

2 Einführung in die Suizidthematik

Bevor die Suizidbeihilfe näher beleuchtet wird, sollte der Suizid an sich eingegrenzt werden. Die Suizidthematik stellt dabei keineswegs einen neuen Gegenstand dar. In langer gesellschaftlicher, vor allem philosophischer Tradition wird der Suizid moralisch aufgeschlüsselt und bewertet. Je nach historischem und kulturellem Kontext greifen andere Normvorstellungen und Verhaltenserwartungen, die den gesellschaftlichen Umgang mit Suiziden beeinflussen. Diese Arbeit soll mit der These beginnen, dass Suizide zunehmend als Risiko und nicht mehr als Gefahr bewertet werden, wodurch sich neue Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten ergeben.

2.1 Der Suizid als Risiko

Luhmann definiert Risiken als die Zurechnung negativer Folgen auf Entscheidungen. Sie resultieren aus „rationale[r] Selbstregulierung“ (Luhmann 1991: 112) und Eigenverantwortung. Gefahren hingegen sind nicht dadurch definiert, dass sie Entscheidungen zugerechnet werden, sondern durch externe Schuldzuschreibung. Beide Begriffe sind Resultat einer positionsabhängigen Beobachtung und voneinander abzugrenzen, da sie mit je anderen Voraussetzungen und Anschlüssen verbunden sind. Ein Gegenstand wie hier der Suizid kann aus verschiedenen Positionen beobachtet werden. Beobachter können ihn nur beobachten, erkennen allerdings nicht, *wie* und anhand welcher Unterscheidungen sie dies tun. Die Paradoxie lässt sich mittels der starken Differenz zwischen Entscheidenden und Betroffenen erklären, die divergierende Perspektiven auf dieselbe Ent-

scheidung entwickeln, welche die verschiedenen Beobachtungspositionen erst ermöglicht (vgl. ebd.: 114ff.): „Alle Entscheidungen sind bei entsprechend entwickelter Zurechnungsempfindlichkeit riskant. Aber das Risiko des einen ist eine Gefahr für den anderen“ (ebd.: 119). In diesem Kontext ist der Suizid je nach Standpunkt entweder ein Risiko oder eine Gefahr.

Der Umgang der Gesellschaft mit Gefahren ist von historischen Kontexten abhängig. Gegenwärtig lassen sie sich nicht mehr durch ethische Verhaltensweisen, religiöse Praktiken oder staatliche Instanzen vorbeugen (vgl. ebd.: 111f). Abgesehen von normativen Beeinflussungen gibt es in westlichen Gesellschaften kein rechtliches Verbot, sich das Leben zu nehmen. In der Moderne überwiegt vielmehr die Risikofokussierung. Wurde der Suizid lange als schwer zu beeinflussende, größtenteils plötzlich auftretende Gefahr wahrgenommen, so ändert sich dies mit Erstarren der modernen Medizin. Suizide werden erforscht, phänomenologisch beschrieben und statistisch abgebildet. Aufgrund der psychologischen und gesellschaftlichen Begründung von Suizidrisiken erhöhen sich die Ansprüche an ein vorsorgendes, medizinisches System, das Hilfeleistungen organisiert und Risiken minimiert (vgl. ebd.: 113). Auch Suizidalität lässt sich in klinischen Settings diagnostizieren und organisieren, sodass laufende Entscheidungen bezüglich des Krankheitsverlaufes getroffen werden. Der Entschluss suizidgefährdeter Patient*innen, medizinische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, ist Ausgangspunkt für eine risiko- und folgenbehaftete Entscheidungskette im medizinischen System, wobei die zwangsläufig risikobehaftete Zukunft den Entscheidungsdruck verschärft (vgl. ebd.: 120ff.).

Luhmann geht davon aus, dass die Überthematisierung von Entscheidungen mit deren Risiken die Entwicklung des Gesellschaftssystems beeinflusst und in einem zirkulären Mechanismus mündet. Folgen werden zum Risiko der Entscheidung und Risiken zur Folge von Entscheidungen. Anders formuliert: Entscheiden ist einerseits selbst risikobehaftet, andererseits sorgt es für Risiken (vgl. ebd.: 128ff.). Doch es gibt keine alternativen Handlungsoptionen: „Das Risiko ist die Gefahr. Das Unterschiedene ist dasselbe. Die Unterscheidung lässt keine Operationen auf der einen oder der anderen Seite zu. Sie lässt sich nur als Paradoxie, nur als Einheit des Unterschiedenen beobachten“ (ebd.: 131). Deshalb ver-

bleibt der zwingende Weg der Organisationsförmigkeit, also der laufenden Entscheidungsfindungen. Der Wille und Wunsch, besser zu entscheiden, ist existent, kann aber nicht wegorganisiert werden. Die Vorstellung, tatsächlich etwas zu verbessern, ist naiv.

Letztlich ist auch die Kommunikation kein Heilmittel zur Entfaltung der Paradoxie, da kommunikative Rahmenbedingungen sozial vorstrukturiert sind, Autoritäten Dominanz beanspruchen und Wissensvorräte spezifisch verortet sind (vgl. ebd.: 126f.). Mediziner*innen sind gewissermaßen Expert*innen für Suizide und deren therapeutische Prävention. Im Rahmen klinischer Institutionen beraten sie Patient*innen zu potentiellen Behandlungskonzepten und den jeweils besten Interventionsmöglichkeiten. Im Folgenden soll daher ein Blick auf die medizinische Deutungsmacht hinsichtlich der Suizidthematik geworfen werden, um nachzuvollziehen, welche unterschiedlichen Perspektiven in medizinisch-institutionellen Settings aufeinandertreffen und unter welchen Umständen Entscheidungen getroffen werden müssen, um Suizidalität zu organisieren.

2.2 Organisation von Sterbeprozessen und Suizidalität

Die Fortschritte der modernen Medizin ermöglichen eine Vermessung jeder Faser unseres Körpers und jeder Phase unseres Lebens. Symptome werden immer genauer identifiziert und bearbeitet, sodass scheinbar alle Lebensaspekte und Verhaltensweisen als Gesundheitsrisiken berechenbar und durch probabilistische Werte prognostizier- und kontrollierbar sind (vgl. Samerski/Henkel 2015: 86ff.). Aus diesem Grund sind Suizide vor allem für das medizinische System anschlussfähig. Aufgrund des hohen Anspruchs, das Leben zu erhalten und Krankheiten zu heilen, stellen Suizide zunächst ein Problem für die medizinische Profession dar. Dieses Problem wird in institutionellen Settings bearbeitet und organisiert. Selbst wenn es im Endeffekt nicht lösbar ist, können suizidale Gedanken erkannt und behandelt werden. Wie erwähnt wird der Suizid zum Risiko, das ausgelotet und bewertet wird. Daraufhin folgen Interventions- und Präventionsmaßnahmen, die sich im Zuge des wissenschaftlichen und

medizinischen Fortschritts ausdifferenzieren. Beobachten lassen sich nur suizidale Patient*innen, die sich bereits im medizinischen System befinden, also ärztlich behandelt werden oder deren Suizidwünsche „zufällig“ aufgrund einer Parallelerkrankung diagnostiziert werden. Daher können die folgenden Ausführungen nicht auf unerkannte Suizidalität eingehen. Aus soziologischer Perspektive ist dies kein Anlass zur Enttäuschung, sondern vielmehr ein Zeichen für die eigene fachspezifische Standortgebundenheit von Beobachtungen inmitten einer offensichtlich unüberschaubaren, aber äußerst spannenden gesellschaftlichen Komplexitätslage.

Im spezifischen Kontext medizinisch-institutioneller Settings erfordern die zunehmenden Anschlussoptionen an Suizidalität eine Reihe von Entscheidungen: Welche Therapien werden ergriffen? Finden sie ambulant oder stationär statt? Welche langfristigen Betreuungen schließen sich an? usw. Suizidbeihilfe ist schließlich eine Möglichkeit im Rahmen medizinischer Begleitung, für oder gegen die sich nicht nur Patient*innen, sondern auch Mediziner*innen entscheiden müssen.

2.2.1 Perspektivendifferenzen und Autoritäten in medizinisch-institutionellen Settings

Zunächst sollte der hohe Stellenwert der Palliativmedizin hervorgehoben werden, da speziell sie sich mit dem Sterben und dem Tod befasst. Ihre Ausdifferenzierung innerhalb des medizinischen Systems erfolgte erst in den letzten Jahrzehnten, sodass ihr genauer Tätigkeits- und Zuständigkeitsbereich nicht eindeutig festzulegen ist; dies gilt insbesondere für die Suizidbeihilfe. Aus diesem Grund und auch im Kontext der lebensbejahenden und -erhaltenden Medizin liegt der Fokus gerade bei schwerkranken Patient*innen mit Suizidwünschen häufig auf einer Sterbebegleitung, die sich auf Schmerz- und Symptomkontrolle spezialisiert hat. Ob und wie die Beihilfe zum Suizid thematisiert und durchgeführt wird, ist daher (noch) umstritten. Die palliative Ausdifferenzierung orientiert sich an einem bestimmten gesellschaftlichen Sterbeideal und spiegelt den Umgang mit Patient*innen in lebensbedrohlichen Stadien wider. Daher lässt sich die Suizidthematik anschaulich in die Entscheidungskontexte und Perspektivendifferenzen zwischen Betroffenen und Mediziner*in-

nen im klinischen Umfeld einordnen. Genau wie Sterbeprozesse können auch suizidale Phasen organisiert werden.

Im Rahmen des Diskurses um das „gute Sterben“ bildete sich über die Zeit ein reflexives Sterbeideal heraus, das sich im sozialen Kontext der westlichen Welt strukturierte. Die sozial akzeptierte ideologische Norm- oder Idealvorstellung, in der Sterberolle den eigenen Tod zu reflektieren und ihn friedlich und würdevoll hinzunehmen, wird aktiv gefördert: „So bringt das Anliegen der Palliative Care, die Lebensqualität zu verbessern, als normative Kehrseite die Erwartungshaltung mit sich, der Kranke möge sich zu einer höheren Lebensqualität verhelfen lassen“ (Streeck 2016: 143). Das Idealbild eines modernen, geplanten Todes beherrscht den Diskurs des „guten Sterbens“: „Obschon der Tod unüberwindliche Grenze bleibt, macht es ihn partiell beherrschbar, wenn klar umrissen ist, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit er zu einem guten wird“ (ebd.: 145). Mit dem Wissen, nur in der Akzeptanz des eigenen Todes bestmöglich in organisierter palliativer Begleitung sterben zu können, werden Patient*innen, Angehörige sowie das Pflegepersonal zu Subjekten mit expliziten Verhaltenserwartungen und Einstellungen, die in einem disziplinierenden Netz verwoben sind (vgl. Zimmermann 2012: 220ff.).

Hier machen sich die autoritäre Stellung und die kulturelle Deutungsmacht des medizinischen Systems bemerkbar. Patient*innen sind stark von medizinischen Institutionen abhängig, sodass wenig Spielraum bleibt, nicht mit ihnen in Kontakt zu kommen. Nicht nur der Sterbeprozess kann durch seine Einbettung in institutionelle, professionalisierte und bürokratisierte Strukturen als verbesserungswürdiges Phänomen instrumentalisiert werden (vgl. Streeck 2016: 146). Auch Suizide sind enorm anfällig für medizinische Interventionen. Betroffenen wird nahegelegt, ihre Suizidalität als Risiko hinzunehmen, worauf sie Entscheidungen hinsichtlich des weiteren Vorgehens treffen müssen. Werden eine langfristige Therapie und psychologische Behandlung der suizidalen Gedanken bevorzugt oder wird Sterbehilfe in verschiedenen Variationen in Betracht gezogen? Auch das medizinische Personal ist stark eingebunden und steht vor der Herausforderung, Entscheidungen unter organisationalen Rahmenbedingungen treffen zu müssen. Rechtliche Bedingungen spielen eine zusätzliche Rolle. Da das Verbot zur Suizidbeihilfe in Deutschland durch das

Bundesverfassungsgericht außer Kraft gesetzt wurde, stehen unter anderem Neuverhandlungen im Bereich der palliativen Pflege an. Beschäftigte im Gesundheitssystem sind dazu aufgerufen, sich mit der Suizidbeihilfe auseinanderzusetzen und ihre eigene Praxis anzupassen, was durchaus für Spannungen sorgen kann (Gerson et al. 2021: 3536f.). Einerseits lassen sich Palliativpflege und Suizidbeihilfe aufgrund entgegengesetzter Ziele nicht vereinbaren, andererseits sind sie integrierbar und kooperieren vor dem Hintergrund einer einheitlichen Philosophie, Sterbende zu begleiten und Schmerzen zu lindern. Ärzt*innen und Pflegepersonal stehen demzufolge stets vor der Herausforderung, unter gesetzlichen, medizinischen und institutionellen Restriktionen Entscheidungen zu treffen und diese den Patient*innen anzubieten und zu erklären (vgl. Seale 2010: 681).

Betroffenenperspektiven und -anliegen stimmen allerdings nicht immer mit denen der medizinischen Expert*innen überein und können von ihnen abweichen, was die inkongruenten Risiko- und Gefahrenperspektiven verdeutlicht (vgl. Zimmermann 2012: 219). Während aus medizinischer Sicht stationäre Psychotherapien betont werden, bevorzugen Suizident*innen möglicherweise andere Behandlungsmethoden oder wünschen sich, dass ihre Suizidwünsche akzeptiert und respektiert werden, mit der darauffolgenden Bitte um Suizidbeihilfe. Je nach eigener Überzeugung und institutioneller Möglichkeiten kann an die patientenspezifischen Wünsche angeschlossen werden. Trotz neoliberaler Werte wie Autonomie, Freiheit und Selbstbestimmung unterliegen individuelle Sterbe- oder Therapieverläufe einer paradoxen Kontrolle, da sie eingeschränkt und an normative und fachspezifische Expertenvorstellungen gebunden sind. Eigentlich autonome, individuelle Akteure treffen Entscheidungen im Rahmen begrenzter und sanktionierter Handlungsmöglichkeiten. Ihre Macht innerhalb eines kontrollierenden und disziplinierenden Diskurses ist illusorisch (vgl. Cottrill/Duggleby 2016: 709f.).

2.2.2 Entscheidungszumutungen und individuelle Responsibilisierung

Unter dem Deckmantel von Organisationen tauchen bei Sterbeprozessen, ebenso wie bei suizidalen Gedanken, Erwartungen im Kontext der medizinischen Versorgung auf. Sobald Patient*innen ihren eigenen Tod

oder ihre Suizidalität als Risiko einstufen, rutschen sie in die Rolle einer sterbenden oder suizidwilligen Person. Unabhängig von persönlichen Vorlieben oder Bedürfnissen und trotz individueller Handlungsomnischmacht beziehungsweise sozial vorstrukturierter Entscheidungsstrukturen werden jedoch eigenverantwortliche Entschlüsse von den Betroffenen erwartet. Aufgrund ihrer institutionellen Einbettung werden sie über alle Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt. Eine zentrale Funktion des Informierens ist die Verantwortungsverlagerung auf die Betroffenen. Je mehr sie über bestimmte Behandlungs- oder Pflegeoptionen wissen, desto eher können sie für die folgenden Entscheidungen und die bewusste Inkaufnahme möglicher unerwünschter Nebenfolgen in die Verantwortung genommen werden. Nicht nur für Sterbende, sondern auch für Suizident*innen kann beobachtet werden, „dass die in der Gesellschaft um sich greifende Adressierung von Handelnden als risikoinformierte Entscheider Individuen für Ungewisses und Kontingentes (mit)verantwortlich macht“ (Samerski/Henkel 2015: 85).

Die Diagnose suizidaler Gedanken bietet eine ideale Grundlage, um Patient*innen vor eine Auswahl an medizinischen Verfahren zu stellen. Sobald sie sich für eine bestimmte Behandlungsmethode, für oder gegen Suizidbeihilfe oder eine spezielle Einrichtung entscheiden, liegt es an ihnen, selbst die positiven und negativen Folgen zu tragen, da sie als Verantwortliche identifiziert werden können. Die individuelle Responsibilisierung für Entscheidungen sowie für deren zuvor (nicht) antizipierbare Risiken verweist einerseits auf potentiell autonomere Subjekte, andererseits auf die gesellschaftliche Risikobewältigung (vgl. ebd.: 86). Die individuelle Entscheidungsmacht hat demnach zwar Emanzipationscharakter, ist jedoch nur Nebeneffekt der Verlagerung von Verantwortung für negativ konnotierte Risiken. Die zunehmend informierten Individuen stehen vor neuen Entscheidungsgrundlagen und -rationalitäten und sind gezwungen, sich auf statistisch vorkalkulierte Risiken zu verlassen, diese unausweichlich abzuwägen und letztlich die Verantwortung für sie zu übernehmen: „Trotz oder sogar aufgrund der Zunahme an Wissen und Optionen vergrößert sich die persönliche Ungewissheit“ (ebd.: 106), da eigentlich nicht allein entscheid- und verantwortbare Situationen individuell bearbeitet und ertragen werden müssen (vgl. ebd.: 107). Schließlich

geht die Rolle von Suizident*innen stets mit der Erwartung einher, alles Mögliche zu tun, um das Beste aus der kritischen Lebensphase zu machen. Informationsgespräche, Risikokalkulationen und Entscheidungsfindungen sind keine Option, sondern Teil der individuellen Responsibilisierung für ein „gutes“ Weiterleben oder Sterben.¹

Die thematische Hinführung soll eine Grundlage für die folgenden Ausführungen bilden und speziell auf die medizinischen Vorträge im Ethikrat vorbereiten. Es wird sich zeigen, welche Zusammenhänge schließlich im Datenmaterial auftauchen. Bevor im Ergebnisteil die Beobachtungsvielfalt im Kontext der Suizidthematik entfaltet wird, ist es unerlässlich, einen Blick auf die theoretische und methodische Fundierung dieser Arbeit zu werfen. Somit befassen sich die nächsten beiden Kapitel mit der Explikation des zugrundeliegenden Gesellschaftsverständnisses sowie des qualitativen Vorgehens.

1 In Teilen orientiert sich das einleitende Kapitel an einer Arbeit zum Thema organisierter Sterbeprozesse und individueller Responsibilisierungen. Sie wurde im Rahmen eines MA-Seminars verfasst und begründet zugleich das besondere Erkenntnisinteresse am Thema der Sterbe- beziehungsweise Suizidbeihilfe.