskursbeleg:

Die allermeisten möchten nicht wirklich sterben, sondern wollen auf sich aufmerksam machen. (Hop 2005)

Selbstmord ist Feigheit vor dem Leben. (JR 2/2007 LB 8)

Hinter Selbstmord steht immer ein ‚Ruf nach Hilfe‘. (JR 2/2007 LB 13)

Menschen wollen sich mit ihrem Freitod nur an ihren Angehörigen rächen, weil diese sich zu wenig um sie gekümmert hätten. Oder sie seien einfach neidisch auf ihre Angehörigen, weil sie weiterleben dürften. ‚Der Selbstmord ist eine große Verlockung, sich davon zu stehlen, ein letzter Triumph, Rache zu nehmen.‘ (JR 2/2007 LB 14)

Mit den genannten Argumenten wird unterstellt, dass Menschen nicht das Verlangen nach dem Sterben als alternativlose Erlösung von Schmerzen und unerträglichem Leiden zum Ausdruck bringen, sondern dass andere, selbstsüchtige Ziele bezweckt werden: Das Verlangen sei ein Mittel, um sozialer Ausgliederung, widrigen Sozialbeziehungen, Lebensprüfungen, Schicksalsschlägen, Einsamkeit, Angst o.Ä. zu entgehen, zumindest Aufmerksamkeit zu erheischen. Es könnte außerdem nicht mit Sicherheit geklärt werden, dass das Verlangen nach *aktiver Sterbehilfe* „tatsächlich ernstlich, wohlinformiert und reiflich überlegt sei“ (Hillebrand 2009: 110). Als Ausweg wird dem Verlangen zu sterben entgegengehalten, dass die verlangensauslösenden menschlichen Nöte durch psychologische, medizinische oder palliativmedizinische Betreuung, durch Zuwendung von Mitmenschen oder durch Sterbebegleitung in einem Hospiz beseitigt, zumindest abgeschwächt werden könnten.

Diskursbeleg:

Depressionen können kein Grund sein, sich zu töten. Man kann sie behandeln, und das Leben geht weiter. (Swien 2008)

Der Selbstmord ist die letzte Tür, aber sie haben nicht an alle Türen geklopft. (Swien 2008)

Wer über Palliativmedizin und Schmerztherapie Bescheid weiß, will gar nicht mehr sterben. (JR 3/2006 LB 4)

Dann müssen sich ihre Angehörigen besser um sie kümmern. (JR 3/2006 LB 7)

Als gewichtiges Motivierungsargument **gegen** die aktive Sterbehilfe wird außerdem der **Gesetzes-Topos** funktionalisiert: *Weil ein Gesetz oder eine anderweitig kodifizierte Norm oder eine gerichtliche Entscheidung eine bestimmte Handlung vorschreibt bzw. nahelegt/verbietet, sollte diese ausgeführt/nicht ausgeführt werden* (vgl. Wengeler 2003: 309). Gegner der *aktiven Sterbehilfe* betonen, dass diese nach § 216 StGB in Deutschland verboten ist und strafrechtlich verfolgt wird. Da man sich auf ein konkretes geltendes Gesetz beruft, ist keinerlei Spielraum für *aktive Sterbehilfe* oder *Beihilfe zum Suizid* gegeben, auch nicht nach der juristischen Regelung der Patientenverfügung von 2009:

Diskursbeleg:

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und wird mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein. (BÄK 2004)

6.2. Argumentation zu *Zielen* der Handlung (PT 2)

Die **Befürworter** argumentieren mit dem **Äußersten-Notfall-Topos**, *aktive Sterbehilfe* solle als beruhigende Absicherung „für den Notfall“ gelten, und zwar lediglich in besonderen Fällen unter stark kontrollierten Bedingungen: *Weil es in Deutschland noch keinen legalen Weg für den äußersten Notfall (Option auf aktive Sterbehilfe) gibt, sollten diesbezüglich Maßnahmen ergriffen werden, die das bestehende Rechtssystem verändern und Sterbewilligen die Angst vor einem qualvollen Sterben nehmen.*

Diskursbeleg:

Mich persönlich beruhigt es, dass ich im Notfall Hilfe in der Schweiz bekommen kann. Dort ist die Beihilfe zum Freitod („begleiteter Suizid“) nicht strafbar, sofern sie nicht aus eigennützigen Motiven geschieht. Auch ich als Deutsche könnte bislang noch diese Begleitung bekommen, allerdings nur auf Schweizer Gebiet. Dignitas dürfte mir ärztlich verordnete Medikamente überreichen, die ich dann selbst einnehmen müsste. 70% der Hilfesuchenden beruhigt die bloße Aussicht, an solche Medikamente zu kommen, so sehr, dass sie diese Hilfe nie in Anspruch nehmen. [...] So bin ich Mitglied von Dignitas geworden, um diesen „Notausgang“ zu haben. Noch mehr würde es mich aber beruhigen, wenn ich nicht erst im finalen Krebsstadium völlig geschwächt nach Zürich reisen müsste, sondern auch zuhause diese Hilfe bekäme. (JR 2/2006)

Gegner der *aktiven Sterbehilfe* missbilligen eine Handlung mit Tötungsabsicht, sie argumentieren mit dem **Normalitäts-Topos**: *Weil zum menschlichen Leben auch das Sterben gehört, sollte man das Sterben natürlich/normal geschehen lassen.*

Diskursbeleg:

Nach meiner Auffassung besteht Hilfe darin, dass man einen Menschen mit Suizidwunsch von dieser Überlegung abbringt. Nicht, dass man ihm hilft, seinen Wunsch zu vollenden. Es ist unnatürlich, dass ein Mensch sterben will. Das Normale ist, dass ein Mensch leben will. (Hop 2005)

Leiden gehört eben zum Leben dazu [...]. (JR 3/2006 LB 1)

[...] durch einen Suizid werde der natürliche Sterbeprozess abgekürzt. (JR 3/2007 LB 13)

6.3. Argumentation zu den *übergeordneten Zusammenhängen*, in denen die Handlung fungiert (PT3)

Unterschiedlichste übergeordnete Zusammenhänge lassen sich annehmen, u.a. auch die Rechtslage in Deutschland. Da es im Diskurs emotional fokussiert um ein Sterben in Würde geht, ist eine Nähe zu Menschenrechten gegeben. **Befürworter** ziehen demgemäß den **Humanitäts-Topos** heran: *Weil eine Entscheidung/Handlung oder deren Folgen mit den Menschenrechten übereinstimmen/ihnen entgegenstehen bzw. aus humanitären Überlegungen geboten/abzulehnen sind, ist die Entscheidung/Handlung zu befürworten/abzulehnen bzw. auszuführen/nicht auszuführen* (vgl. Wengeler 2003: 310).

Diskursbeleg:

Auch eine noch so liebevolle Betreuung durch Angehörige und Pflegepersonal ändert nichts am Todeswunsch mancher Schwerkranker. Einige fühlen sich in ihrem Körper gefangen, der sie seit langem nur noch quält. Andere leiden unter den vielen pflegerischen Eingriffen in ihren Intimbereich und unter der totalen Abhängigkeit von anderen Menschen. Würde ist etwas sehr Subjektives – auch der Sterbewunsch dieser Menschen muss respektiert werden. (JR 3/2006)

Vielleicht erfahre ich dann trotz aller liebevollen Begleitung so wenig Lebensqualität, erlebe mein Sterben als so qualvoll, hässlich und würdelos, dass ich nicht mehr will? (JR 2/2006)

Mit dem Gebrauch dieses Topos beziehen sich die Befürworter unspezifisch auf Grundwerte oder Menschenrechte, die für das menschliche Zusammenleben relevant sind. Im Umgang mit dem Sterben solle die Menschenwürde, die „geistig-sittliche Würde des Menschen“ (DUW 2001: 1070), als Bezugspunkt gelten. Das Lexem *Menschenwürde* ist zwar im Grundgesetz Deutschlands verankert, erlaubt jedoch aufgrund seiner lexikalisch-semanticen Vagheit, dass sowohl Befürworter als auch Gegner der *aktiven Sterbehilfe* ihre Entscheidungen mit dem Bezug auf *Menschenwürde* zu legitimieren suchen: *Würde* (mhd. *wirde*, ‚wert‘) bedeutet laut DUW (2001: 1833): „a) Achtung gebietender Wert, der einem Menschen innewohnt u. die ihm deswegen zukommende Bedeutung; b) Bewusstsein des eigenen Werts [u. dadurch bestimmte Haltung]“. Die Befürworter sehen die Menschenwürde dann nicht mehr gegeben, wenn die Lebensqualität unverhältnismäßig beeinträchtigt ist, so dass sich von daher das Verlangen nach *aktiver Sterbehilfe* legitimiere.

Die **Gegner** der *aktiven Sterbehilfe* setzen mit dem **Humanitäts-Topos** anders an, und zwar dort, wo (1) die Methoden der *aktiven Sterbehilfe* der Befürworter als inhuman stigmatisiert werden und wo (2) ihr eigenes Bestreben in der Schaffung humaner Umstände bis zum natürlichen Eintreten des Todes fokussiert wird.

Diskursbeleg:

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können. (BÄK 2004)

Es sei unmoralisch, unethisch und verwerflich, Menschen einzureden, dass sie gehen könnten. (Swien 2008)

Es wird (von der DGHS – I.P.) vermittelt, dass eine humane Möglichkeit des Suizids mit den Plastiktüten möglich ist. [...] Der Tod mit der Plastiktüte ist aber kein leichter Tod. Da steckt unheimlich viel Zynismus dahinter. (Hop 2005)

6.4. Argumentation zu den *Rollen der Interaktionspartner* in der Handlung (PT 8)

In Bezug auf die konkrete Handlung ‚Hilfe zum Sterben‘ sind die Rollen des Sterbehilfe-Empfangenden und die Rolle des Sterbehilfe-Leistenden zu unterscheiden. Bei den eingesetzten Topoi zeigt sich sehr deutlich der Kontrast. Die **Befürworter** setzen zur Bestimmung der Rolle des Sterbehilfe-Empfangenden den **Selbstbestimmungs-Topos** an: *Weil Menschen mündige Lebewesen sind, sollten sie auch über ihr Sterben selbst bestimmen.*

Diskursbeleg:

Besonders regt mich das Argument auf, Leiden gehöre zum Leben und sei eine ‚bis zuletzt zu ertragende Pflicht‘ jedes menschlichen Wesens. Wer maßt sich an, darüber zu bestimmen, was das einzelne Individuum an Leid zu ertragen hat? Nach meinem Verständnis kann das nur jeder Mensch für sich entscheiden. Und wenn er nach einem erfüllten Leben für sich zu dem Schluss kommt, dass ein Weiterleben wegen seiner Erkrankung für ihn nur noch quälend ist, dann ist das ein autonomer und in jedem Fall zu respektierender Willensakt. (JR 2/2007)

Das größte Gefühl, meiner Krankheit nicht bis zuletzt hilflos ausgeliefert zu sein, gab mir jedoch die Suche nach Mitteln und Wegen, mir durch einen (begleiteten) Suizid ein selbstbestimmtes Ende zu setzen. (JR 1/2008)

[...] welchen Schaden nimmt eine Gesellschaft, die Menschen ihr Selbstbestimmungsrecht vorenthält und sie zu einem Weiterleben gegen ihren ausdrücklichen Willen verdammt? (JR 2/2006)

Der Argumentation liegt die weltanschauliche Position zugrunde, dass Menschen aufgrund ihrer Autonomie selbst bestimmen können, ob und wann sie mit welcher Sterbehilfeform sterben möchten. Verankert ist das Recht zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper im Grundgesetz Deutschlands im Art. 1 Abs. 1 in der Garantie der Menschenwürde, im Art. 2 Abs. 1 im allgemeinen Persönlichkeitsrecht und im Art. 2 Abs. 2 im Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Das Selbstbestimmungsrecht rechtfertigt jedoch in Deutschland nicht eine gewünschte Tötungshandlung durch eine andere Person (vgl. § 216 StGB bei Tötung auf Verlangen).

Gegner der *aktiven Sterbehilfe* akzeptieren in der Rollenbestimmung des Sterbehilfe-Empfangenden u.a. eine Fremdbestimmung mit Hilfe des **Christliche-Haltung-Topos**: *Weil Gott den Menschen das Leben gegeben hat, hat auch er allein die Verfügungsgewalt über Leben und Tod.*

Diskursbeleg:

Gott hat uns das Leben als Geschenk gegeben, nur Gott darf es nehmen. (JR 3/2006 LB 5)

[...] beharren die christlichen und jüdischen Glaubensgemeinschaften – von wenigen aufgeklärten Kirchenvertretern abgesehen – nach wie vor darauf, es stünde dem einzelnen Individuum nicht zu, das von Gott gegebene Leben durch eigene Hand zu beenden. Auch der Islam droht Menschen, die sich selbst töten wollen, mit dem ‚ewigen Höllenfeuer‘. (JR 2/2007 LB 12)

Dieser Topos entspringt einer religiösen Lebenskonzeption, wonach „das Leben als ein ‚Geschenk der Liebe Gottes‘ begriffen (wird – I.P.), das dem Menschen als ‚ein Gut anvertraut‘ sei und das er ‚bewahren‘ und ‚fruchtbar‘ machen müsse. Die gezielte Herbeiführung des eigenen Todes bedeute eine unzulässige ‚Zurückweisung der Oberherrschaft Gottes und seiner liebenden Vorsehung““ (Hillebrand 2009: 129). Unter ethischen Aspekten dürften die Pflichten gegenüber Gott nicht verletzt werden, unabhängig davon, welche Sterbehilfeform gewählt würde.

Bezüglich der Rolle des **Sterbehilfe-Leistenden** argumentieren die **Befürworter** mit dem **Arzt-als-Helfer-Topos**: *Weil Ärzte als einzige Berufsgruppe die Kompetenz besitzen, sowohl Krankheiten zu heilen, Schmerzen zu lindern und Menschen bis zum Tod zu begleiten, sollten sie beim Sterben selbst ihre bisher festgelegten ethischen Pflichten erweitern.*

Diskursbeleg:

Ärzte sind nicht nur für die goldene Seite der Medizin, die Verlängerung des Lebens, verantwortlich, sondern auch für die dunkle Seite des medizinischen Fortschritts – wenn Menschen schlimme Krankheiten haben, aber einfach nicht sterben dürfen. (Min 2005)

Wenn ich wüsste, dass keine Rettung möglich ist, dann wünsche ich mir, dass es einen Arzt gibt, der meine Qualen beendet. (ML 2011)

Die Beihilfe zum Suizid gehört zwingend in den Intimraum ‚Arzt und Patient‘. (dR 2011)

Sollen Menschen jahrelang als lebende Leiche gepflegt werden und kein Bewusstsein mehr haben? Ich kann das mit dem ärztlichen Ethos nicht in Übereinstimmung bringen. (Min 2005)

Deutlich wird mit diesem Topos eine veränderte Definition des Arztberufes gefordert. Gewünscht ist, dass Ärzte sich einer schmerzfreien, sicheren und „sanften ärztlichen Tötung standesethisch“ (vgl. Hillebrand 2009: 124) nicht verweigern. Qualvolles Sterben nicht zuzulassen wird geradezu als berufsethische Forderung gesehen. Es sei des Weiteren nicht schlüssig einzusehen, dass der Ärztestand neben der gesellschaftlich akzeptierten Moral eigene Normen festsetze, wie das Verbot *Beihilfe zum Suizid* zu leisten, obgleich diese in Deutschland strafrechtlich nicht verfolgt wird. Zum Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gehöre nach Auffassung der Befürworter, dass ein Arzt das autarke Verlangen akzeptiert, dass ein Mensch „in einer Situation nachvollziehbar schwersten Leidens dem eigenen Tod den Vorzug [...] geben“ (ebd.: 125) will. Es sei außerdem anzunehmen, dass Menschen die Angst vor qualvollem Sterben genommen wird, wenn sich ihnen in Deutschland die Option der *aktiven Sterbehilfe* eröffnet. Dazu bedarf es einer Änderung der Gesetze, die das von Befürwortern *aktiver Sterbehilfe* gewünschte Verhalten von Ärzten juristisch legitimiere.

Gegner argumentieren mit ihren tradierten Standesaufgaben im **Berufsethos-Topos**: *Weil die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zur Selbsttötung nicht den Standesrichtlinien von Ärzten entsprechen, sind aktive Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung aus berufsethischen Gründen unzulässig.* Dieser Topos wird vor allem aus ärztlicher Sicht eingesetzt, um die normative Unvereinbarkeit von berufsethischen Grundsätzen und *aktiver Sterbehilfe* bzw. *Beihilfe zum Suizid* zu verdeutlichen.

Diskursbeleg:

Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. (BÄK 2011)

Es gehört nicht zum Arztberuf, den Tod herbeizuführen. Wir als Ärzte wollen den Tod zulassen, ihn aber nicht zuteilen. (Hop 2005)

Der Patient hat das Recht zu sterben. Er hat aber nicht das Recht, getötet zu werden. Schon gar nicht von Ärzten. Für mich gibt es zwischen Ihrer Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe keinen Unterschied. (Hop 2005)

6.5. Argumentation zur *Rolle der konkreten Interaktionspartner* in der Handlung (PT7)

Zu diesem PT wird lediglich von den **Befürwortern** argumentiert. Ihnen ist aus der Perspektive der Leidenden der **Miterlebens-Topos** wesentlich: *Weil ich selbst leidvolle, unwürdige Lebenszusammenhänge miterlebt habe, sollten Maßnahmen getroffen werden, die die in Frage stehenden Zusammenhänge verhindern.*

Diskursbeleg:

[...] habe ich angstvoll mit ansehen müssen, wie meine Mutter vor 6 Jahren leidvoll an ihren Brustkrebsmetastasen starb. (JR 2/2006)

Ich habe auch mit ansehen müssen, wie schlimm krebskranke jüngere Frauen, die lange mit allen Mitteln gegen ihren Krebs gekämpft hatten, in ihrer letzten Lebensphase litten – trotz Schmerzmitteln und gutem emotionalen Umfeld. (JR 2/2006)

Schließlich argumentieren Leidende mit dem **Betroffenen-Topos**: *Weil mir selbst leidvolle, unwürdige Lebenszusammenhänge drohen bzw. weil ich sie erlebe, sollten mir oder Dritten Handlungen erlaubt sein/ermöglicht werden, die mir die Angst vor den in Frage stehenden Zusammenhängen nehmen können.*

Diskursbeleg:

Mich selbst treibt die Diskussion über Sterbehilfe um, seit mein Brustkrebs vor fünfeinhalb Jahren Lungenmetastasen gebildet hat und damit nicht mehr ‚geheilt‘ werden kann. Da war ich gerade 43 und hatte noch eine statistische Lebenserwartung von knapp zwei Jahren. Direkt nach meiner Metastasen-Diagnose half mir die Suche nach Medikamenten, die mich im Notfall von unsäglichem Leid erlösen können, die tiefe Verzweiflung auszuhalten. Als ich 45 war, bescherten mir erneute Lungen- und Rippenfellmetastasen neun schlimme Monate mit Schmerzen und Luftnot, bevor ein neues Medikament sie wieder eindämmen konnte. Aber auch das wird mir nur noch im besten Fall wenige Jahre Lebenszeit gewähren, bis der Krebs weiter durch meinen Körper streut. [...] So droht mir aller Voraussicht nach ein frühzeitiges und wohl auch qualvolles Sterben – trotz aller Hilfe durch die Palliativmedizin, die ich sicher in Anspruch nehmen werde. (JR 2/2006)

6.6. Argumentation zu *typischen Folgen der Handlung* (PT 14)

Hierzu argumentieren im Belegmaterial lediglich **Gegner** mit dem **Missbrauchs-Topos**: *Weil ein Recht o.Ä. missbraucht wird, sollte das Recht geändert werden bzw. es sollten bestimmte Maßnahmen gegen den Missbrauch durchgeführt werden* (vgl. Wengeler 2003: 313).

Diskursbeleg:

Natürlich gibt es Fälle von todkranken Menschen, bei denen man Mitleid und Verständnis hat, wenn diese nicht mehr weiterleben wollen. Aber wer hier im Grundsatz nachgibt, riskiert einen Bewusstseinswandel. Wenn man ein bestimmtes Alter erreicht hat und pflegebedürftig ist, wenn man für die Gesellschaft zu teuer und für Angehörige eine Last wird, dann würde es künftig heißen: ‚Hör mal, hier gibt es doch einen Ausweg, da gibt es doch dieses Medikament.‘ Da entsteht Druck auf alte, kranke Menschen. (Hop 2005)

Dieser Topos wird von Gegnern der *aktiven Sterbehilfe* dann eingesetzt, wenn eine zu missbilligende zukünftige Realität behauptet wird, die wegen ihrer Gefahren für die Gesellschaft als Ganzes oder für einzelne soziale Gruppen nicht eintreten darf. Befürchtet wird, dass die juristische und ethische Billigung der *aktiven Sterbehilfe* „dambruchartig“ dazu führen könne, dass der Kreis derjenigen, die Sterbehilfe erhalten, gesetzeswidrig ausgeweitet wird. Es stehe zu befürchten, dass „die Hemmschwelle nicht nur zur Mitleidstötung anderer Menschen ohne Rücksicht auf deren Willen (sinkt – I.P.), sondern auch – möglicherweise mit der Zeit noch durch eine Art ‚Werther-Effekt‘ verstärkt – zu einer Senkung der Hemmschwelle zu einer Preisgabe des eigenen Lebens verführe“ (Hillebrand 2009: 121). Mit der Option der *aktiven Sterbehilfe* entstünde gleichzeitig Druck auf verschiedenste soziale Gruppen, nicht nur auf Todkranke und Alte. Zur Stützung des Missbrauchs-Topos wird häufig der Vergleichs-Topos, ebenfalls mit einer behaupteten Realität, angeführt:

Diskursbeleg:

Dann sehen Sie mal nach Holland, wo die Sterbehilfe sehr liberal gehandhabt wird. Dort tragen mittlerweile alte Menschen Plastikkarten mit sich, auf denen steht, dass sie nicht getötet werden wollen, wenn sie nicht mehr geschäftsfähig sind. Andere ziehen in deutsche Pflegeheime, weil sie Angst haben, in ihrer Heimat getötet zu werden. (Hop 2005)

Die Gegner sehen im Falle einer Legalisierung der *aktiven Sterbehilfe* in Deutschland das Risiko eines Bewusstseinswandels und der Verletzung von Grundrechten.

7. Fazit

1. Zur Untersuchung von Kontrastivität in einem einsprachigen Diskurs bietet sich als umfassendes Analysemodell das Frame-Konzept an, woran sich der Topoi-Ansatz anschließen lässt. Dieser ist für die Analyse des Sterbehilfekurses in der öffentlichen Kommunikation als methodisches Instrument besonders deshalb geeignet, weil damit „gerade die *nur* plausiblen, überzeugungskräftigen, aber nicht unbedingt logisch *wahren* Argumente aufgefunden und beschrieben werden, mit denen in öffentlich-politischen Debatten Meinungen, Beschlüsse, Handlungen explizit begründet, konversationell impliziert oder auch insinuiert werden. Und diese wiederum geben Aufschluss über die üblichen und verbreiteten Denkweisen, das *kollektive Wissen* bezüglich eines Themenfeldes, das mit *Wahrheit* oder *Logik* nichts zu tun haben muss“ (Wengeler 2007: 167). Die Überzeugungskraft in der Argumentation beruht darauf, dass den Diskursteilnehmern alltagslogische Denkmuster und alltagslogisches Wissen aus eigenen Erfahrungen vertraut sind.
2. Der Sterbehilfediskurs ist in seiner Pro-vs.-Contra-Argumentation bislang unentschieden, z.T. verhärtet, da offensichtlich keines der Argumente zu einer konstruktiven Lösung beitragen kann. Der Humanitäts-Topos mit seinem Bezug auf die *Menschenwürde* wird von beiden Seiten kontrastiv geframed, so dass auch er nicht konsensherstellend sein kann. Dem Selbstbestimmungs-Topos kann wahrscheinlich das größte Gewicht beigemessen werden, da *Selbstbestimmung* „exakt den Wertvorstellungen der meisten modernen technisierten Zivilisationen (entspricht – I.P.), in denen religiöse Kriterien kaum noch eine Rolle spielen. Vertrauen in Gott oder gar in ein unabwendbares Schicksal, das zu erdulden uns auferlegt sei, passt nicht in unser Weltbild von absoluter Selbstbestimmung und Machbarkeit“ (Weißgerber 2007: 85).
3. Mit dieser Untersuchung können lediglich linguistische Erkenntnisse zum kontrastiv geführten aktuellen Sterbehilfediskurs gewonnen werden. Begrenzt ist die Aussagekraft über die Qualität der Argumente, über die Güte der Argumentationsführung und über die erzielten Wirkungen bei den Diskursteilnehmern.

Materialquellen

Pro (*aktive*) Sterbehilfe

- dR 2011 = de Ridder, Michael (Arzt). In: *Humanes Leben – Humanes Sterben* 4/2011, S. 18.
- JR = Redmann, Jutta (Journalistin): Ich möchte über mein Sterben selbst bestimmen. Teil 3: Sterbehilfe aus Sicht einer unheilbar Krebskranken. In: *Zeitschrift der DGHS „Humanes Leben – Humanes Sterben“* 2/2006. Aufsätze in: 4/2005; 1/2006; 3/2006; 4/2006; 2/2007; 3/2007; 1/2009; 2/2009; 3/2009.
- Min 2005 = Sterbehilfe: Wann darf man sterben? – Ein Streitgespräch zwischen Ludwig A. Minelli (Jurist, gründete 1998 in Zürich die Sterbehilfeorganisation „Dignitas“) und Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe (Arzt, von 1999 – 2010 Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages). In: *Stern*, Ausgabe 14/2005.
- ML 2011 = Lesch, Michael (Schauspieler). In: *Humanes Leben – Humanes Sterben* 4/2011, S. 18.
- MW 2011 = Walser, Martin (Schriftsteller): Ich wollte endlich ins Helle. In: *Stern*, Ausgabe 28/2011, S. 104–110.

Contra (*aktive*) Sterbehilfe

- BÄK 2004 = Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Bekanntmachungen der Bundesärztekammer. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 19, 07.05.2004.
- BÄK 2011 = Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Bekanntmachungen der Bundesärztekammer. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 7, 18.02.2011.
- Hop 2005 = Sterbehilfe: Wann darf man sterben? (Literaturangabe wie Min 2005).
- LB = Leserbrief (+ Nr. in der Datenbank).
- Swien 2008 = Swientek, Gabriele (Kriminologin). In: Eppelsheim, Philipp: *Sterbehilfe: Der Tod in der Tüte*. In: *Frankfurter Allgemeine*, 05.08.2008. FAZ.NET. <http://www.faz.net/-00m49d> (Abruf: Juni 2011.)

Literatur

- Allensbach 2010 = Institut für Demoskopie Allensbach: *Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten*. Juli 2010. (Abruf: August 2011.)
- Aristoteles (2004 Ü): *Topik*. Übersetzt und kommentiert von Tim Wagner und Christof Rapp. Stuttgart.
- Birnbacher, Dieter (1998): *Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe?* In: Illhardt, Franz Josef/ Heiss, Hermann Wolfgang/ Dornberg, Martin (Hrsg.): *Sterbehilfe. Handeln oder Unterlassen?* Stuttgart/New York, S. 125–151.
- Böke, Karin/ Jung, Mattias/ Wengeler, Martin (1996): *Öffentlicher Sprachgebrauch*. Opladen.
- Bornscheuer, Lothar (1976): *Topik. Zur Struktur der gesellschaftlichen Einbildungskraft*. Frankfurt am Main.
- Busse, Dietrich (2008): *Diskurslinguistik als Epistemologie – Das verstehensrelevante Wissen als Gegenstand linguistischer Forschung*. In: Warnke, Ingo H./ Spitzmüller, Jürgen (Hrsg.): *Methoden der Diskurslinguistik*. Berlin/New York, S. 57–87.

- Bußmann, Hadumod (2002): Lexikon der Sprachwissenschaft. Stuttgart.
- DRZE 2010 = Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften: Sterbehilfe. Einführung und grundlegende begriffliche Unterscheidungen. Stand: August 2010. <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe>. (Abruf: Februar 2011.)
- DUW 2001 = Dudenredaktion (Hrsg.) (2001): Deutsches Universalwörterbuch. Mannheim u.a.
- Fraas, Claudia (2011): Frames – ein qualitativer Zugang zur Analyse von Sinnstrukturen in der Online-Kommunikation. In: Job, Barbara/ Mehler, Alexander/ Sutter, Tilman (Hrsg.): Die Dynamik sozialer und sprachlicher Netzwerke. Wiesbaden (i.Dr.).
- Gesetzestexte aus: www.gesetze-im-Internet.de juris-Datenbank des Bundesministeriums der Justiz. (Abruf: September 2011.)
- Grimm, Carlo (2009): Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe. In: Grimm, Carlo/ Hillebrand, Ingo: Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte. Freiburg/München, S. 13–84.
- Grimm, Carlo/ Hillebrand, Ingo (2009): Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte. Freiburg/München.
- Hillebrand, Ingo (2009): Ethische Aspekte der Sterbehilfe. In: Grimm, Carlo/ Hillebrand, Ingo: Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte. Freiburg/München, S. 85–167.
- Hochgrebe, P. G. Winfried (2005): Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland? Norderstedt.
- Kienpointner, Manfred (1992): Alltagslogik. Struktur und Funktion von Argumentationsmustern. Stuttgart/Bad Cannstatt.
- Konerding, Klaus-Peter (1993): Frames und lexikalisches Bedeutungswissen. Tübingen.
- Konerding, Klaus-Peter (2007): Themen, Rahmen und Diskurse – Zur linguistischen Fundierung des Diskursbegriffes. In: Warnke, Ingo H. (Hrsg.): Diskurslinguistik nach Foucault. Berlin/New York, S. 107–139.
- Konerding, Klaus-Peter (2008): Diskurse, Topik, Deutungsmuster – Zur Komplementarität, Konvergenz und Explikation sprach-, kultur- und sozialwissenschaftlicher Zugänge zur Diskursanalyse auf der Grundlage kollektiven Wissens. In: Warnke, Ingo H./ Spitzmüller, Jürgen (Hrsg.): Methoden der Diskurslinguistik. Berlin/New York, S. 117–150.
- Nationaler Ethikrat (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. Berlin.
- Pohl, Inge (2012): Emotionen im Widerstreit – öffentlicher Diskurs zur Sterbehilfe. In: Pohl, Inge/ Ehrhardt, Horst (Hrsg.): Sprache und Emotion in öffentlicher Kommunikation. Frankfurt am Main u.a., S. 255–286.
- Scharloth, Joachim (2005): Die Semantik der Kulturen. Diskurssemantische Grundfiguren als Kategorien einer linguistischen Kulturanalyse. In: Busse, Dietrich/ Niehr, Thomas/ Wengeler, Martin (Hrsg.): Brisante Semantik. Tübingen, S. 119–135.
- Schwarz-Friesel, Monika (2007): Sprache und Emotion. Tübingen
- Simon, Alfred (2007): Sterbehilfe in Deutschland. In: Göring-Eckardt, Katrin (Hrsg.): Würdig leben bis zuletzt. Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung – Eine Streitschrift. Gütersloh, S. 19–33.
- Verrel, Torsten (2006): Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung. Gutachten C zum 66. Deutschen Juristentag. Stuttgart.
- Wagner, Tim/ Rapp, Christof (2004 Ü): Einleitung – Anmerkungen. In: Aristoteles: Topik. Stuttgart, S. 7–42; S. 268–367.
- Warnke, Ingo H./ Spitzmüller, Jürgen (2008a): Methoden der Diskurslinguistik. Berlin/New York.
- Warnke, Ingo H./ Spitzmüller, Jürgen (2008b): Methoden und Methodologie der Diskurslinguistik – Grundlagen und Verfahren einer Sprachwissenschaft jenseits textueller Grenzen. In: Warnke, Ingo H./ Spitzmüller, Jürgen (Hrsg.): Methoden der Diskurslinguistik. Berlin/New York, S. 3–54.

- Weißgerber, Inge (2007): Kernpunkte der Stellungnahme des Nationalen Ethikrats zum Thema Sterbebegleitung. In: Göring-Eckardt, Katrin (Hrsg.): *Würdig leben bis zuletzt. Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung – Eine Streitschrift*. Gütersloh, S. 71–85.
- Wengeler, Martin (2003): *Topos und Diskurs. Begründung einer argumentations-analytischen Methode und ihre Anwendung auf den Migrationsdiskurs (1960-1985)*. Tübingen.
- Wengeler, Martin (2007): *Topos und Diskurs – Möglichkeiten und Grenzen der topologischen Analyse gesellschaftlicher Debatten*. In: Warnke, Ingo H. (Hrsg.): *Diskurslinguistik nach Foucault*. Berlin/New York, S. 165–186.
- Wengeler, Martin (2008): „Ausländer dürfen nicht Sündenböcke sein“ – Diskurslinguistische Methodik, präsentiert am Beispiel zweier Zeitungstexte. In: Warnke, Ingo H./ Spitzmüller, Jürgen (Hrsg.): *Methoden der Diskurslinguistik*. Berlin/New York, S. 207–236.

Prof. Dr. Inge Pohl
Universität Koblenz-Landau
Sprach- und Literaturwissenschaften
Im Fort 7
76829 Landau
E-Mail: i-j.pohl@t-online.de