

5 Perspektiven im Ethikrat auf Suizid und Suizidbeihilfe

Suizide und Suizidbeihilfe können aus verschiedenen Beobachtungspositionen kommunikativ aufgegriffen und bewertet werden. Hinsichtlich systemtheoretischer Überlegungen sind oft die banalsten Unterscheidungen charakteristisch für die jeweilige perspektivische Herangehensweise an den Gegenstand. Systeme sind aufgrund ihrer Doppelkodierung dazu in der Lage, Argumente gegenseitig zu konstituieren; ein Fall kann nur wahr sein, wenn er auch unwahr, oder nur recht, wenn er auch unrecht sein könnte. Die Optionen ermöglichen sich somit gegenseitig und sind Teil der systemspezifischen Operationen. Aufgrund der hohen Aussagekraft von scheinbaren Subtilitäten werden daher im Folgenden die drei entscheidenden Perspektiven auf Suizide und Suizidbeihilfe im Deutschen Ethikrat aufgezeigt und gewissermaßen karikierend dargestellt, um divergierende Ansatzpunkte zu verdeutlichen. Zuvor wird ein Blick auf den spezifischen Ort und seine Funktionen geworfen, an dem sich die Sprecherpositionen treffen. Zu diesem Zweck beziehe ich mich auf die Analysen von Barth, Nassehi und Saake und spiegle diese an konkreten Formulierungen aus den entsprechenden Tagungen des Ethikrats.

5.1 Charakterisierung und Funktion des Deutschen Ethikrats

Im Zuge sich ausdifferenzierender Gesellschaften steigen die Ansprüche, auftretende Probleme in gemeinschaftlicher und partizipativer Diskussion zu lösen. Dennoch gibt es wenige Orte, an denen Perspektivendif-

ferenzen gezielt aufeinandertreffen (vgl. Barth/Nassehi/Saake 2020: 275). Insofern leisten sich einige westliche Regierungsformen einen Ethikrat (ER), der es sich als besondere kommunikative Ordnungsform zur Aufgabe macht, die perspektivische Vielfalt verfahrensmäßig hervorzubringen und zu beruhigen. Probleme werden demnach zugleich konstruiert und zu lösen versucht (vgl. ebd.: 277). Im Vergleich zur Politik handelt es sich um eine eigenlogische Institution mit bestimmtem Bezugsrahmen. Ihre spezielle Verfahrensform dient der Konfliktmilderung, sodass Entscheidungsfindungen zwar möglich, aber nicht mit der formalen Organisation oder inhaltlichen Diskussion verknüpft sind. Das eigentliche Ziel ist vielmehr die Offenlegung eines differenzierten Themenkomplexes auf der Basis gleichberechtigter, strukturierter Kommunikation (vgl. ebd.: 280ff.).

Jedes zeit- und ortsspezifisch organisiertes Verfahren befolgt eine „feste Dramaturgie“ (ebd.: 281), die äquivalente Redebeiträge vorsieht (vgl. ebd.: 282). Dabei richten sich alle Mitglieder nach einer internen Geschäftsordnung und müssen beispielsweise zu Beginn jeder Sitzung der entsprechenden Tagesordnung zustimmen (vgl. PS: 2f.). Grundsätzlich verfügt der ER über eigene Experten (vgl. RS: 2) oder sucht nach „hochkompetenten Referentinnen und Referenten“ (PS: 3), die bestimmte Funktionslogiken repräsentieren (vgl. Barth/Nassehi/Saake 2020: 283) und mit fachlich ausgereiftem Wissen (vgl. PS: 56) den Sachkomplex auf einen funktionalen Bereich reduzieren (vgl. Barth/Nassehi/Saake 2020: 283). In den offenen Gesprächen auf Augenhöhe (vgl. PS: 57; RS: 55) geht es um die „Arbeit an den Perspektiven“ (Barth/Nassehi/Saake 2020: 283), die nebeneinander präsentiert und spezifiziert werden und an die im Zeitverlauf immer wieder angeschlossen wird (vgl. ebd.: 283). In einem spielenden „Nebeneinander im Miteinander“ (ebd.: 287) laufen Verhandlung zwischen unvergleichbaren, unvereinbaren und eigens inszenierten Positionen.

Ohne den Anspruch zu erheben, politische Lager zu spiegeln, ermöglicht die Mobilisierung parallel legitimer Perspektivität eine differenzierte und fachliche Aufschlüsselung von Sachlagen (vgl. ebd.: 288ff.): „Gerade weil der Ethikrat keine politischen Kapazitäten zur Herstellung bindender Entscheidungen hat, offenbart sich in seiner (schwachen) Verfahrensform seine latente Funktion“ (ebd.: 290). Sein Potential liegt in der gezielten Suche nach Komplexität und in der Offenlegung von „Spannungsfelder[n]“

(RS: 55): „Wir als Ethikrat gehen natürlich in die Bereiche, die besonders herausfordernd sind“ (PS: 2) und „durften heute das Privileg der produktiven Kontroverse hier erleben“ (RS: 55). Es sollte angemerkt werden, dass die zentrale ethische Perspektive die stabilisierten Expertenmeinungen ausgleicht, indem sie sich selbst auf eine Ebene mit allen anderen stellt (vgl. Barth/Nassehi/Saake 2020: 291f.). Aufgrund dessen liegt die Kompetenz des ER unter anderem darin, „als verfahrensgebundene, sich in Organisationen realisierende Form ethischer Expertenkommunikation“ (ebd.: 292) mit Komplexität zu rechnen und ohne Entscheidungsdruck „eine Art der Institutionalisierung von Dauerreflexion“ (ebd.: 292) zu betreiben.

Um die spezielle Handlungslogik des ER nachzuvollziehen, lohnt sich ein Blick auf die ethischen Debatten um Suizide und Suizidbeihilfe. Suizide sind seit jeher gesellschaftlich kontrovers. Im letzten Jahrzehnt führten sie nicht nur zu zwei Ad-hoc-Empfehlungen im Jahr 2014 und 2017, sondern auch zu zwei öffentlichen Sitzungen im Jahr 2020 aufgrund des im selben Jahr für verfassungswidrig erklärten § 217 Strafgesetzbuch hinsichtlich des strafrechtlichen Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (vgl. PS: 2f.; RS: 2, 55). Angesichts dessen wurde in den Tagungen des ER die Perspektivenvielfalt der differenzierten Beobachtungen und Betroffenheiten offengelegt und eine breit gefächerte Diskussion ermöglicht (vgl. RS: 2, 55). Ziel der ausführlichen Thematisierung war die Entlastung des suizidalen Gegenstandes (vgl. PS: 57) und die Anregung ethischer Debatten in der Gesellschaft (vgl. PS: 58; RS: 2, 55). Dies gelang unter anderem durch den Einbezug der Öffentlichkeit mithilfe eines parallellaufenden Online-Chats (vgl. PS: 2f., 57; RS: 2f.). Dabei zeigten die Mitglieder zum einen ihr Interesse an Feedback und Kritik an der philosophischen und theoretischen Gesprächsform (vgl. RS: 56) und betonten zum anderen den weiteren Gesprächs- und Handlungsbedarf aufgrund offen gebliebener Fragen (vgl. RS: 55f.): „Das heißt, das Gespräch, das Reden wird weitergehen“ (PS: 58). Zuletzt verwies die Vorsitzende auf das Potential „interdisziplinäre[r] Verbundbegriffe“ (RS: 55), die sich perspektivenübergreifend in den Diskussionen herauskristallisierten. Diese sind in ihren Augen besonders zielführend angesichts der zentralen Funktion der legislativen Vorbereitung, die sich auch im Ethikrats-Gesetz spiegelt: „Die Hauptaufgabe ist die ‚Erarbeitung von Stellungnahmen sowie

von Empfehlungen für politisches und gesetzgeberisches Handeln“ (vgl. § 1, Abs. 1 EthRG in Barth/Nassehi/Saake 2020: 276).

Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, wird die Komplexität der Suizidthematik, wie oben beschrieben, in den Ausführungen und Diskussionen der funktionsvertretenden Expert*innen entfaltet. Einen Großteil der Redezeit beanspruchten Mediziner*innen und Wissenschaftler*innen, die Sterbe- und Suizidwünsche in den unterschiedlichsten Lebenslagen umfänglich charakterisierten und entsprechende Implikationen und (therapeutische) Interventionsmöglichkeiten darlegten. Eine weitere Vertiefung der Thematik erfolgte durch die juristische Beurteilung der individuellen, relationalen Selbstbestimmung hinsichtlich des Gerichtsurteils mit dementsprechenden strafrechtlichen Forderungen. Zu guter Letzt übernahm die philosophisch- und theologisch-ethisch begründete Bewertung der moralischen (Un-)Zulässigkeit von Suizid/-beihilfe einen ebenso relevanten Stellenwert.

Im Folgenden werden die drei eingängigen Perspektiven im Detail und im Vergleich miteinander typisiert und anhand derselben drei Kategorien umrissen. Zunächst geht es um die berufsspezifische und -praktische Verortung der Expert*innen, die mit typischen Ausdrucksweisen verbunden ist. Denn bevor inhaltliche Aussagen analysiert werden können, ist es wichtig festzuhalten, um wen es sich eigentlich handelt und welche Hintergründe eine Rolle spielen. Anschließend stellt sich die Frage, welche Themen angesprochen werden, also in welcher Form kommunikativ an die funktionalen Bezugsprobleme angeschlossen wird. Zuletzt liegt der Fokus auf den daraus folgenden Implikationen und den eigenlogischen Bewältigungsstrategien hinsichtlich der Kontingenz.

5.2 Rechtliche Einordnung und Regelung von Suizidbeihilfe

Zunächst wird die rechtliche Perspektive näher erläutert. Es wird sich zeigen, inwiefern die juristische Berufspraxis der beiden Rechtsexpert*innen ihre typischen Kommunikationsformen beeinflusst, welche Aspekte sie ansprechen, wenn es um Suizide und Suizidbeihilfe geht, und welche Schlussfolgerungen sie aus ihren Darlegungen ziehen.

5.2.1 Juristische Berufspraxis und Kommunikation

Zur rechtlichen Einschätzung des Themenkomplexes äußern sich zwei Jurist*innen, die selbst Teil des ER sind. Zunächst beginnt Stephan Rixen, Professor für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht (vgl. RS: 27). Sein Vortrag wird von einer Selbstverortung im rechtlichen System eingeleitet:

„Liebe Zuhörende, ich möchte einen Blick auf unsere Thematik werfen anhand einer verfassungsrechtlichen Perspektive, die ich entwickeln möchte am Leitfaden des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.2.2020“ (RS: 27).

Er stellt sich als Experte für einen speziellen Fachbereich vor, da er nicht nur vor Gleichgesinnten spricht, sondern mit der Professionsvielfalt des ER konfrontiert ist. Zuhörende können mit einem rechtlich verfassten Redebeitrag rechnen, bei dem sich ein verfassungsorientierter Jurist primär mit den Formulierungen und Implikationen des Gerichtsurteils bezüglich des Rechts auf Selbsttötung auseinandersetzt. Als Teil des Rechtssystems fokussiert er sich auf die Unterscheidung zwischen Recht und Unrecht (vgl. Luhmann 1999: 35) und bezieht sich auf rechtlich institutionalisierte Mechanismen (vgl. ebd.: 20). Dieselbe Prägung spiegelt sich in der strafrechtlichen Perspektive, die Frauke Rostalski, Professorin für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtsphilosophie und Rechtsvergleichung übernimmt (vgl. RS: 27). In ihrer Argumentation beruft sie sich auf spezifische Gesetze und rechtliche Institutionen wie zum Beispiel die „Brandstiftungsdelikte“ (RS: 39) oder die „Tötungsdelikte des Strafgesetzbuchs“ (RS: 37). Sie spricht explizit von Recht und Unrecht oder von Tätern und Opfern (vgl. RS: 32, 36, 41):

„Wann kann Freiverantwortlichkeit vorliegen und was ist ein erlaubtes Verhalten für den Dritten? Das ist die Perspektive, aus der heraus ich als Strafrechtlerin auf das Problem schaue, nämlich: Was ist erlaubtes Verhalten einer anderen Person, ob sie nun Hilfe leistet oder das tatsächlich durch die eigene Hand vornimmt?“ (RS: 41)

Auch hier kann sich das Publikum auf ein fachliches Statement einstellen, bei dem es um die rechtlichen Hintergründe und Auswirkungen des Urteils geht. Demnach kommen die beiden Expert*innen ihrer funktionalen Aufgabe nach, verfahrensmäßig Entscheidungsregeln und -gründe zu stabilisieren. Das bedeutet, dass sie vertieft über die rechtlichen Grundlagen der Suizidthematik diskutieren mit dem Ziel, festzulegen, welche konkreten Handlungen rechtlich zulässig oder unzulässig beziehungsweise erlaubt oder strafbar sind (vgl. Luhmann 1999: 20).

Die Aushandlung rechtlicher Sätze und Begriffe vor dem Hintergrund der juristischen Berufspraxis und wissenschaftlichen Ausbildung steht der praktischen Umsetzung und Anwendbarkeit des Rechts gegenüber. Deshalb ist die juristische als besondere Profession neben anderen existent und funktionsfähig. Der berufliche Hintergrund schlägt sich nicht nur in den typischen Kommunikationsformen nieder, sondern auch in der Herangehensweise an ein bestimmtes Bezugsproblem, das im Folgenden näher erläutert wird.

5.2.2 Erläuterung und kritische Beurteilung des Bundesverfassungsgerichts

Die Thematik der Suizide und Suizidbeihilfe ist komplex. Nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Funktionssysteme häufen sich Beobachtungspositionen und Normvorstellungen, welche die Sachlage ausdifferenzieren. Ein einzelnes Statement kann nicht den Anspruch einer umfassenden Darstellung erheben. Jurist*innen müssen sich in ihren Ausführungen begrenzen und können nicht auf jeden rechtlichen Aspekt eingehen, der mit dem Thema in Verbindung steht. Sie können bei juristischen Debatten stets auf bereits ausgehandelte und stabilisierte Errungenschaften der prozesshaften Rechtsevolution zurückgreifen, also auf bewährte Lösungen und Regelungen (Luhmann 1999: 18f.). Unter latenter Voraussetzung verfassungs- und strafrechtlicher Grundpfeiler thematisieren sie spezifisch rechtliche Bezugsprobleme. Das heißt, dass sie zwei rechtliche Artefakte heranziehen, diese beschreiben und anschließend bewerten. Auf diese Weise ist es ihnen möglich, die vorliegende Komplexität zu bewältigen.

Verfassungsrechtler Rixen erläutert zunächst die zentralen Punkte des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2022, welches das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aufhob, mit dem Einwand des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben. Das Gericht bezieht sich auf ein grundlegendes Persönlichkeitsrecht unter Annahme der Menschenwürde in Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz. Demzufolge ist es gewährleistet, selbstbestimmt über die bewusste und willentliche Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden und auch die (angebotene) Unterstützung Dritter (nicht zwingend medizinischer Expert*innen) in Anspruch zu nehmen (vgl. RS: 27). Die rechtliche Möglichkeit der Suizidbeihilfe darf hinsichtlich des Selbstbestimmungsrechts somit nicht untersagt werden (vgl. RS: 33, 42), wobei Hilfeleistungen nicht verpflichtend sind (vgl. RS: 28). Um den Geltungsbereich zu spezifizieren, beruft sich das Gericht auf die sogenannten „*Einwilligungsregeln*“ (RS: 32), wonach Freiverantwortlichkeit heißt, dass Personen fähig sind, frei, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu agieren und zu verstehen, was ihr Wunsch bedeutet und bewirkt (vgl. RS: 32). Dies ist jedoch nicht immer gegeben, denn „*Selbstbestimmung ist immer relational verfasst*“ (RS: 30), sodass in den Augen des Gerichts Beratungs- und Aufklärungsangebote notwendig sind, um durchdachte und stabile Entschlüsse ohne Druck, Einfluss oder Zwang zu ermöglichen (vgl. RS: 28). Die Legislative kann in diesem Kontext ein „*prozedurales Schutzkonzept*“ (RS: 29) entwerfen, das auch strafrechtlich gestaltbar ist (vgl. RS: 29). Dennoch bedarf der Wunsch nach Suizidbeihilfe keiner Rechtfertigung und soll als vernünftiger Entschluss unbewertet bleiben: „*Die Entscheidung für den Suizid ist im Ausgangspunkt von Staat und Gesellschaft zu respektieren*“ (RS: 40). Auch Palliativpflege ist keine verpflichtende Maßnahme und deren Ablehnung nicht unverantwortlich. Uneigennütige Gründe, wie die Selbstwahrnehmung als familiäre oder gesellschaftliche Last, sollen akzeptiert werden (vgl. RS: 28). Zuletzt ist die Inanspruchnahme des Rechts in allen Lebensphasen legitim (vgl. RS: 40) auch ohne die Notwendigkeit einer gravierenden, irreversiblen Krankheit: „*Das heißt, das Urteil fasst sich generell mit Suizid [...] wir müssen das Urteil im Gesamtkontext der Suizidproblematik betrachten*“ (RS: 29). Solange keine eindeutigen Bedrohungen der Autonomie oder des Lebens vorliegen oder die Möglichkeit zur Suizidbeihilfe eine Normalisierung von Suiziden bewirkt (vgl. RS: 29), ist sie rechtlich zulässig.

Das Urteil veranschaulicht die juristische Funktion, Verhaltenserwartungen zu stabilisieren, um soziale Interaktionen zu strukturieren (vgl. Luhmann 1999: 37). In diesem Fall geht es um die rechtlichen Voraussetzungen für Suizidbeihilfe. Andere Systeme profitieren davon oder sind zumindest an gesetzliche Vorlagen gebunden. Somit bedingt das Recht in funktional differenzierten Gesellschaften deren Evolution und Komplexitätssteigerung (vgl. ebd.: 41ff.). Die detaillierten Erläuterungen der Expert*innen sind ein Versuch, sich der komplexen Ausgangslage zu nähern und in einem weiteren Schritt Stellung zum Urteil und dessen Folgen zu nehmen.

Verfassungsrechtler Rixen stimmt der normativen Positionierung im Sinne einer individualistischen, menschenrechtlichen und antipaternalistischen Haltung zunächst zu (vgl. RS: 29). Auch für Strafrechtlerin Rostalski ist der Tod als Teil des Lebens ebenso schutzwürdig (vgl. RS: 48):

„Zu einem freien Leben gehört das freie Sterben. Es liegt in der Entscheidung jedes Einzelnen, ob, wann und auf welche Weise er seinem Leben ein Ende setzt. Hierzu gehört es auch, sich der Unterstützung anderer zu bedienen, und zwar selbst dann, wenn dies bedeutet, durch die Hand des anderen zu sterben“ (RS: 37).

Ähnlich wie im Urteil geht es um die konkrete Festlegung auf rechtliche Begriffe und Sätze mit dem Versuch, normative Erwartungen zu formulieren. Die dabei mitschwingende freiheitliche und liberale Perspektive der beiden speist sich aus ihrer Eingebundenheit in die Gegenwart der modernen Gesellschaft. Auch das Rechtssystem reagiert auf gesellschaftliche Verhältnisse und schließt wiederum an externe Reaktionen auf rechtliche Kommunikationen an (vgl. Luhmann 1999: 32).

Neben der grundlegenden Zustimmung kommen beide Expert*innen auf Kritikpunkte zu sprechen. Es zeigt sich erneut, wie schwierig es ist, die diffuse und verflochtene Sachlage zu explizieren. Rixen positioniert sich ausdrücklich gegen die doch teils paternalistischen Beweggründe des Gerichts, das eine Normalisierung von Suiziden verhindern möchte (vgl. RS: 32). Dahingehend wirkt ein legislatives Schutzkonzept bevormundend für Suizidwillige (vgl. RS: 29) oder gar abschreckend für

Mediziner*innen (vgl. RS: 36f.). Als Verfassungsrechtler liegt sein Augenmerk auf menschenrechtlichen Begrenzungen sowie auf dem Schutz des menschlichen Lebens. Trotz seiner freiheitlichen Einstellung betont er die relational verfasste Selbstbestimmung, also die mögliche Einschränkung des freien Willens bei der Äußerung von Suizidwünschen. In diesem Zusammenhang begrüßt er die Potentiale aufklärender und beratender Gespräche zur Absicherung tatsächlich freiwilliger und durchdachter Entscheidungen (vgl. RS: 30f). Dennoch hebt er einige Inkompatibilitäten im Urteil hervor, die auf sein spezifisches Bezugsproblem verweisen. Er bemängelt nicht nur die implizit angenommene Menschenwürde in der juristischen Argumentation (vgl. RS: 27), sondern auch die fehlenden begrifflichen Konkretisierungen sowie die *zu* rechtlich verfassten Formulierungen (vgl. RS: 27ff.). Angesichts der differenzierten Ethikratsdiskussionen genügen die gewohnten Begrifflichkeiten nicht, um der Sachlage gerecht zu werden. Abgesehen davon verweist er auf einen weiteren Aspekt, der aus rechtlicher Perspektive einen konkreten Handlungsbedarf aufwirft:

„Eigentlich kann das ärztliche Berufsrecht nicht durch den Bundesgesetzgeber geregelt werden; das hängt mit dem Katalog der Gesetzgebungskompetenzen zusammen. Aber das Verfassungsgericht macht doch deutlich, dass – Stichwort: Das Recht muss faktisch realisierbar sein – hier etwas geschehen muss auf der Ebene des ärztlichen Berufsrechts“ (RS: 30).

Sein letzter Bezugspunkt liegt also in der Widersprüchlichkeit der zugrundeliegenden Rechtssätze und in deren praktischer Umsetzbarkeit. Wie erwähnt ist die empirische Anwendung rechtswissenschaftlicher Kenntnisse ein zentraler Bestandteil des juristischen Berufsbildes. Aufgrund dessen schließt Rixen unmittelbar an das noch bestehende Spannungsfeld an und kritisiert die paradoxe Aussage des Gerichts. Insgesamt ist bei seiner Präsentation die Liberalisierung des Rechtssystem spürbar. Im Vergleich zu früheren Gesellschaftsformationen ist das Spektrum des Denk- und Sagbaren gewachsen. Suizide oder Suizidbeihilfe werden nicht unmittelbar tabuisiert und rechtlich verunmöglicht, da das Rechtssystem nicht mehr darüber entscheidet, welche Handlungen normativ korrekt, sondern wel-

che legal sind. Es geht darum, die vorteilhafteste Lage zu finden, sodass auch rechtlich weniger Anschlussfähiges erwartbar und auch Unwahrscheinlicheres entscheidbar wird (vgl. Luhmann 1999: 20ff.).

Die besondere Abstimmung auf eine einheitliche rechtliche Hermeneutik und die Fokussierung auf konkrete Begrifflichkeiten wird ebenso bei Strafrechtsprofessorin Rostalski sichtbar. Sie kann nicht nachvollziehen, dass es nach rechtlicher Definition auch Angehörigen erlaubt ist, Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten (vgl. RS: 35). Gerade in diesen Fällen ist die Freiverantwortlichkeit besonders gefährdet – sei es angesichts der persönlichen Nähe oder der eventuell komplexen Familienverhältnisse (vgl. RS: 39). Sie betont, dass Freiverantwortlichkeit nie eindeutig festgestellt werden kann und ihre Beurteilung stets normativ ist: *„Das Problem ist, dass der andere für uns irgendwo immer ein Geheimnis bleibt und wir nicht alles durchschauen können“* (RS: 48). Aus juristischer Sicht stellt dies tatsächlich ein Problem dar, an das nur schwer angeschlossen werden kann. Die individuellen und psychologischen Hintergründe bei Suizidwünschen können nur beobachtet, erfragt oder vermutet, jedoch niemals extern nachempfunden werden. Wie sich später zeigen wird, kommen Mediziner*innen diesem Versuch zumindest etwas näher, da sie sich unmittelbar mit Betroffenen auseinandersetzen. Jurist*innen können „nur“ die rechtlichen Grundlagen von Suizidbeihilfe bearbeiten und nach Lösungen suchen, um die eigentlich nicht lösbare Ausgangslage zu bewältigen. In diesem Zusammenhang verweist Rostalski auf die Paradoxien der gegenwärtigen Rechtslage, der zufolge zwar Suizidbeihilfe straffrei, hingegen die *„Tötung auf Verlangen nach Paragraph 216 StGB“* (RS: 34), darunter auch Sterbehilfe, strafbar ist, da die Tötung in letzterem Falle immer durch fremde Hände geschieht. Die Unterscheidung zwischen eigenen und fremden Handlungen übersieht, dass Freiverantwortlichkeit, wie erwähnt, nicht eindeutig nachweisbar ist (vgl. RS: 35):

„Wie dargelegt gibt es auch im Kontext von durch andere ausgeführten konsentierten Tötungshandlungen normativ relevante Gründe für die Erlaubtheit des Verhaltens. Ein pauschales Verbot sämtlicher Fremdtötungen, die von der Einwilligung des Rechtsgutsinhabers gedeckt sind, erweist sich aus meiner Sicht als Simplifizierung,

die der in diesem Fall bestehenden komplexen Interessenlage nicht im Ansatz gerecht wird“ (RS: 35).

Als Strafrechtlerin möchte sie mit der Problematisierung der widersprüchlichen Gesetzeslage auf einen für ihr Fachgebiet typischen Aspekt hinaus, der bei bisherigen Urteilen und Rechtsanpassungen offensichtlich zu kurz kam. Ihr spezifisches Bezugsproblem liegt in der strafrechtlichen Lücke hinsichtlich der gefährlichen Situation unfreiwilliger Suizidbeihilfe, sodass sie vor fahrlässigen Tötungen beziehungsweise einer „*Form des fahrlässigen Versuchs*“ (RS: 39) warnt, der nur bei einem Nachweis der Unfreiwilligkeit strafbar ist. Immerhin handelt es sich, so Rostalski, um eine irreversible Tat, sodass im Nachhinein schwer festzustellen ist, ob die Suizident*innen tatsächlich eingewilligt haben.

Insgesamt zeigt sich, dass beide Jurist*innen konkrete verfassungs- und strafrechtliche Aspekte thematisieren und damit konkrete Bezugsprobleme ausleuchten, die vornehmlich in juristischen Augen Priorität haben. Wie sie mit der Problemlage umgehen, wird in ihren Vorschlägen für rechtliche Anpassungen des Urteils und legislative Umsetzungsmöglichkeiten sowie in der Vorlage eines konkreten Gesetzentwurfs ersichtlich.

5.2.3 Vorschläge für rechtliche Anpassungen und Gesetzesentwurf

Unterlagen Gesellschaften keinen historischen und kontextgebundenen Einflüssen, wären Rechtsveränderungen überflüssig. Vor dem Hintergrund funktional verfasster Gesellschaftssysteme, die sich in laufenden Reaktionen auf ihre Umwelt entwickeln, kann auch das rechtliche System nicht im Stillstand verharren. Zwangsläufig kommt es zu Irritationen, die von Jurist*innen bearbeitet werden. Sie beobachten die Widersprüchlichkeiten und beschäftigen sich mit der praktischen Anpassung des Rechts, um ihr eigenes System zu erhalten (vgl. Luhmann 1999: 39). Zum Teil stimmen die Forderungen der beiden Jurist*innen im ER überein, jedoch schlägt sich ihre fachspezifische Orientierung am Verfassungs- beziehungsweise am Strafrecht in divergierenden Schlussfolgerungen nieder. Beide beziehen sich auf verschiedene rechtliche Bezugsprobleme und bieten entsprechende Lösungsmöglichkeiten und Empfehlungen an.

Für Verfassungsrechtler Rixen ist die konkrete Umsetzung des Urteils entscheidend, weshalb er großen Wert auf die Konkretisierung von Unklarheiten und den Ausbau herangezogener Begriffe legt (vgl. RS: 28ff.). In seinen Augen soll die individuelle Selbstbestimmung zwar ohne Rechtfertigung festgestellt, aber dennoch sensibel begrenzt werden. Hinsichtlich ihrer Relationalität und des begrenzten medizinischen Aufklärungs- und Erlaubnisanspruchs (vgl. RS: 30f.) plädiert er für ein prozedurales Schutzkonzept. In verbindlichen Beratungen sollen die „*suizidale Vulnerabilität*“ (RS: 30) und Alternativen besprochen werden, um die Stabilität von Suizidwünschen zu garantieren (vgl. RS: 31). Zuvor problematisiert Rixen die relational verfasste Selbstbestimmung, die in diesem Kontext die Gefahr instabiler Suizidwünsche in sich birgt. Indem er die genannte Selbstbestimmung als eine gewisse Vulnerabilität auslegt, gelingt es ihm, eine klare Formulierung für sein Bezugsproblem zu finden. Anschließend ist dessen Bearbeitung in Form von Beratungsgesprächen möglich. Mit dieser Lösung sichert er sich gegen mögliche verfassungswidrige Verhaltensformen ab, also konkret gegen Menschenrechtsverletzungen bei vorschneller und ungeprüfter Suizidbeihilfe. Ob sein Vorschlag realitätstauglich ist, spielt zunächst keine Rolle, da er aufgrund seiner verfassungsrechtlichen Brille primär alle Verstöße gegen die zugrundeliegende Verfassung vermeiden möchte.

Im Vergleich dazu ist Strafrechtlerin Rostalski kritisch gegenüber einem absichernden Schutzkonzept eingestellt und plädiert für eine einzelfallspezifische Beurteilung des freien Willens, das heißt für eine kontext- und personenbezogene Gewährleistung von dauerhaften, innerlich gefestigten Entschlüssen. Suizidbeihilfe soll keinen Altersgrenzen oder generellen (psychischen) Einschränkungen unterliegen. Daher sind auch Entscheidungen aufgrund externer, nicht erzwungener Einflüsse anzuerkennen, die vielleicht nach medizinischen oder anderen Maßstäben unvernünftig wirken (vgl. RS: 34). Ihr Blick fällt viel weniger auf die möglichen verfassungsrechtlichen Folgen von Suizidbeihilfe, was die perspektivische Problemkonstruktion und -lösung Rixens nochmals unterstreicht. Gemäß ihrer Fachverortung äußert sie sich in Zusammenhang mit § 217 StGB zur unterstützten selbstbestimmten Selbsttötung (vgl. RS: 32) und ist besonders aufmerksam für strafrechtliche Zusammenhänge.

Ihr geht es stets darum, im Einzelfall festzustellen, ob ein freiverantwortlich begründeter Sterbewunsch zugrunde liegt oder ob es sich bei geleisteter Suizidbeihilfe um einen strafrechtlichen Bestand handelt, der den Schutz des Lebens gefährdet. In diesem Kontext warnt sie auch vor potentiell ideologischen Beeinflussungen (vgl. RS: 40). Wie ausgeführt, nähert sie sich der komplexen Situation mit einer Beschreibung der verflochtenen Rechtsgrundlage und kritisiert die strafrechtliche Lücke hinsichtlich der Gefahr unfreiwilliger Suizidbeihilfe. Wie Rixen wirft sie Licht auf ein spezifisch verfasstes Bezugsproblem, das sie nur aufgrund ihrer Profession sehen und bearbeiten kann:

„Ich schlage daher folgende Vorschrift vor. Sie soll lauten: ‚Wer einen anderen Menschen auf dessen Verlangen hin tötet, obwohl er nach den Umständen nicht davon ausgehen darf, dass die Selbsttötung frei von wesentlichen Willensmängeln ist, wird [...] bestraft. Ebenso wird bestraft, wer unter diesen Voraussetzungen die Selbsttötung eines anderen oder deren Versuch veranlasst oder fördert‘“ (RS: 36).

Mit der Vorlage dieses Gesetzesvorschlags sichert sie sich gegen die Gefahr ab, dass Suizidbeihilfe tatsächlich ohne Einwilligung erfolgt oder dass Helfende sich nicht wirklich der Freiverantwortlichkeit vergewissert haben, auch wenn diese im Nachhinein nicht mehr nachweisbar ist (vgl. RS: 33). Hier begründet sich die eigentliche Unlösbarkeit ihres Bezugsproblems. Zum einen ist der freie Wille nicht eindeutig belegbar, zum anderen kann nicht überprüft werden, inwieweit sich Beihilfe Leistende tatsächlich um eine Einwilligung bemüht haben. Rostalski kann nur mit juristischen Mitteln arbeiten und darauf hoffen, dass die Drohung einer strafrechtlichen Verfolgung genügt, um Rechtsbrüche vorzubeugen.

In Anbetracht ihres freiheitlichen Menschen- und Gesellschaftsverständnisses fügt sie ihren Forderungen ausdrücklich hinzu, dass zum einen besondere Vorsicht bei irrtümlich angenommener Unfreiwilligkeit geboten ist (vgl. RS: 39, 48) und zum anderen die bewilligte Tötung durch Fremde nicht generell verboten sowie die Verhinderung von selbstbestimmten Suizidwünschen sogar verboten und strafbar sein sollte (vgl. RS: 35). Beihilfe würde demnach weder unter ein Verbot fallen noch eine Verpflichtung

tung darstellen (vgl. RS: 42). Letztendlich fordert sie eine Anpassung des Strafgesetzbuchs, um die geltende Rechtslage anzupassen (vgl. RS: 37, 39, 48). Ihre Ergänzungen und Lösungsvorschläge sind ein Versuch, das breite Spektrum der Handlungsmöglichkeiten im Hinblick auf Suizidbeihilfe abzudecken. Als Juristin ist es Teil ihres Aufgabengebiets, gewissermaßen Recht bereitzustellen, sodass möglichst viele soziale Interaktionen bewertet werden können. Da diesen Interaktionen kontextspezifische Normvorstellungen zugrunde liegen, muss sich das Rechtssystem diesbezüglich austauschen. Das heißt, dass darüber entschieden werden muss, inwiefern Normen in rechtlichen Sätzen eingearbeitet werden (vgl. Luhmann 1999: 38f). In diesem Zuge wird die funktionale Normenvielfalt zunächst offengelegt und in anschließenden Diskussionen geprüft und verhandelt (vgl. ebd.: 17ff.). Angesichts des hohen Sinnüberschusses in funktionalen Gesellschaften erschweren sich Selektionen und Entscheidungen für das Rechtssystem (vgl. ebd.: 29ff.). Verfassungsrechtler Rixen benennt die „*komplexe Interessenslage*“ (RS: 35), die sich in den Ethikratssitzungen und den divergierenden Normvorstellungen der Professionsvertreter*innen wiederfindet. In seinen Augen impliziert dies eine stärkere Aufgabenverteilung (vgl. RS: 27, 29), die Luhmann sicherlich begrüßen würde. Auch er sieht das Potential in der gemeinschaftlichen Offenlegung und reflektierten Diskussion universeller Gesellschaftsprobleme (Luhmann 1999: 52).

Jurist*innen sind im vorliegenden und ähnlichen Fällen dazu aufgerufen, die Realitätstauglichkeit verfassungs- und strafrechtlicher Leitlinien kritisch zu begutachten und das Urteil in Bezug auf differenzierte Kontexte zu reflektieren (vgl. RS: 54). Sie können fachliche Diskussionen rahmen und fachinterne Debatten anfeuern (vgl. RS: 31), dies aber nur in begrenztem Maße (vgl. RS: 47). Dessen ist sich Rixen bewusst: „*Wir können nicht so tun, als sei das etwas, was Juristinnen und Juristen alleine schaffen*“ (RS: 42). Insofern verweist er auf die zentralen Funktionen des parlamentarischen Gesetzgebers, den er primär für die explizite Gestaltung des Urteils verantwortlich macht (vgl. RS: 27, 42) und somit zunächst auf die Reflexion paternalistischer Beweggründe ohne verfassungsrechtlichen Bezug verweist (vgl. RS: 47). Zum einen sind Verhandlungen zwischen rechtlichen Positionen und Anträgen notwendig, zum anderen aber auch ein Ausgleich der gesellschaftlichen Pluralität. Normative Standpunkte müs-

sen unter Berücksichtigung divergierender, polarisierender, kultureller Kontexte ausbalanciert werden (vgl. RS: 47f). Das heißt, dass suizidkritische Perspektiven anerkannt und zugleich selbstbestimmte Sterbewünsche umsetzbar sein müssen (vgl. RS: 40). In diesem Zusammenhang steht laut Rixen eine „*Ausweitung bundesrechtlicher Kompetenzen*“ (RS: 30) aus, um das ärztliche Berufsrechts anzupassen (vgl. RS: 30). Am Beispiel der Menschenwürde verdeutlicht er die Notwendigkeit einer komplementären Verteilung von Aufgaben. Insofern bietet die Verfassung die Grundlage für den Schutz der Menschenwürde, ohne sie semantisch zu definieren. Je nach zeithistorischem Kontext muss sie rechtlich neu verhandelt und parlamentarisch gestaltet werden (vgl. RS: 42, 48). Seine konkrete Forderung ist daher die Neuverortung der Menschenwürde, um die relational und vulnerabel verfasste Selbstbestimmung präziser und differenzierter aufzuschlüsseln: „*Begriffe wie Vulnerabilität und Relationalität sind gelungene interdisziplinäre Verbundbegriffe*“ (RS: 31), die sich vor allem aus den fachübergreifenden Diskussionen im ER ergaben. Aus seinem Standpunkt und seiner vorhergehenden Thematisierung und Aushandlung eines verfassungsrechtlich geprägten Problems ergeben sich entsprechende Schlussfolgerungen. Er kommt der juristischen Erwartung nach, ein möglichst differenziertes Abbild des Suizidkomplexes im Rechtssystem zu formulieren. Er geht von expliziten Verantwortlichkeiten aus und legt die Umsetzung seiner Empfehlungen und Hinweise in gesetzgeberische Hände. Während Rostalski die komplexe Sachlage und das konkrete Bezugsproblem einer Lücke im Strafrecht mit gesetzlichen Anpassungen bewältigen möchte, dient Rixen die selbstreflexive Abstellung und Responsibilisierung für den rein rechtlichen Bereich letztlich als Mittel zur Komplexitätsbewältigung.

Zusammenfassend ist anzumerken, wie stark der juristische Hintergrund die Argumentationen der beiden Expert*innen beeinflusst. Sie fokussieren sich explizit auf rechtliche Institutionen und Grundlagen sowie auf aktuelle Rechtsveränderungen. Auch wenn sie sich teils der Perspektivenvielfalt und ihrer Standortgebundenheit bewusst sind, schließen sie immer wieder an dieselben Aspekte an, um ihr Bezugsproblem zu thematisieren. Interessant ist auch, wie sehr sie sich um eindeutige Begriffe und Formulierungen bemühen, um zum einen die normative Plurali-

tät abzudecken und zum anderen festzulegen, welche Verhaltensweisen rechtlich zulässig oder unzulässig sind.

5.3 Medizinisch-wissenschaftliche Herangehensweise an Suizidalität

Der hohe Stellenwert des beruflichen Hintergrunds macht sich auch bei den Mediziner*innen bemerkbar. Nicht nur die medizinisch-psychologische Berufspraxis, sondern auch der wissenschaftliche Hintergrund beeinflusst ihre spezifische Herangehensweise an den Themenkomplex. Anschließend an differenzierte suizidale Beschreibungen formulieren sie therapeutische Reaktions- und Interventionsmöglichkeiten. Sie thematisieren ebenso ein bestimmtes Bezugsproblem, das sie eigenlogisch bearbeiten.

5.3.1 Medizinische Profession sowie Forschungspraxis und -bezüge

Die Medizin hat ein breites Spektrum an Disziplinen zu bieten, das sich eindrücklich in den beiden Ethikratssitzungen widerspiegelt. Die fachspezifischen Expert*innen kommen aus verschiedenen klinischen Institutionen und beschäftigen sich mit unterschiedlichen Altersgruppen und Krankheitsbildern. Im Laufe ihrer Vorträge stellen sie sich und ihre Fachrichtungen vor, sodass deutlich wird, in welchen Kontexten sich ihre Perspektiven situieren. Zum einen gibt es Palliativmediziner*innen:

„Ich kann natürlich nur aus der Erfahrung berichten, die ich mitbringe, und das ist die Palliativsituation [...]“ (PS: 18).

„Ich bin Internistin mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und seit über 30 Jahren engagiert in der Hospiz- und Palliativversorgung“ (PS: 39).

Zum anderen zeichnen sich rein psychologische Perspektiven ab:

„Ich habe 18 Jahre lang als Psychotherapeut und Psychiater Kriseninterventionen und Psychotherapien mit Patienten durchgeführt [...]“
(PS: 45).

„Ich bin Psychiater und das Thema Suizidalität hat mich eigentlich das ganze Berufsleben über begleitet“ (PS: 27).

Und zuletzt tauchen Mischformen auf:

„Ich bin Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Epidemiologin“ (PS: 9).

„Ich habe das Thema der Kinder und Jugendlichen übertragen bekommen, weil es natürlich mein Kernfeld ist, als Kinder- und Jugendpsychiater früher an der Uni Ulm, jetzt in Wien“ (PS: 22).

Ihre Selbstbeschreibungen verweisen nicht nur auf spezifische Berufsbe-
reiche, sondern auch auf ihre medizinische Kompetenz, sodass es nicht
verwunderlich ist, warum gerade *sie* als Expert*innen eingeladen wur-
den. Nur ein Mediziner sitzt bereits im ER und beteiligt sich mit seiner
„medizinisch-psychologische[n] Betrachtung“ (RS: 4) an den Diskussionen.
Alle sind in der Lage, etwas über Suizide und Suizidbeihilfe zu erzählen,
und bringen in ihren Präsentationen Evidenzen und Beispiele aus ihrer
medizinischen Berufspraxis mit (vgl. PS: 13f., 28, 39f., 47ff.). In diesem
Kontext verfügen sie nicht nur über alltägliche, sondern auch über lang-
jährige Erfahrungen (vgl. PS: 41, 45f.). Ihre Zugriffsmöglichkeiten auf
spezifisch verortete Wissensbestände machen sie gewissermaßen zu Sui-
zidexpert*innen und unterstreichen ihre medizinische Autorität und Deu-
tungshoheit (vgl. Luhmann 1991: 126f.).

Als Teil des medizinischen, des *„Versorgungssystems“* (RS: 5) sind sie
institutionell eingebunden. Sie sprechen nicht nur das ärztliche Berufs-
recht an (vgl. PS: 56), sondern auch die *„Deutsche Gesellschaft für Pallia-
tivmedizin“* (PS: 42) oder diejenige *„für Psychiatrie, Psychotherapie, Psycho-*

somatik und Nervenheilkunde“ (RS: 8). Des Weiteren drücken sie sich mit typisch medizinischen Fachbegriffen aus und gehen zum Beispiel auf das „*präsuizidale Syndrom*“ (RS: 8) ein oder beschreiben die „*Symptomatologie*“ (RS: 4) suizidaler Personen. Auch lateinische Termini wie „*Amygdala, limbisches System, Nucleus accumbens*“ (PS: 23) oder englische Benennungen wie beispielsweise die „*synaptic prunings*“ (PS: 22) gehören zum üblichen Jargon. Ein Großteil arbeitet zudem in klinischen Kontexten, was sich bildhaft an folgender Erzählung ablesen lässt: „*Die psychotherapeutischen Gespräche fanden zunächst in der Klinik statt, in der ich auch ärztlich, das heißt mit weißem Kittel arbeitete und die Patientin im Bett lag*“ (PS: 49). Hier wird nicht nur die eindeutige Rollenverteilung sichtbar, sondern erneut die Charakteristik und Dominanz der medizinischen Profession, vor allem in klinischen Organisationen. Passend dazu heben die meisten die „*hohe Relevanz*“ (PS: 22) ihrer Expertise hervor, die ethische Diskussionen beeinflussen sollte (vgl. RS: 4). Gerade bei kontroversen Themen schalten sich nicht-medizinische Expert*innen ein, die oft als Last empfunden werden (vgl. Luhmann 1990: 183). Daher positionieren sie sich bewusst neben anderen Perspektiven und grenzen beispielsweise den „*suizidologischen und suizidpräventiven Diskurs*“ (PS: 48) explizit von rechtlichen und politischen Debatten ab. Immer wieder bestehen sie auf ihr Funktionsmonopol, denn „*die Konstruktion der Krankheit, also Diagnose und Behandlung, Auskunft und Beratung bleibt Sache der Medizin*“ (Luhmann 1990: 195).

Die Betonung ihres Alleinstellungsmerkmals im gesellschaftlichen Diskurs ist eine Möglichkeit, mit der Komplexität des Suizidphänomens umzugehen. Wie andere Professionen stehen die Mediziner*innen vor einem zunächst unübersichtlichen Themenfeld, dem sie sich in eigentypischer Weise annähern. Im Rückgriff auf medizinische Institutionen und im Rahmen ihrer fachlichen Expertise und Berufserfahrung ist es ihnen möglich, Suizide und ihre Hintergründe mit medizinischen Begriffen auf den Punkt zu bringen. Selbst die Autoritäts- und Rollenverteilung in klinischen Kontexten ist ein Mittel, um ihre eigene Positionierung zu legitimieren und ihre Relevanz zu untermalen.

Zu Beginn dieser Arbeit ging es um die zunehmende Risikofokussierung, die dazu führt, dass auch Suizide verstärkt als Risiken wahrgenom-

men werden. Dieser Beobachtungsposition zufolge ist Suizidalität nicht nur zurechenbar, sondern kann im Zuge der fortschreitenden Medizin als Phänomen erforscht, beschrieben und statistisch abgebildet werden (vgl. Luhmann 1991: 119). In diesem Zusammenhang ist der Suizid nicht nur Sache der Medizin, sondern auch Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtungen, die ihn als Phänomen greifbar und zugänglich machen. Insofern ist dieses Kapitel mit „Medizinisch-wissenschaftliche Herangehensweise an Suizidalität“ überschrieben. Selbstverständlich basiert auch die juristische Berufspraxis auf *rechtswissenschaftlichen* Erkenntnissen, jedoch spielt der wissenschaftliche Hintergrund vor allem bei der Medizin eine signifikante Rolle. Bei der Ethikratssitzung zur „Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche“ fällt er wiederholt ins Gewicht. Immer wieder wird zwischen wahren und falschen Sätzen unterschieden, um kommunikativ an diese anzuschließen (Luhmann 1992: 619f.). Hierbei versuchen die Expert*innen, die Komplexität zu reduzieren, indem sie die Thematik mit differenziertem Blick beobachten: *„Suizidalität ist ein sehr komplexes Phänomen und einzelne Bereiche benötigen deswegen auch unterschiedliche Betrachtungsweisen“* (PS: 9). Als Wissenschaftler*innen sind sie sich der Beobachtungsabhängigkeit ihrer Statements bewusst (vgl. Luhmann 1992: 629). Dennoch kommen sie ihrer Aufgabe nach, weiterhin Wissen zu produzieren und zu verbreiten (vgl. ebd.: 650f.), um das wissenschaftliche und das gesellschaftliche System in ihrem reziproken Verhältnis zueinander aufrechtzuerhalten (vgl. ebd. 616): *„Ich beschäftige mich mit dem Thema Suizidalität schon sehr lange, seit mehr als über 30 Jahren. Ich habe zu dem Thema habilitiert, zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten dazu verfasst und Studien durchgeführt“* (PS: 9).

Neben Verweisen auf die eigene Forschungspraxis beziehen sich die meisten medizinischen Sprecher*innen auf *„wissenschaftlich fundierte Erkenntnis(se) der Suizidologie“* (PS: 46). Im Vergleich zu anderen Ausdrucksweisen definieren sie Suizid als neutralen wissenschaftlichen Begriff (vgl. PS: 10), den sie überwiegend mit quantitativen Mitteln beschreiben (vgl. PS: 9). Die ersten Bezugspunkte sind mehrheitlich statistisch erfasste Suizidgedanken (vgl. PS: 25, 27, 33), -versuche (vgl. PS: 11, 14) oder tatsächliche Suizide (vgl. PS: 11, 24, 28) beziehungsweise *„Suizidopfer“* (PS: 30). Daneben differenzieren sie zwischen geschlechts- und altersspezifi-

schen Zahlen (vgl. PS: 11, 24f., 29, 34) oder verweisen auf Länderunterschiede hinsichtlich gesetzlicher Regelungen von Suizidbeihilfe (vgl. PS: 11f., 25, 32, 35). In diesem Kontext werden auch die verfügbaren und gewählten Suizidmethoden numerisch charakterisiert (vgl. PS: 25, 29f., 35). Im Wesentlichen interessieren sie sich für die Erforschung von Suizidrisiken und -ursachen, weswegen sie unter anderem medizinische Fachliteratur zitieren und vergleichen (vgl. PS: 26; RS: 8) und sich auf (internationale) Studien berufen (vgl. PS: 24f., 30, 41, 47): „*Das beruht nicht auf meiner eigenen Einschätzung, sondern ich habe diese hoch publizierte Übersichtsarbeit zitiert*“ (PS: 51). Auch einschlägige Theorien werden thematisiert (vgl. PS: 46) oder Zusammenhänge mit der Hirn- (vgl. PS: 22f., 37) oder „Resilienzforschung“ (RS: 7) hergestellt.

Aufgrund ihrer universitären Laufbahn ist es ihnen möglich, auf Wissensbestände dieser Art zuzugreifen. Dieses Wissen hilft ihnen bei der Eingrenzung des Phänomens, um in einem weiteren Schritt die institutionell vermittelten Kenntnisse praktisch anzuwenden (vgl. Luhmann 1990: 187). Es werden zum Beispiel empirische Belege aus der eigenen Berufspraxis herangezogen, um theoretische Begriffe zu füllen oder Hypothesen an konkreten Beispielen zu aktualisieren (vgl. PS: 46). Beobachtungen sind bereits durch Theorien vorstrukturiert, sodass bestimmte Aspekte unmittelbar wahrgenommen werden, andere hingegen zunächst keine Rolle spielen. Für Mediziner*innen stehen im Vergleich zu Jurist*innen ganz andere Dinge im Fokus. Sie interessieren sich nicht primär für die rechtlichen Regelungen von Suizidbeihilfe, sondern betrachten den Suizid als potentiellen Krankheitszustand, an den sie anschließen können. Auf der Basis der alltäglichen Kommunikation mit Patient*innen differenzieren sie zwischen Gesunden und Kranken und kommen ihrer zentralen Aufgabe nach, Krankheiten zu diagnostizieren, in ihrem eigenen Zeithorizont zu beurteilen und schließlich zu heilen (vgl. Luhmann 1990: 191f.). „In diesem Sinne ist Medizin ein System des Umgangs mit Krankheit und nicht ein System der Herstellung von Gesundheit“ (ebd.: 190). Therapien basieren jedoch auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und entwickeln sich nur mittels der permanenten Erforschung suizidaler Zusammenhänge und Ursachen weiter. Kein Wunder, dass sich auch die Expert*innen nach mehr Forschung in diesem speziellen Themen-

bereich sehen (vgl. PS: 47). Die bisherigen Ergebnisse reichen offenbar noch nicht aus, um entsprechend auf das Bezugsproblem der Suizidalität zu reagieren. Für das medizinische Berufsbild und den damit einhergehenden lebensbejahenden und -erhaltenden Anspruch bleiben suizidale Patient*innen Teil der komplexen Sachlage und Gegenstand von Interventions- und Präventionsmaßnahmen.

5.3.2 Differenzierte Beschreibung von Suizidalität

Bevor näher auf medizinische Reaktionen eingegangen werden kann, ist es notwendig, die Ansatzpunkte der Expert*innen nachzuvollziehen. Mit welchen Verständnissen von Suizidalität arbeiten sie und welche Teilaspekte bilden die Grundlage ihrer Problemlösungen? Dies wird im Folgenden näher erläutert.

Hinsichtlich des Begriffs der Suizidalität gibt es vielfältige, nicht allumfängliche Definitionen, sodass nicht konkret feststeht, welche Handlungen und Bedeutungen in diesen Kontext fallen. Eine Psychiaterin wagt den Versuch einer begrifflichen Eingrenzung als Denk- und Handlungsoption (vgl. PS: 10):

„Phänomenologisch kann sich Suizidalität äußern in dem Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben, als Todeswunsch, als Suizidgedanke, der impulsartig, spontan auftreten kann, der mit und ohne Plan auftreten kann, der sich zwanghaft aufdrängend bemerkbar macht, machen kann oder auch nicht, in Suizidabsichten und in Suizidhandlungen“ (PS: 10).

Mit der Verwendung des Begriffs der Phänomenologie deckt sie ein möglichst breites Spektrum ab. Vermutlich kann sich jede*r etwas unter Suizidalität vorstellen. Äußern sich hingegen Ärzt*innen zum Thema, wird eine gewisse wissenschaftliche Fundierung erwartet. Als Teil des medizinischen Systems stehen sie in reziproken Verhältnissen zu anderen Systemen, weshalb sie äußere Einflüsse zulassen und verarbeiten müssen (vgl. Luhmann 1992: 637f.). Wenn sie immer wieder an wissenschaftliche Sätze anschließen und Wissen generieren, sollte dies für andere Beobachter ver-

ständig sein (vgl. ebd.: 654). In diesem Sinne bleibt ihnen nichts anderes übrig, als sich teils mit komplexitätsreduzierenden Aussagen abzufinden, um ihr Funktionsmonopol zu behalten und als autopoietisches System aufrechtzuerhalten (vgl. ebd.: 626). Für den Kontext des ER bedeutet dies, dass die medizinischen Definitionen den Suizidkomplex zwar möglichst differenziert und fachlich einschließen, jedoch immer noch für das Publikum verständlich sein müssen. In diesem Zusammenhang gehen die Expert*innen ausführlich auf die multiplen Gründe und Risikofaktoren für Suizidwünsche ein, um ihr spezifisches Bezugsproblem auszubreiten. Nur anhand ihrer Risikowahrnehmung lassen sich anschließende Interventionen und Präventionen nachvollziehen.

Laut den Ärzt*innen bergen vornehmlich „*biographische Faktoren*“ (PS: 12) und individuelle Lebensumstände die größten Suizidrisiken (vgl. PS: 5, 12f., 18, 41). Die Wahrscheinlichkeit steigt vor allem in „*Krisensituationen*“ (RS: 5; PS: 10), zum Beispiel aufgrund menschlicher oder existentieller Verluste (vgl. PS: 12). Auch bei unheilbar schweren physischen Erkrankungen mit begrenzter Lebenszeit und hoher Sterbewahrscheinlichkeit (vgl. PS: 4f.), beispielsweise bei einer „*Tumorerkrankung*“ (RS: 4) oder Demenz-Diagnose, sind Suizidwünsche keine Seltenheit (vgl. RS: 5). Zudem spielen potentielle Traumatisierungen oder frühere Suizidversuche sowie der allgemeine emotionale Zustand eine signifikante Rolle (vgl. PS: 12).

Da überwiegend psychologisch ausgebildete Sprecher*innen auftreten, benennen sie psychische Krankheiten wie Depressionen, Borderline oder Schizophrenie als Hauptursache für Suizide (vgl. PS: 26, 28, 30, 31f., 35f., 37; RS: 4). Die Risiken variieren je nach psychiatrischem Krankheitsbild (vgl. PS: 28) und können auch bei vorübergehenden, behandelbaren Zuständen bestehen bleiben (vgl. PS: 31, 39). Einen Grund dafür sehen die Sprecher*innen in der oft fehlenden familiären Unterstützung psychisch Erkrankter (vgl. PS: 31). Im Zentrum stehen Depressionen, die bei ohnehin körperlichen Krankheiten Suizidwünsche erhöhen können und überwiegend die Ursache, nicht die Folge von Lebenskrisen sind (vgl. PS: 30f., 38). Um die differenzierten Gründe und Lebenslagen darzustellen, erhalten Psycholog*innen verschiedener Fachbereiche das Wort, sodass der eingeladene Neurologe und Jugendpsychiater entsprechend „*jugend-*

spezifische Risikofaktoren“ (PS: 22) und „*adoleszentenspezifische Stressoren*“ (PS: 26) thematisiert. Gerade in jener Lebensphase gibt es neurologische Risiken, wie die noch nicht ausgereifte Impulskontrolle oder der Fokus auf negative Affekte. Des Weiteren zeigen sich im Jugendalter oftmals die ersten Hinweise auf psychische Krankheiten (vgl. PS: 23f.).

Ein weiterer Psychologe definiert den Bilanzsuizid als zwar marginale, aber besondere Form neben anderen (vgl. PS: 48), der mit spezifischen persönlichen und sozialen Einflüssen einhergeht (vgl. PS: 47). Die Sterbewünsche erfolgen meist aufgrund des „*körperlichen Verfalls*“ (PS: 51) und dessen Folgen, das heißt, bei altersbedingten körperlichen und/oder psychischen Einschränkungen. Weitere Risikofaktoren sind fehlende Unterstützungen im Alltag, soziale Isolationen oder gesellschaftliche Diskurse um die Suizidbeihilfe (vgl. PS: 47, 49). Jedoch können Bilanzsuizidwünsche auch altruistisch begründet sein (vgl. PS: 47), etwa um Angehörigen nicht zur Last zu fallen (vgl. RS: 8).

In diesem Atemzug sollte erwähnt werden, dass auch die Möglichkeit gesellschaftlich begründeter Suizidrisiken angesprochen wird (vgl. RS: 7ff.). Zum einen können „*soziodemographische Faktoren*“ (PS: 12) wie der Beziehungs- oder Berufsstatus oder geschlechtsspezifische Aspekte eine Rolle spielen (vgl. PS: 15), zum anderen sind materielle Lebensverhältnisse aufgrund sozialer Ungleichheiten nicht zu vernachlässigen (vgl. RS: 8). Interessant ist, dass diese Punkte überwiegend im Vortrag des Mediziners und Psychologen vorkommen, der selbst Teil des ER ist. Offensichtlich ist er an funktionsübergreifende Diskussionen gewohnt, wodurch sein Blick auch auf nicht medizinische Bereiche fällt. Im Vergleich zu den explizit eingeladenen Gästen betont er wesentlich ausführlicher den sozialen Kontext, der die Einstellung zum Leben und Sterben gravierend beeinflussen kann (vgl. RS: 5). Er warnt vor steigenden Suizidraten in bestimmten Kontexten und problematisiert die Vernachlässigung gesellschaftlicher Teilbereiche, die für Isolationen und den Verlust gesellschaftlicher Werte, zum Beispiel der Lebensbejahung, sorgen kann (vgl. RS: 8ff.).

Überwiegend liegen die Anknüpfungspunkte allerdings wie zu erwarten im medizinischen Bereich. Trotz fachgebietspezifisch begründeter Risikofaktoren stellen körperliche oder psychische Erkrankungen die Hauptursache von Suizidalität dar. Wie bei den Jurist*innen sorgen der

berufliche Hintergrund und die institutionelle Verortung für eine besondere Thematisierung der zugrundeliegenden Thematik. Mit der Charakterisierung krankheitsbedingter Suizidrisiken als primäres Bezugsproblem sichern die Mediziner*innen ihre Anschlussfähigkeit und legitimieren präventive und intervenierende Maßnahmen. Gleichzeitig reagieren sie damit auf die gesellschaftliche Erwartung, Hilfeleistungen zu organisieren und Risiken zu minimieren (vgl. Luhmann 1991: 113).

Im ersten Schritt sind Mediziner*innen also mit der Aufgabe konfrontiert, Suizidrisiken bei Patient*innen zu erkennen und einzuschätzen. In den meisten Fällen ist dies leichter gesagt als getan, weshalb sie wiederholt auf die Ambivalenz von Suizidwünschen aufmerksam machen (vgl. PS: 11, 16, 41, 47f., 50). Je nach individuellem Verhältnis von Lebenswillen und Sterbewunsch kommt es zu widersprüchlichen Aussagen (vgl. PS: 7f.):

„Viele Menschen mit länger anhaltenden Suizidgedanken wägen den Suizid ab, sind ambivalent, hin und her gerissen zwischen der Erfahrung, so nicht mehr leben zu wollen und doch meist über Beziehungen an das Leben gebunden zu sein“ (PS: 48).

Zudem beeinflussen persönliche Lebensumstände und -wahrnehmungen die Kontinuität und Stabilität der Wünsche, die latent oder akut auftreten können (vgl. PS: 6) und sich kontextabhängig weiterentwickeln (vgl. PS: 11, 19). Aufgrund der Herausforderung, Patient*innen einzuschätzen, bleibt deren Suizidalität zum Teil unentdeckt (vgl. PS: 11, 13f.). Zunächst handelt es sich hierbei um ein Risiko für Betroffene, die womöglich über psychologische Behandlungen dankbar wären. Nun gibt es aber auch Suizident*innen, die sich ihrer Wünsche sicher sind und medizinische Reaktionen ablehnen. Ihre Risikowahrnehmungen stimmen letztlich nicht zwingend mit denen der Spezialist*innen überein (vgl. Zimmermann 2012: 219), die unbedingt an ihr Bezugsproblem der Suizidalität anschließen möchten. Trotz des ihrem Denken zugrundeliegenden freiheitlichen und autonomen Menschenverständnisses verfügen sie über eine eigene normative und fachgebundene Expertenvorstellung und schließen je nach Verortung und Überzeugung entsprechend an die individuellen Wünsche an. Dass Betroffene folglich vor begrenzten Entscheidungsgrundla-

gen stehen (vgl. Cottrell/Duggleby 2016: 709f.), spiegelt sich in der ethischen Position eines Mediziners im ER:

„Wenn Sie mich fragen, wie wir uns einem Menschen, der den Wunsch nach Selbsttötung äußert, zu stellen haben, dann würde ich Ihnen antworten: Zuerst spreche ich über das Leben [...]. Es ist bedeutsam für jeden Menschen, dass er auf einen Menschen trifft, der sagt: ‚Ich stehe für das Leben‘“ (RS: 9).

In seinen Augen ist jeder Mensch an sein Leben gebunden (vgl. RS: 5) und mehr oder weniger dazu verpflichtet, es als Teil der Menschheit zu bejahen, wobei auch das Lebensende im Rahmen gesellschaftlicher Normen als biographische Abrundung gilt (vgl. RS: 8f.). Als medizinischer Fachmann betont er auf der einen Seite den Respekt vor einem würdevollen und selbstbestimmten Leben, wonach es keine Verpflichtung zu leben gibt und jede Person das Recht auf einen bewussten, freiwilligen und eigenhändigen Suizid hat (vgl. RS: 4, 6). Auf der anderen Seite verweist er auf die relationale und vulnerable Selbstbestimmung (vgl. RS: 7). Wie bereits angerissen, geht die medizinische Berufspraxis mit der Verpflichtung zum Lebenserhalt und der Förderung, ja sogar dem Kampf um die Lebensbejahung einher (vgl. RS: 4, 7). Es ist also kaum verwunderlich, dass sich die Ärzt*innen über die „*schöne Kurve*“ oder den „*tolle(n) Rückgang*“ (PS: 28) von Suizidraten und die „*Gott sei Dank relativ niedrigen Absolutzahlen*“ (PS: 5) freuen. Auf der Grundlage ihres lebensbejahenden und -erhaltenden Anspruchs thematisieren sie ihr eigenes Bezugsproblem der Suizidalität, an das sie immer wieder anknüpfen:

„Für die Medizin ist nun die Frage wichtig: Was können wir tun – und das ist jetzt Respekt vor dem Leben –, um einen Patienten oder eine Patientin mit einer schweren körperlichen bzw. seelischen Erkrankung dafür zu gewinnen, den Wunsch nach Selbsttötung noch einmal zu reflektieren bzw. Ja zum Leben zu sagen?“ (RS: 4)

Anschließend daran geht es um die medizinischen Reaktionen und Strategien zur Bewältigung des Suizidkomplexes.

5.3.3 Medizinische Reaktionen und Interventionen

Kommt eine Person mit Suizidwünschen in eine Klinik oder eine Praxis, wird sie häufig unmittelbar mit Behandlungsoptionen konfrontiert. Wie wichtig hingegen das Zuhören und die „*intensive Zuwendung*“ (PS: 46) ist, kann den Statements der Medizinexpert*innen entnommen werden. Sie rücken die Patient*innen in den Mittelpunkt und setzen sich mit ihren Anliegen auseinander (vgl. PS: 5). Inwiefern sie diese letztlich umsetzen, ist eine andere Frage. Doch zu Beginn kommen zumindest ein paar Sachverständige auf individuelle Wünsche zu sprechen: Für Schwerkranke oder Personen in hohem Alter ist der Suizid oftmals ein Ausweg für lang gehegte Sterbewünsche, die sich in anderen Fällen auch in der Angst vor dem eigenen Autonomieverlust oder einer Isolation am Lebensende begründen (vgl. PS: 41, 53). Betroffene wünschen sich, dass ihre durchaus bedachten Entscheidungen respektiert werden, und haben teils die Befürchtung, nicht geachtet oder unerwünscht therapiert zu werden (vgl. PS: 41): „*Und heute besteht auch bei den Betroffenen Angst, nicht ernst genommen zu werden, als psychisch krank abgestempelt zu werden oder auch zwangsweise behandelt zu werden*“ (PS: 13).

Aus medizinischer Sicht ist daher ein kompetenter, interdisziplinärer und verantwortungsbewusster Umgang mit Suizidwünschen wünschenswert, bei dem Betroffene respektvoll behandelt werden (vgl. PS: 16, 18, 45f., 48, 52). Nicht zu vergessen ist die erforderliche Aufmerksamkeit und Sensibilität bei „*suizidaler Kommunikation*“ (PS: 13). An dieser Stelle beginnt die praktische Anwendung wissenschaftlicher Kenntnisse, die zur Voraussetzung für die medizinische Profession wird. Es reicht nicht aus, nur ein offenes Ohr zu haben, denn suizidale Patient*innen sind immer noch das zentrale Bezugsproblem. Die ärztliche Intervention beginnt bei einer professionellen Einordnung der Suizident*innen und ihrer Wünsche (vgl. PS: 5, 47f., 53; RS: 4): „*Es geht nicht um Sie, es geht nicht um uns, sondern es geht um unser Gegenüber, damit wir wissen, wo er oder sie steht*“ (PS: 5). Ein in sich paradoxer Satz, denn die fachliche Einstufung dient eigentlich nur den Expert*innen als Anknüpfungspunkt. Es geht ihnen darum, individuelle Kontexte nachzuvollziehen (vgl. PS: 10, 12, 16, 18f.) und der funktionalen Bedeutung (vgl. PS: 6f.) suizidaler Gedanken nachzugehen. In diesem Zuge schätzen sie nicht nur den Lebenswillen ein (vgl. PS: 5),

sondern unterscheiden zwischen Sterbe- und Suizidwünschen (vgl. PS: 50f.). Des Weiteren identifizieren sie alle emotionalen, affektiven oder materiellen Gründe und äußeren Einflüsse, welche die Selbstbestimmung einschränken (vgl. RS: 6) und die Lebensbejahung verhindern (vgl. RS: 11). Zuletzt diagnostizieren sie mögliche psychologische Erkrankungen und versuchen festzustellen, ob die Suizidwünsche ein Teil oder eine Folge derselben sind (vgl. PS: 5, 48f., 50f.; RS: 5f.).

Erneut macht sich die medizinische Autorität und Deutungshoheit bemerkbar, da davon ausgegangen wird, tatsächlich alle Hintergründe und Auswirkungen von Suizidwünschen aufdecken zu können. Was sich bereits in den juristischen Formulierungen zeigt, ist auch hier auffällig: Obwohl Suizidwünsche und deren Stabilität nicht eins zu eins nachvollzogen werden können, versuchen beide Professionen, das komplexe Bezugsproblem auf den Punkt zu bringen. Erst dann ist es ihnen möglich, je eigenlogisch zu reagieren und nach Lösungen zu suchen. Während den Jurist*innen unter anderem die rechtlichen Begrifflichkeiten und Bezüge auf das Urteil des Verfassungsgerichts bei der Eingrenzung der Suizidthematik halfen, strukturiert sich die medizinische Herangehensweise in dezidierten suizidalen Beschreibungen sowie in der fachlichen Einordnung von Betroffenen im Rahmen intervenierender und präventiver Maßnahmen: *„Suizidprävention, so lässt sich zusammenfassen, steht auf einem humanistischen, die Freiheit des Menschen fordernden und ermöglichenden Konzept“* (PS: 49). Laut den Sachverständigen handelt es sich um ein *„Angebot der reflektierenden Begleitung“* (PS: 49), das selbstbestimmte und rationale Entscheidungen ermöglichen soll (vgl. PS: 8, 19, 42; RS: 9). Allerdings bedeutet die Ausweitung der individuellen Selbstbestimmung auch ein umfängliches Intervenieren und Thematisieren aller Lebensdimensionen. Innerhalb vertraulicher Beziehungen werden die Suizidwünsche bewusst und wiederholt angesprochen (vgl. PS: 13 16, 18, 42, 49, 50, 53, 56; RS: 5):

„Suizidprävention bedeutet, in dieser Situation nicht jemanden von irgendetwas manipulativ oder sonst wie zu überzeugen, sondern mit jemandem die Möglichkeiten zu besprechen, die in der einen oder anderen Situation bestehen, aber nicht kühl und sachlich, son-

dern innerhalb einer therapeutischen oder beraterischen oder sonst wie, auf einen längeren Zeitraum angesiedelten Beziehung“ (PS: 56).

Um auf die eingangs ausgeführte These in klinischen Kontexten zurückzukommen: Sobald der Suizid als Risiko beobachtet wird, folgen risiko- und folgenbehaftete Entscheidungsketten für alle Beteiligten (vgl. Luhmann 1991: 120ff.). In diesem Zusammenhang orientieren sich medizinische Fachkräfte überwiegend an dem gegenwärtigen Sterbeideal, „gut“ zu sterben (vgl. Streeck 2016: 143ff.). Entsprechend werden „bestmögliche“ Entscheidungen in kritischen, lebensbedrohlichen Situationen angestrebt (vgl. Zimmermann 2012: 220ff.). Ebenso wie Sterbeprozesse können auch suizidale Phasen organisiert und optimiert werden (vgl. Streeck 2016: 146). Das spiegelt sich etwa in einem Forschungsprojekt wider, auf das ein Palliativmediziner aufmerksam macht:

„Ich beziehe mich auf Ergebnisse eines großen vom BMBF [Bundesministerium für Bildung und Forschung] geförderten Forschungsprojekts bei uns, DeDiPOM [The desire to die in palliative care: Optimization of management, Optimierung des Umgangs mit Todeswünschen in der Palliativversorgung]“ (PS: 4).

Er selbst konnte an der Entwicklung von Kompetenztrainings für verschiedene sterbebegleitende Professionen mitwirken mit dem Ziel, den Umgang mit Suizidwünschen zu optimieren (vgl. PS: 4, 20). Am Ende wurde ein Gesprächsleitfaden für Betroffene und Angehörige gestaltet (vgl. PS: 4, 8f., 18ff.), bei dem unter anderem das Verhältnis von Lebenswillen und Todeswunsch gemessen werden soll (vgl. PS: 15, 19f.). Suizidalität wird unmittelbar als Krankheitszustand wahrgenommen, der behandelbar ist und in immer besser funktionierenden klinischen Organisationen ausgehandelt wird. Einen hohen Stellenwert besitzt die ausführliche Patientenkommunikation (Luhmann 1990: 190). Zum routinierten Vorgehen gehört das explizite Nachfragen, das mehrmals mit dem positiven Nutzen für Betroffene legitimiert wird (vgl. PS: 4, 7, 8, 18, 21f., 49f.): *„Reden über Suizidalität entlastet, reduziert den suizidalen Handlungsdruck“* (PS: 13). Dass die professionelle, sozial-psychologische Begleitung in einzel-

nen Fällen auch erwünscht ist, belegen die Expert*innen mit Erlebnissen aus ihrer persönlichen Klinikerfahrung (vgl. PS: 50, 54):

„Das Interessante an den Gesprächen, die ich mit suizidalen Menschen geführt habe, ist, dass man natürlich in diesem Kontext miteinander sprechen kann, aber doch rasch das Bedürfnis kommt, über Dinge, über Beziehungen, über Menschen, über das eigene Leben in einer sehr praktischen Weise zu reden“ (PS: 54).

Eine Patientin begrüßt auch die explizite Thematisierung:

„Ich erwiderte, dass ich gern die Hintergründe ihres Wunsches verstehen wolle. Darüber wollte sie sprechen“ (PS: 49).

Offensichtlich überschneidet sich ihre Beobachtung mit der ihres Psychologen, sodass sie die eigene Suizidalität als Risiko wahrnimmt und automatisch in die Rolle einer Suizidentin rutscht. Sie fügt sich gewissermaßen den organisationalen Strukturen und akzeptiert die medizinischen Interventionen, sodass sie als Patientin über die Risiken ihres Krankheitszustandes aufgeklärt werden kann (vgl. Samerski/Henkel 2015: 85). Bevor Entscheidungen zum weiteren Vorgehen getroffen werden können, erfolgen Informations- und Beratungsgespräche (vgl. PS: 6). Die Offenlegung möglicher Behandlungsoptionen verlagert die Verantwortung auf die Betroffenen, für die sich der Druck erhöht, Entscheidungen zu treffen und deren risikobehaftete Folgen zu tragen (vgl. Samerski/Henkel 2015: 85). Allerdings müssen sie sich im Kontext spezifischer medizinischer Möglichkeiten auf vorkalkulierte Risiken verlassen (vgl. ebd.: 106f.). Dementsprechend fungiert die Patientenresponsibilisierung als medizinisches Mittel, um die komplexe Sachlage zu bewältigen und sich schließlich abzusichern, bestmöglich auf die Suizidalität reagiert zu haben. Die Einwilligung zu Aufklärungsgesprächen wird erwartet, denn so oder so geht es darum, entweder gut zu sterben oder gut weiterzuleben. Letzteres ist aus medizinischer Sicht wesentlich anschlussfähiger, sodass betreuende Ärzt*innen zunächst alle Alternativen zum Suizid oder zur Beihilfe vorstellen und ihrer Aufgabe nachkommen, auf die Gleichzeitigkeit

von Körper und Bewusstsein zu reagieren (Luhmann 1990: 190), um das Leben zu erhalten: Zum einen besteht die Möglichkeit der Schmerz- bzw. Symptomlinderung, auch bei schweren Krisen oder Krankheiten (vgl. PS: 8, 42f.; RS: 5). Zum anderen werden Gestaltungsmöglichkeiten und die potentielle Lebensqualität hervorgehoben, auch beispielsweise bei einer Demenzdiagnose oder im hohen Alter (vgl. PS: 32; RS: 9). Unabhängig von persönlichen Anliegen wird den Betroffenen vor Augen geführt, dass medizinisch-therapeutische Interventionen für nachlassende Suizidwünsche sorgen können (vgl. PS: 6; RS: 11). Bevor Suizidbeihilfe zur Sprache kommt, werden sie auf palliative Versorgungsmöglichkeiten sowie auf das Potential von Psychotherapien und therapeutischen Beziehungen aufmerksam gemacht (vgl. PS: 38, 43, 48, 51):

„Und hier wird bedeutsam, dass wir den Menschen darlegen, was eigentlich eine Therapie, eine Rehabilitation, eine Pflege, eine umfassende psychologische und spirituelle Begleitung bewirken kann“ (RS: 6).

Dies untermalen die Psycholog*innen mit entsprechenden Evidenzen über Erfolgserlebnisse aus ihrer alltäglichen Berufspraxis, die von bewährten Interventionen zeugen:

„Wir erfahren es täglich, dass Menschen nach sechs, acht oder zehn Wochen wieder nach Hause gehen und das Leben als lebenswert empfinden“ (PS: 27).

Entscheidend ist hierbei der klinische Kontext, in dem optimierte Organisationsstrukturen auf individuelle Suizidwünsche einwirken, und zwar stets mit dem Ziel der Genesung und des Lebenserhalts. Wie bei anderen Professionen ist auch die medizinische Betrachtung des Geschehens perspektivisch und konzentriert sich auf einen expliziten Handlungsbereich, sodass sich die Fachvertreter*innen nicht auf unbehandelte Suizidwünsche außerhalb des klinischen Umfeldes beziehen können. Ihre Zugriffsmöglichkeiten erstrecken sich speziell auf ihren Praxis- oder Klinikalltag. Um möglichst zielführend mit der problematischen und komplexen Suizidalität umzugehen, klammern sie sich an ihre bewährten Ressour-

cen und Lösungsstrategien. In ihren Augen ist primär die aktive Beeinflussung von suizidalen Personen hilfreich und funktional. Sie fördern nicht nur deren Resilienzaufbau, sondern auch die Krisenbewältigung und erinnern sie zudem an ihre Lebensbindungen und -verpflichtungen oder -verantwortungen (vgl. RS: 7, 12):

„Wir als Menschen können scheinbar paradoxe Dinge gleichzeitig denken. Das ist völlig normal. Und das ist auch beim Thema Todeswunsch und Lebenswille so. Und wir können das beeinflussen“ (PS: 7).

Dass ihre Interventionen bevormundend und abschreckend wirken können, ist einigen Expert*innen durchaus bewusst (vgl. PS: 32). Demzufolge ist es ihnen besonders wichtig, Suizidwünsche nicht unmittelbar zu pathologisieren (vgl. PS: 15, 46; RS: 11), sondern unbewertet zu respektieren und anzuerkennen (vgl. PS: 10, 18, 19, 42, 46, 50, 56; RS: 7, 9). Die starke Thematisierung jener Einstellung zeigt, dass sie ebenso wie andere Berufsgruppen in die Strukturen moderner Gesellschaften eingebunden sind, in denen immer mehr sag- und denkbar wird: *„Ich wünschte, es wäre alles vorbei.“ Das darf man sagen dürfen. Punkt. Pause. Keine Aktion. Überhaupt keine Aktion“ (PS: 6).* In diesem Sinn ist auch die zunehmende Akzeptanz selbstbestimmter Individuen bei präventiven Maßnahmen gestiegen (vgl. PS: 10):

„In Gesprächen ist immer eine Akzeptanz des suizidalen Erlebens der Betroffenen notwendig. Suizidpräventiv hat sich die Entwicklung einer auf Vertrauen basierenden Beziehung erwiesen. Interventionen dürfen nie wertend sein und müssen immer die Selbstbestimmung des Suizidalen achten“ (PS: 13).

Dennoch stoßen die Spezialisten auf Grenzen ihres medizinischen Handelns, wenn beispielsweise Suizidwünsche trotz kompetenter Begleitung stabil bleiben (vgl. PS: 6, 42f.). Ihre Zugriffsmöglichkeiten auf den komplexen Sachstand beschränken sich auf ihr Fachgebiet, sodass sie keinen Einfluss auf Suizidwünsche ohne den Hintergrund einer psychischen oder physischen Krankheit besitzen: *„[...] dann werden wir möglicher-*

weise diesen Suizidwunsch, so schwer es uns fällt und so sehr wir gekämpft haben, annehmen müssen“ (RS: 7).

Abgesehen davon können Beratungs- und Versorgungsangebote freiwillig in Anspruch genommen werden (vgl. PS: 46; RS: 5). Sie abzulehnen ist ebenso eine anschlussfähige Entscheidungsmöglichkeit im klinischen Organisationskontext. Interessant ist, dass erst an dieser Stelle die Suizidbeihilfe ins Spiel kommt. Angesichts der lebenserhaltenden Gesinnung handelt es sich um eine zutiefst widersprüchliche Option. Es ist nicht verwunderlich, dass sie erst in Betracht gezogen wird, wenn keine anderen Handlungsmöglichkeiten mehr denkbar sind. Für die meisten Mediziner*innen ist es eine Herausforderung, sich von ihrem Bezugsproblem zu lösen und die Suizidalität einer Person hinzunehmen. Vor allem vor dem Hintergrund zunehmend ausdifferenzierter palliativer Möglichkeiten wird der Kampf um den Lebenserhalt nur ungern aufgegeben. Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts sehen sie sich jedoch zunehmend gezwungen, sich mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Suizidbeihilfe auseinanderzusetzen, selbst wenn sie der palliativen Praxis klar entgegenstehen (vgl. Gerson et al. 2021: 3536f.).

Das Urteil verpflichtet zunächst niemanden dazu, Beihilfe zu leisten. Diese ist, wie in den juristischen Ausführungen beschrieben, im Moment noch nicht ausdrücklich im ärztlichen Berufsrecht geregelt. Früher oder später werden sich Ärzt*innen vermutlich dennoch für oder gegen diese Möglichkeit entscheiden müssen und Patient*innen diesbezüglich informieren und aufklären (vgl. Seale 2010: 681). Bisher sprechen nur wenige Expert*innen im ER mit Betroffenen über Alternativen zur therapeutischen und versorgenden Praxis und beraten sie zur Suizidbeihilfe oder erwähnen andere Auswege, wie zum Beispiel Sedierungen, den Verzicht auf Nahrungsaufnahme oder das Stoppen lebenserhaltender Maßnahmen (vgl. PS: 8, 42). Letztlich ist die Beihilfe für einige kein Ausschlusskriterium, obwohl sie nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich liegt:

„Der assistierte Suizid ist keine Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung [...]. Das schließt nicht aus, dass Palliativmedizinerinnen und -mediziner in Einzelsituationen Suizidbeihilfe geleistet haben oder auch in Zukunft bereit sind, Suizidbeihilfe zu leisten“ (PS: 42).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Mediziner*innen ebenso stark wie Jurist*innen von ihrem beruflichen Hintergrund beeinflusst werden, jedoch zusätzlich stark an wissenschaftliche und klinische Institutionen gebunden sind. Sie fokussieren sich viel weniger auf Suizidbeihilfe, sondern beginnen mit einer phänomenologischen Beschreibung von Suizidalität mit explizit medizinischen Begriffen und fachspezifischen Vertiefungen. Die ausführliche Differenzierung ist ein Mittel, um den Suizidkomplex in medizinische Worte zu fassen, und wird zum Anknüpfungspunkt für den Umgang mit Suizident*innen. Deren Suizidwünsche bekämpfen sie mit all ihren medizinischen Mitteln. Der Einsatz und die optimierende Weiterentwicklung therapeutischer Interventionen und Präventionsmaßnahmen unterstützen sie letztlich bei der Bewältigung der Kontingenz und der Lösung ihres Bezugsproblems. Erst wenn keine lebenserhaltenden Maßnahmen mehr greifen, ist die Suizidbeihilfe eine trotz ihrer paradoxen Wirkung hinsichtlich der eigentlich lebensbejahenden und heilenden Professionslogik mögliche Option.

5.4 Moralische Bewertung von Suizid und Suizidbeihilfe

In den letzten beiden Kapiteln wurden zwei Perspektiven dargestellt und analysiert, die mit eindeutigen Berufsbildern verknüpft sind. Grob gesagt beschäftigen sich Jurist*innen mit Rechtsangelegenheiten und Mediziner*innen mit Krankheiten. Die jeweiligen Sachverständigen tragen mit ihren Ausführungen zu einer dezidierten Aufschlüsselung des Suizidkomplexes bei. Bisher ging es nicht nur um die gesetzlichen Grundlagen der Suizidbeihilfe und die Implikationen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts, sondern auch um medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse und therapeutische Reaktionen auf Suizidalität. Selten enthielten die Statements allerdings eine moralische Komponente. Es wurde nur diskutiert, ob Suizide und Suizidbeihilfe rechtlich legitim sind, jedoch nicht, ob sie moralisch zulässig sind. Daher soll der Fokus im dritten Kapitel auf ethischen Überlegungen liegen und sich den moralischen Bewertungsoptionen der Suizidthematik widmen.

5.4.1 Ethisch-philosophische und theologische Bezüge und Argumentation

Im Verlaufe der Ethikratssitzung zum „Recht auf Selbsttötung“ erhalten zwei Ethiker das Wort, die sich im Vergleich zu den übrigen Expert*innen nicht als eindeutige Vertreter bestimmter Berufsbilder präsentieren. Carl Friedrich Gethmann, Professor für Wissenschaftsethik am Forschungskolleg der Universität Siegen, beginnt mit einer philosophisch-ethischen Perspektive, an die Franz-Joseph Bormann, Inhaber des Lehrstuhls für Moralthologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität in Tübingen, mit einem theologisch-ethischen Blickwinkel anschließt (vgl. RS: 13). Beide sind im wissenschaftlichen System verortet und einerseits an der philosophischen, andererseits an der theologischen Wissenschaft orientiert, weshalb ihre Ausführungen ebenso von fachlicher Expertise zeugen. Sie beobachten die Thematik mit fachspezifischen Blicken, um sich auf den Sachkomplex zuzubewegen: *„Das Thema der Erlaubtheit oder der moralischen Bewertung von Selbsttötung ist ein außerordentlich komplexes Thema“* (RS: 18). Als Wissenschaftler sind sie sich nicht nur der allgemeinen Komplexität, sondern auch ihrer eigenen Standortgebundenheit bewusst (vgl. Luhmann 1992: 629):

„Ich habe jetzt aus der individualethischen Perspektive gesprochen mit Blick auf Regularien, als Gesetzgebung, usw. All diese individual- und tugendethischen Reflexionen müssen natürlich durch rechtliche und sozialetische Reflexionen ergänzt werden“ (RS: 24).

Suizide sind nicht nur Gegenstand medizinischer und rechtlicher Wissenschaft, sondern finden auch ihren Platz in der theologischen und philosophischen Tradition. Es wird ebenso anhand der Unterscheidung wahrer und falscher Sätze Wissen produziert und dementsprechend zum gegenseitigen Erhalt des Wissenschafts- und Gesellschaftssystems beigetragen (vgl. Luhmann 1992: 616ff.). Aufgrund ihrer akademischen Verwurzelung ist es beiden Ethikern möglich, wiederholt wissenschaftliche Zusammenhänge herzustellen. Der Theologe Bormann beginnt beispielsweise mit einem geschichtlichen Rückblick auf Suizidalität von der Antike bis in die Gegenwart, wobei er die teils emanzipierte und teils bedingte Willens-

freiheit als größten Einflussfaktor auf mögliche suizidale Gedanken definiert (vgl. RS: 18ff.). Der Philosoph Gethmann hingegen nimmt explizit auf philosophische Klassiker wie Kant oder Seneca Bezug (vgl. RS: 15f.) und stellt die „*Handlungsurheberschaft*“ (RS: 16) bei Suiziden in den Mittelpunkt. Seine wissenschaftliche Orientierung ist im Vergleich zu Bormann stärker ausgeprägt, sodass er in typisch philosophischer Manier auf Fachbegriffe wie den „*Illegitimitätsverdacht*“ (RS: 15) oder den „*Inkompatibilismus*“ (RS: 16) zu sprechen kommt. Des Weiteren übt er Kritik hinsichtlich eines „*naturalistischen Handlungsverständnisses*“ (RS: 16), wonach Suizide eindeutig identifizierbare Ursachen aufweisen. In klarer Abgrenzung zu den Mediziner*innen definiert er Suizide nicht als kausal erklärbare und präventiv verhinderbare Ereignisse, sondern betont vielmehr die Relevanz, sie individuellen Personen zuzurechnen. Nur so können sie auch normativ bewertet werden (vgl. RS: 46). Aus philosophisch-ethischer Sicht ist die Zuschreibung einer Handlungsurheberschaft die entscheidende Voraussetzung, um generell an Suizidalität anschließen zu können (vgl. RS: 16). In diesem Zusammenhang verweist Gethmann auch auf die zu gering ausfallenden moralischen Reflexionen der Suizidthematik, die alle übrigen Kommunikationen diesbezüglich erst ermöglichen (vgl. RS: 14). Auch wenn die ethische Disziplin keinen Anspruch auf Deutungshoheiten erhebt und sich regelmäßig im ER gleichwertig neben anderen Professionen einordnet (vgl. Barth/Nassehi/Saake 2020: 291f.), spiegelt sich in der Aussage von Gethmann eine gewisse Dominanz. Letztlich handelt es sich auch bei seiner Betrachtung um eine perspektivische Realitätskonstruktion und einen besonderen Zugriff auf die Suizidthematik.

Ebenso wie die medizinischen und rechtlichen Expert*innen profitieren beide Professoren von ihrer universitären Laufbahn, die es ihnen ermöglicht, auf fachspezifische Kenntnisse zurückzugreifen und institutionell erlernte Fähigkeiten praktisch anzuwenden (vgl. Luhmann 1990: 187). Dies zeigt sich bei Gethmann, wenn er mithilfe logischer Argumentationen den komplexen Sachverhalt verbotenen oder erlaubten Verhaltens zu vereinfachen versucht:

*„Eine Handlung ist genau dann erlaubt, wenn sie nicht verboten ist.
Das heißt, es wird nach den hinreichenden moralischen Verbotsgrün-*

den gefragt. [...] ein Argument ist umso schwächer, je stärker die Prämissen sind, die man braucht, um es plausibel zu machen“ (RS: 15).

Zu Beginn legt er die moralischen Bewertungsoptionen hinsichtlich des Suizids und der Suizidbeihilfe offen: Ist der Suizid moralisch erlaubt, ist der Zwang weiterzuleben unzulässig. Ist der Suizid jedoch verwerflich, bleibt der Zwang zu leben fraglich. Nur in erstem Falle ist auch die Beihilfe ethisch und rechtlich zulässig (vgl. RS: 13ff.). Ohne die Thematik zu beurteilen, beschreibt Gethmann beide Optionen und zieht jeweilige Schlussfolgerungen daraus. Mithilfe des Rückgriffs auf die wissenschaftliche Disziplin der Logik gelingt es ihm, ein klares Bezugsproblem einzugrenzen und zu thematisieren: Suizide und Suizidbeihilfe können aus verschiedenen Positionen heraus interpretiert werden und in divergierenden Normvorstellungen münden.

Insbesondere in modernen Gesellschaften treffen funktional differenzierte Sprecherpositionen in zunehmend gleichberechtigten Arenen aufeinander (vgl. Luhmann 1992: 635f.). In diesem Kontext wachsen Möglichkeitsräume und verkomplizieren homogene Entscheidungsfindungen. Ein Beispiel sind die kontroversen Debatten um den Suizidkomplex, der ungeachtet der Schwierigkeiten eine Lösung verlangt. Interessant ist, dass der Theologe Bormann es sich nicht zur Aufgabe macht, die entsprechende Sach- und Entscheidungsgrundlage zu explizieren, was seine doppelte Verortung in Religion und Wissenschaft verrät. Offensichtlich ist eine der beiden Bewertungen fest in der Weltkonstruktion verankert, die seinen Ausführungen zugrunde liegt, sodass seine Argumentation von Beginn an einseitig ausgelegt ist. Doch abgesehen von ihren persönlichen Positionierungen beanspruchen beide Experten den ethischen Bereich, um ihre Argumentationen zu rahmen, sodass die Frage im Raum steht, ob Suizide und demnach auch Suizidbeihilfe zulässig oder unzulässig sind. Auf unterschiedliche Weise schließen sie kommunikativ an die konstruierte Doppelkodierung des Gegenstandes an und bearbeiten ihn mit eigenen Mitteln. Wie schon bei den anderen „*Beobachterpositionen*“ (Luhmann 2002: 198) stehen sie vor der Herausforderung, ihr konkretes Bezugsproblem der moralischen Zu- oder Unzulässigkeit in Angriff zu nehmen.

5.4.2 Spannungsfeld der moralischen (Un-)Zulässigkeit von Suizid/-beihilfe

Keiner der beiden Professoren manifestiert eine Positionierung innerhalb des moralischen Spannungsfeldes oder entscheidet sich unmittelbar für eine der beiden möglichen Bewertungen. Ob sie Suizide oder Suizidbeihilfe befürworten oder ablehnen und inwiefern sie mit der kontingenten Sachlage umgehen, spiegelt sich allenfalls in ihren Argumentationsstrukturen: Der Ethiker Gethmann nähert sich dem Themenkomplex, indem er differenzierte Begründungen der moralischen Zu- und Unzulässigkeit definiert. Wie beschrieben, liegt ihm insbesondere die universelle Zuschreibung der Handlungsurheberschaft am Herzen, die moralische Beurteilungen erst ermöglicht. Sie begründet die Menschenwürde und steht jeder zweckrational handelnden Person zu, sodass sie beispielsweise auch Sterbenskranken nicht abgesprochen werden kann (vgl. RS: 16, 40f, 46). Auf der Basis seines grundlegenden Menschen- und Handlungsverständnisses strukturiert er seine weiteren Ausführungen und identifiziert Legitimitäts- und anschließend Illegitimitätsgründe für entsprechende Handlungen: Aus seiner Perspektive sind Suizide maßgeblich moralisch zulässig, da es kein (rechtliches) Verbot gibt, sich das Leben zu nehmen. Seine logische Erklärung fundiert er mit dem Umstand überwiegend schwacher Gegenargumente für mögliche Verbotsgründe (vgl. RS: 15). Sie fallen in seinen Augen nicht ins Gewicht, sodass er nur einen nennt, den oft befürchteten Freiheitsverlust aufgrund eines Suizids, den er aber verneint (vgl. RS: 16). Entsprechend seiner logischen Schlussfolgerung geht mit der moralischen Zulässigkeit suizidaler Handlungen die Unzulässigkeit des Lebenszwangs einher, die bereits durch das Fehlen institutionell bereitgestellter Suizidmittel unterlaufen wird (vgl. RS: 43f.). Angesichts dessen ist Suizidbeihilfe moralisch zulässig (vgl. RS: 25) und sollte laut Gethmanns straflos sein:

„Wenn der Suizident klar der Handlungsurheber ist oder, wie die Juristen vielleicht lieber sagen, die Tatherrschaft hat, dann ist die Beihilfe erst mal erlaubt, unter Umständen sogar geboten, denn es gibt ein allgemeines Hilfegebot“ (RS: 25).

Dies ist allerdings nur die eine Seite seiner doppelt strukturierten Argumentationsfigur. Seine Überlegungen sind ethisch begründet und erheben den Anspruch, den Möglichkeitsraum der moralischen Bewertungen neutral offenzulegen, ohne sich unmittelbar auf eine bestimmte Normvorstellung zu fokussieren. Aus diesem Grund findet sich in seinem Vortrag keine Formulierung, in der er sich ausdrücklich für oder gegen Suizidbeihilfe ausspricht. Das wäre eine Reduktion der komplexen Sachlage, die sich nicht nur in den zwei Bewertungsmöglichkeiten entfaltet, sondern auch in deren Schlussfolgerungen und Implikationen. Um die Kontingenz dennoch auf den Punkt zu bringen, stellt er die Kontextbezogenheit von Suiziden und Suizidhilfe ins Zentrum, die je nach Situation moralisch zulässig oder unzulässig sein können. Unter gewöhnlichen Umständen spricht aus seiner Sicht nichts gegen die Erlaubtheit und Strafflosigkeit, aber es gibt Ausnahmen. Erneut stützt er sich auf sein Menschenverständnis und kommt auf die individuelle Selbstbestimmung zu sprechen. Zwar ist sie ebenso eine zentrale Bedingung der Menschenwürde, sie unterliegt allerdings natürlichen Schwankungen, weswegen sie relational verfasst ist und situationsbezogen begrenzt sein kann (vgl. RS: 17). Demgemäß fallen Suizide nicht mehr unter die moralische Legitimität, wenn die Willensfreiheit der Betroffenen eingeschränkt ist (vgl. RS: 15), sei es durch äußere Zwänge, unbegründete Ängste oder Isolationen (vgl. RS: 25, 42, 51): „*Den in Liebeskummer befindlichen Werther wollen wir gerade nicht anerkennen*“ (RS: 50). In diesen und in Fällen starker normativer oder sachlicher Lebensverpflichtungen, so Gethmann, greift die relationale Pflicht weiterzuleben (vgl. RS: 17, 43). Und auch hier folgt er seiner logischen Grundstruktur, wonach zwar offenbleibt, ob der Zwang weiterzuleben erlaubt, jedoch die Beihilfe in allen Fällen illegitim ist. Das bedeutet auch, dass Helfende, die mit instabilen, nicht nachvollziehbaren Gründen konfrontiert werden, der moralischen Unterlassungspflicht unterliegen (vgl. RS: 47).

Als Universitätsprofessor im Bereich der Wissenschaftsethik ist Gethmann Experte für die philosophisch-ethische Ausleuchtung kontroverser Gegenstände. Seine Herangehensweise ist durchwegs von aufeinander aufbauenden logischen Gedanken geprägt, die dazu dienen, komplexe Verstrickungen zu lösen. Immer wieder schließt er an seine fachlichen Aussagen

an mit dem Ziel, Wissen zu generieren und das moralische Spektrum der Suizide und Suizidbeihilfe auszuleuchten. Da seine Sätze auch für andere Professionen nachvollziehbar sein müssen (vgl. Luhmann 1992: 654), expliziert er zunächst sein philosophisches Handwerkszeug und wendet es in einem zweiten Schritt praktisch auf die Suizidthematik an. Von Anfang an kann sich das Publikum im ER auf einen ethisch orientierten Vortrag einstellen, um Gethmanns eigenlogischer Betrachtung zu folgen und in anschließenden Diskussionen kommunikativ darauf zu reagieren. Denn nur in Reaktion auf äußere Einflüsse und deren Verarbeitung können die vertretenen Expert*innen ihre jeweiligen Funktionssysteme in Abhängigkeit zu anderen autopoietisch erhalten (vgl. ebd.: 637f.).

Professor Bormanns Beobachtungs- und Bearbeitungsmethode hingegen ist etwas anders strukturiert. Zwar sind seine Sätze ebenso philosophisch verfasst, jedoch beschränken sie sich auf eine der beiden moralischen Bewertungsoptionen. Zu Beginn betont er, dass traditionelle „*konvergente suizidkritische Einstellungen*“ (RS: 18) in Gesellschaft, Religion und Philosophie in Quantität und Qualität überwiegen. Auch hier lässt sich keine eindeutige persönliche Positionierung finden, wobei sich seine Argumentation fast ausschließlich auf die Ablehnung des Suizids und der Beihilfe bezieht. Als Theologieprofessor ist er nicht nur Teil des wissenschaftlichen, sondern auch des religiösen Systems, sodass sich seine Perspektive parallel in philosophischen und religiösen Aussagen erstreckt. Eine Verknüpfung der beiden funktionalen Bereiche ist erst mit Beginn funktional differenzierter Gesellschaften möglich geworden. Mit der neuen Gesellschaftsformation und der damit einhergehenden Komplexitätssteigerung hat das religiöse Bewusstsein um den Verlust der universellen Deutungsmacht der Religion sowie um ihre Parallelität neben anderen, gleichwertigen Systemen zugenommen. Luhmanns Interpretationen zufolge wird die Ethik daher zum „*neutralen Terrain*“ (Luhmann 2002: 220), auf dem über erlaubte und verbotene Verhaltensweisen diskutiert wird. Innerhalb der objektiven Gegenüberstellung möglicher Normvorstellungen und Bewertungsoptionen wird weder auf wahren wissenschaftlichen Sätzen noch auf religiösen Erkenntnissen bestanden (vgl. ebd.: 220). In diesem Kontext erweist sich der ER als idealer Ort, um über die Zu- oder Unzulässigkeit von Suiziden und Suizidbeihilfe zu debattieren und sich

in Abkehr von universalisierten Perspektiven vielmehr einer differenzierten Offenlegung aller Entscheidungsprämissen zu widmen. Die moderne Einstellung hinsichtlich des religiösen Stellenwerts zeichnet sich auch bei Bormann ab, der in seiner Präsentation sachlich zwischen philosophischen und religiösen Beweggründen unterscheidet. In diesem Sinne macht er auf zwei mögliche suizidkritische Positionen aufmerksam, ohne sich selbst darin zu verorten. Ihm ist es besonders wichtig, seine theologische Beweisführung philosophisch zu begründen und neben Argumenten für die moralische Zulässigkeit des Suizids auch gegenläufige vorzustellen (vgl. RS: 20, 44). Mit diesen beginnt er seinen Vortrag:

„Ich möchte jetzt eine kleine Tour d’horizon machen im Blick auf eine ideengeschichtliche Aufhellung des Hintergrunds für unsere Frage“ (RS: 18).

Neben Argumenten im Kontext des Werts menschlichen Lebens spricht er die moralische Pflicht an, sich als sittliches Wesen selbst zu lieben und zu erhalten (vgl. RS: 20, 44). Er beruft sich auf ein etwas anders ausgerichtetes Freiheitsverständnis als Gethmann und definiert Handlungen einerseits als freiwillig und damit zurechenbar und andererseits als zielgerichtet: *„Freiheit ist immer auch Freiheit zu etwas, hat eine positive Dimension“* (RS: 18). Somit reicht es nicht aus, Suizide zu rechtfertigen, nur weil sie freiwillig geschehen (vgl. RS: 18). In seinen Augen widerspricht der Suizidwille dem persönlichen Lebenswert und führt zum Verlust von Selbstzweck und Freiheit (vgl. RS: 21). Das extrem selbstschädigende Verhalten hat nur das Ziel der unwiederbringlichen *„Selbsterstörung“* (RS: 18), die gegen die Menschenwürde verstößt und dem Sterbeideal eines Reifeprozesses widerspricht (vgl. RS: 21f.). Für ihn gilt die *„kategorische Unterlassungspflicht“* (RS: 44) nach Kant, wonach Suizide per se moralisch unzulässig sind. Dennoch räumt er ein, dass angesichts dieser Bewertung niemand zum Weiterleben gezwungen ist, selbst wenn Suizidmittel und -beihilfe unzugänglich sind (vgl. RS: 26, 44).

Bormanns Schilderungen bilden den philosophischen Gegenpart zu Gethmanns Ausführungen, sodass sich divergierende Aussagen zur Zu- und Unzulässigkeit von Suizidbeihilfe gegenüberstehen. Wie bereits ange-

sprochen, geht es nicht darum, auf den jeweiligen Gründen zu bestehen, sondern die Aufmerksamkeit auf das entsprechende Spannungsfeld zu lenken. Sie kontrastieren in ihren Statements gewissermaßen bildhaft die divergierenden Ansichten gesellschaftlicher Interessengruppen.

Aus diesem Grund zieht Bormann in einem weiteren Schritt religiöse Beweggründe heran, die seine philosophisch-wissenschaftliche Beweisführung untermauern. Er stützt sich auf das Christentum, den Islam und das Judentum, die zwar im Zuge der Ausdifferenzierung des Religionssystems mit unterschiedlichen Dogmen und Organisationsstrukturen ausgestattet sind (vgl. Luhmann 2002: 197), jedoch in diesem Kontext übereinstimmende Vorstellungen umfassen. Alle drei hegen missbilligende Haltungen gegenüber Suiziden, die aus dieser Sicht dem individuellen Lebenswert und der sozialen Verbundenheit gegenüberstehen (vgl. RS: 22). Genau wie andere Systeme verfügen sie über eine eigene Weltbeschreibung in zeitlicher, sachlicher und sozialer Dimension, an die sie permanent anschließen (vgl. Luhmann 2002: 200ff.). Im Vergleich zu anders Möglichem machen sie ihren Gläubigen das Angebot einer religiösen Weltbeobachtung (vgl. ebd.: 214), innerhalb derer sie religiös motiviert handeln und sprechen können (vgl. ebd.: 206). In diesem Zusammenhang sind Religionsangehörige jedoch auch an die semantischen Glaubens- und moralischen Verhaltensvorstellungen der jeweiligen Religion gebunden (vgl. ebd.: 196f.). Sie befinden sich in einem vertraglichen Verhältnis mit Gott, sodass sie zur persönlichen Lebensgestaltung verpflichtet und nicht zur überheblichen Selbstzerstörung berechtigt sind. In Achtung und Pflege des heiligen Lebens wird demnach ein würdevolles Sterben erwartet, und angesichts des normativen Sterbeideals eines natürlichen Todes sollen medizinische Möglichkeiten vernünftig genutzt und die künstliche Lebensverlängerung nur begrenzt in Anspruch genommen werden (vgl. RS: 22f.). Zuletzt betont Bormann die persönlichen Möglichkeiten und Grenzen der religiösen Sterbegestaltung, die auf die Dominanz der religiösen Deutungshoheit und den Wunsch nach Kontrolle über die Bedürfnisse und Glaubensausrichtung der Angehörigen verweisen:

„Das heißt, da sind Limitationen eingebaut und es gibt einen individuellen Gestaltungsspielraum, aber das heißt nicht, dass das grenzenlos sein kann“ (RS: 23).

Doch wie erwähnt, sinkt der religiöse Stellenwert in modernen Gesellschaften aufgrund der Parallelität andere Systeme mit alternativen und attraktiven Realitätskonstruktionen. Auch die religiöse Weltanschauung ist schließlich nur eine Perspektive neben anderen (vgl. Luhmann 2002: 208f.). Dessen ist sich auch Bormann bewusst, weshalb er nicht auf die Universalität seiner Darlegungen besteht, sondern sie als eine mögliche Handlungs- und Denkform präsentiert. Er schließt auf andere Art und Weise an dasselbe Bezugsproblem wie Gethmann an und entscheidet sich für die Bewertungsoption der moralischen Unzulässigkeit von Suiziden und Suizidbeihilfe, auf deren Basis er seine Argumentation aufbaut. Mit Hilfe seiner expliziten Inbezugnahme auf suizidkritische Positionierungen gelingt es ihm, auf die Kontingenz des Gegenstandes zu reagieren und seine Komplexität zu bewältigen. Aber welche lösungsbasierten Schlussfolgerungen ergeben sich aus seiner und Gethmanns Thematisierungsform?

5.4.3 Umgang mit Suizidwünschen und Suizidprävention

Im Verlauf gehen beide Professoren ausführlich auf den zugrundeliegenden Themenkomplex ein und beschäftigten sich mit der moralischen Bewertung von Suiziden und Suizidbeihilfe. Im spezifischen Kontext des ER übernehmen sie eine besondere Rolle, da sie als Ethikexperten auftreten und den Gegenstand neben medizinischen und rechtlichen Aspekten mit philosophischen Überlegungen erhellen. Dennoch verfügen beide über individuelle und perspektivische Beschreibungs- und Bearbeitungsmittel, sodass sie im Vergleich zu den anderen Referent*innen keinen höheren Stellenwert besetzen. Ihre Implikationen oder Forderungen hinsichtlich des Umgangs mit Suizidwünschen ergeben sich aus ihren eigenen Bezugspunkten und Problemkonstruktionen. Gethmann beginnt mit einer detaillierten logischen Beschreibung der zwei möglichen Bewertungsoptionen und kommt zu dem Schluss, dass Suizidwünsche hinsichtlich differenzierter Hintergründe kontextspezifisch zu beurteilen sind (vgl. RS: 53).

Seine Aussagen sind von einem freiheitlichen Menschenrechtsverständnis geprägt, das vor allem in den anschließenden Diskussionen von einer die Zulässigkeit von Suizid eher befürwortenden Haltung zeugt. Suizide können in seinen Augen auch Ausdruck der natürlichen Selbstliebe sein und sich im Rahmen möglicher menschlicher Wünsche ergeben. Jemanden zum Weiterleben zu zwingen, hält er für äußerst kritisch (vgl. RS: 25). Somit appelliert er an die medizinische Hilfsbereitschaft und erinnert daran, dass der ärztliche Aufgabenbereich Suizidbeihilfe nicht zwingend ausschließt (vgl. RS: 14f.). Zudem schwächt er die Angst vor normalisierten Suiziden ab, die kein Sterbeideal darstellen. Sich das Leben zu nehmen ist eine freie Entscheidung, weswegen er vor der häufig verdeckten, religiös oder sozial begründeten Illegitimität von Suiziden warnt (vgl. RS: 15f.). Zwar ist das Individuum Teil der Gesellschaft, aber eben nicht nur:

„Der Suizidwille des Einzelnen hat zunächst Anspruch auf Respekt, und wenn er stabil ist und die Gründe, die er darlegt, nachvollziehbar, wenn auch nicht verallgemeinerbar sind, dann müssen wir einen solchen Wunsch akzeptieren und dürfen nicht sofort pathologisieren“
(RS: 17; vgl.: 47, 49).

Im selben Atemzug lenkt er die Aufmerksamkeit auf die teils selektive medizinische Sicht, die möglicherweise übersieht, dass nicht nur und nicht alle Sterbenskranke suizidwillig sind und nicht alle Suizidwilligen psychisch erkrankt sind oder sich in Behandlung befinden (vgl. RS: 14). Erneut zeigen sich seine Bemühungen, das Themenfeld ausdifferenzieren und möglichst viele Kombinationsmöglichkeiten unterschiedlicher Lebenslagen offenzulegen. Damit kommt er unter anderem seiner Aufgabe nach, die Diskussionsgrundlagen auszuweiten, um der komplexen Sachlage gerecht zu werden.

Im Einklang damit fordert auch Bormann eine differenzierte Beurteilung von Suiziden. Obwohl seine Argumentationsstruktur von Beginn an suizidkritisch orientiert ist, bleibt er sich der begrenzten Anwendbarkeit traditioneller Sätze bewusst. Dass er ebenso auf die Kontextabhängigkeit von Suizidwünschen und -motiven zu sprechen kommt (vgl. RS: 18, 23f., 54), begründet sich in seiner doppelt orientierten Positionierung in Philosophie und Theologie – oder anders gesagt im wissenschaftlichen und

im religiösen System. Mit der ausführlichen Thematisierung von Gründen, die gegen die moralische Zulässigkeit von Suiziden und Suizidbeihilfe sprechen, verfolgt er nicht den Zweck, alle Handlungen in suizidalen Zusammenhängen zu verbieten. Vielmehr startet er den Versuch, die Pluralität der Normvorstellungen zu repräsentieren und aufzuzeigen, dass nicht alle gesellschaftlichen Interessengruppen demselben freiheitlichen und autonomen Menschenverständnis folgen:

„Angesichts der Verschiedenheit der erwähnten Konstellationen, die wir im Blick auf eine mögliche Clusterung von suizidalen Phänomenen berücksichtigen müssen, müssen wir auch die Passung der durch die Tradition bereitgestellten Argumente für jedes Cluster kritisch reflektieren. Da ergeben sich unterschiedliche Konfigurationen“ (RS: 23).

Aus diesem Grund ist es in seinen Augen notwendig, die Suizidthematik umfassend theoretisch und interdisziplinär zu reflektieren (vgl. RS: 18). Dies ist ein Ausweg, um sich dem Bezugsproblem der Zulässigkeit oder Unzulässigkeit von Suizidwünschen zu stellen. Wie von beiden Ethikern dargelegt, gibt es Gründe, die Suizidwünsche befürworten oder ablehnen, sodass weder die einen noch die anderen eine höhere Relevanz beanspruchen können. Es kommt schließlich jeweils auf den individuellen Lebens- und Handlungskontext der Betroffenen an.

In einem ersten Schritt löst Bormann die kontingente Sachlage, indem er für die situations- und personenspezifische moralische Beurteilung von Suizidwünschen plädiert. Um einen geeigneten Umgang mit den individuellen Anliegen zu finden, kommt es ihm, ähnlich wie den Mediziner*innen, auf eine detaillierte Bestimmung von Suizidalität an (vgl. RS: 22). Sein Augenmerk liegt allerdings nicht auf medizinisch-psychologischen, sondern primär auf moralischen Bewertungskriterien:

„Was da überhaupt ein Grund ist, muss strikte wissenschaftsphilosophische Kriterien erfüllen. Das ergibt sich jedenfalls nicht aus Neigungen, subjektiven Stimmungen, aus keinem Geseier usw. Das sind alles wolkige Kategorien, die würde ich handlungstheoretisch und normativ-ethisch nicht anerkennen“ (RS: 26).

Seine fachliche Expertise konzentriert sich vornehmlich auf ethische Überlegungen und Reflexionen, die den Suizidkomplex genau wie andere Funktionsvertreter*innen aus einer möglichen Perspektive heraus beobachten. Neben seiner philosophisch-ethischen Herangehensweise bearbeitet er das zugrundeliegende Bezugsproblem in einem zweiten Schritt auch mit theologischen und religiös begründeten Mitteln. Im Gegensatz zu Gethmann lässt sein Vortrag auf eine suizidkritische Haltung schließen, sodass ihm präventive Maßnahmen am Herzen liegen. Um individuelle und relationale Faktoren auszugleichen, die beide einen Einfluss auf Suizidwünsche haben, fordert er, den Lebenswillen der Betroffenen zu motivieren, wobei nicht nur der Lebenswert betont, sondern auch allgemein nachvollziehbare Gründe für die Lebensbindung dargelegt werden sollen (vgl. RS: 25f.): *„Es müssen positive Erlebnisräume von sittlicher Subjektivität geschaffen werden, damit der Betreffende Lust am Leben wiedergewinnen kann [...]“* (RS: 27). In einem letzten Versuch löst er schließlich das Problem der fehlenden universellen moralischen Bewertung von Suiziden, indem er seinen Fokus auf das menschliche Leben legt. Im Sinne seines lebensbejahenden Anspruchs lassen sich demnach viel unmittelbarer allgemeine Gründe für den menschlichen Lebenswert finden.

Resümierend lässt sich sagen, dass die beiden Ethiker im Vergleich zu den Jurist*innen und Mediziner*innen keinen Einflüssen bestimmter Berufspraktiken unterliegen, sondern wesentlich stärker an das Wissenschafts- und Religionssystem gebunden sind. Mithilfe akademisch erlernter Fähigkeiten beobachten sie den Gegenstand mit differenziertem Blick und stellen die moralische Bewertung von Suiziden in den Mittelpunkt ihrer Vorträge. In ihren Augen bilden ethische Reflexionen die Grundlage, um sich über den differenzierten Sachverhalt austauschen zu können. Sie legen nicht nur eine Reihe möglicher Legitimitäts- und Illegitimitätsgründe offen, sondern explizieren ebenso deren logische Folgen. Indem sie darauf bestehen, Suizidwünsche kontextspezifisch zu evaluieren, entfalten sie das paradoxe Spannungsfeld der doppelten Bewertungsoptionen und lösen ihr eigens konstruiertes Bezugsproblem. Aus ethischer Perspektive muss weder die moralische Zulässigkeit noch die Unzulässigkeit von Suiziden und in logischer Folge von Suizidbeihilfe universell begründet werden. Anhand dieser Grundlage ist es beiden möglich, eine

Bewertung zu bevorzugen und sogar als Wissenschaftler normative Sätze zu produzieren, ohne an Expertise oder Autorität zu verlieren.