

# YOUNG ACADEMICS

Soziologie  
9

Anna Katharina Kiemer

## Perspektiven auf Suizide und Suizidbeihilfe

Eine systemtheoretische Semantikanalyse  
am Beispiel des Deutschen Ethikrats

# YOUNG ACADEMICS

Soziologie | 9



Anna Katharina Kiemer

# Perspektiven auf Suizide und Suizidbeihilfe

Eine systemtheoretische Semantikanalyse  
am Beispiel des Deutschen Ethikrats

Mit einem Vorwort von Dr. Irmhild Saake

**Tectum Verlag**

Anna Katharina Kiemer  
Perspektiven auf Suizide und Suizidbeihilfe  
Eine systemtheoretische Semantikanalyse am Beispiel des Deutschen Ethikrats

Young Academics: Soziologie; Bd. 9

© Tectum – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2024  
ISBN 978-3-8288-5174-0  
ePDF 978-3-8288-5175-7  
ISSN 2939-9440

Gesamtverantwortung für Herstellung:  
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten

Besuchen Sie uns im Internet  
[www.tectum-verlag.de](http://www.tectum-verlag.de)

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung –  
Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

<https://doi.org/10.5771/9783828851757>, am 12.05.2024, 20:32:43  
Open Access - <https://www.tectum-elibrary.de/agb>



## Vorwort

Die Studie von Anna Katharina Kiemer interessiert sich für Perspektivendifferenzen, die in Anhörungen des Deutschen Ethikrates zum Thema Suizidprävention sichtbar werden. Die Autorin positioniert zunächst das Problem der Suizidthematik als ein Problem des Umgangs mit Risiken. Um dem Problem des Suizids gerecht zu werden, entstehen immer mehr Entscheidungszusammenhänge, die auch für den Suizidenten eine Zunahme an Reflexionslasten bedeuten. Diese Entscheidungszusammenhänge sind es aber nun, für die sich Anna Katharina Kiemer näher interessiert. Wenn man den Begriff einer funktional differenzierten Gesellschaft voraussetzt, ergeben sich hierbei mehrere funktionssystemspezifische Logiken, über die auf das Thema zugegriffen wird. Kiemer führt ihre Leser auf den folgenden Seiten zunächst in die Besonderheiten einer rechtlichen, einer wissenschaftlichen, einer medizinischen und einer religiösen Logik ein, um im Anschluss daran zu rekonstruieren, wie sich diese Logiken im konkreten Fall der Anhörung im Deutschen Ethikrat entfalten. Der empirische Blick richtet sich deshalb auf ausgewählte Sprecher, die in den Anhörungen unterschiedliche Perspektiven (hier: Recht, Medizin und Ethik) vertreten.

Sichtbar wird dabei sehr eindrücklich, wie sehr Ergebnisse der Anhörungen den erwartbaren Mustern der jeweiligen disziplinären Perspektive folgen. Auf diese Weise wird der Suizid als Problem immer wieder in einen anderen Verweisungszusammenhang von Bedeutungen eingebettet. Die Berücksichtigung dieser perspektivegebundenen Sprechweisen ist für ein adäquates Verständnis dessen, was Anhörungen von Experten ermöglichen können, zentral. Hierbei – so zeigt die gelungene Studie

## Vorwort

von Anna Katharina Kiemer – ergeben sich Bilder von sachlichen Problemlagen, die der Komplexität des interessierenden Phänomens entsprechen. Dass es der politischen Perspektive gelingt, diese Differenzen wiederum in einem Gesetzesvorhaben zusammenzuführen, verweist darauf, dass auch das Zusammenführen wiederum einer eigenen Logik folgt: der politischen Logik.

München, 8. Februar 2024

Dr. Irmhild Saake

## Abstract

In den letzten Jahren geriet die Thematik der Suizide und der Suizidbeihilfe zunehmend in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Seit das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in Deutschland aufgehoben hat, etablierte sich ein breiter Diskurs um das Themenfeld, indem sich zahlreiche Sprecher\*innen mit unterschiedlichen Blickwinkeln bemerkbar machten. Aus diesem Grund lohnt es sich, insbesondere aus soziologischer Sicht die komplexe Sachlage zu untersuchen und die Perspektivenvielfalt inmitten der gesellschaftlichen Aushandlung der Konfliktsituation offenzulegen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit zwei Ethikratssitzungen, in denen unterschiedliche Sprecherpositionen aufeinandertrafen und über denselben Gegenstand diskutierten. In einem reflektierten Zusammenspiel qualitativer und systemtheoretisch begründeter Forschungsinstrumente werden drei zentrale Perspektiven auf das komplexe Themenfeld der Suizide und der Suizidbeihilfe herausgearbeitet. In diesem Zuge eröffnet die semantische Analyse sowohl rechtlicher als auch medizinischer und ethischer Bezugspunkte das Potential einer synchronen Thematisierung der kontingenzbewältigenden Strategien.





# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>V</b>
<b>Abstract</b>	<b>VII</b>
<b>1 Einleitende Gedanken</b>	<b>1</b>
<b>2 Einführung in die Suizidthematik</b>	<b>5</b>
2.1 Der Suizid als Risiko	5
2.2 Organisation von Sterbeprozessen und Suizidalität	7
2.2.1 Perspektivendifferenzen und Autoritäten in medizinisch-institutionellen Settings	8
2.2.2 Entscheidungszumutungen und individuelle Responsibilisierung	10
<b>3 Systemtheoretische Rahmung des Gegenstandes</b>	<b>13</b>
3.1 Funktionale Differenzierung nach Luhmann	13
3.2 Evolution und Ausdifferenzierung des Rechtssystems	16
3.3 Die gesellschaftliche Funktion der Wissenschaft	18
3.4 Das Funktionsmonopol der Medizin	20
3.5 Ausdifferenzierung religiöser Kommunikation	21
<b>4 Methodisches Vorgehen mit qualitativen Instrumenten</b>	<b>25</b>
4.1 Beobachtung von Kontingenz mithilfe der semantischen Analyse	25
4.2 Praktischer Einbezug der Grounded-Theory-Methodologie	28

## Inhalt

<b>5</b>	<b>Perspektiven im Ethikrat auf Suizid und Suizidbeihilfe</b>	<b>31</b>
5.1	Charakterisierung und Funktion des Deutschen Ethikrats	31
5.2	Rechtliche Einordnung und Regelung von Suizidbeihilfe	34
5.2.1	Juristische Berufspraxis und Kommunikation	35
5.2.2	Erläuterung und kritische Beurteilung des Bundesverfassungsgerichts	36
5.2.3	Vorschläge für rechtliche Anpassungen und Gesetzesentwurf	41
5.3	Medizinisch-wissenschaftliche Herangehensweise an Suizidalität	46
5.3.1	Medizinische Profession sowie Forschungspraxis und -bezüge	46
5.3.2	Differenzierte Beschreibung von Suizidalität	51
5.3.3	Medizinische Reaktionen und Interventionen	56
5.4	Moralische Bewertung von Suizid und Suizidbeihilfe	63
5.4.1	Ethisch-philosophische und theologische Bezüge und Argumentation	64
5.4.2	Spannungsfeld der moralischen (Un-)Zulässigkeit von Suizid/-beihilfe	67
5.4.3	Umgang mit Suizidwünschen und Suizidprävention	72
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerungen und Potentiale</b>	<b>77</b>
6.1	Strategien der Kontingenzbewältigung	78
6.2	Ziele der Offenlegung von Perspektivität und Kontingenz	79
<b>7</b>	<b>Abschließende Bemerkungen und Fazit</b>	<b>83</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>87</b>

# 1 Einleitende Gedanken

Die Thematik der Suizide und der Suizidbeihilfe ist in den letzten Jahren zunehmend in das Blickfeld der Öffentlichkeit geraten. Als der Deutsche Bundestag im Jahr 2015 ein Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung beschloss, begann eine brisante Debatte um die Folgen eines solchen Gesetzes und dessen Tragbarkeit. Im Februar 2020 hob schließlich das Bundesverfassungsgericht das Verbot mit dem Hinweis auf das Recht selbstbestimmten Sterbens auf (Bundesverfassungsgericht 2020). Seitdem entwickelte sich ein breiter Diskurs um das Themenfeld, in dem sich zahlreiche Sprecher\*innen mit unterschiedlichen Blickwinkeln bemerkbar machten. Aus diesem Grund lohnt es sich, insbesondere aus soziologischer Sicht die komplexe Sachlage zu untersuchen und die Perspektivenvielfalt inmitten der gesellschaftlichen Aushandlung der Konfliktsituation offenzulegen.

Es ist keine einfache Aufgabe, Orte zu finden, an denen mehrere Interessengruppen zu gleicher Zeit über denselben Gegenstand diskutieren. Oftmals werden möglichst schnelle Problemlösungen angestrebt, sodass lediglich einige wenige Standpunkte betont und synchron thematisiert werden. Vor dem Hintergrund moderner, flexibler Gesellschaften mit wachsenden Möglichkeits- und Denkspektren kann an dieser Stelle nur auf das Potential gleichberechtigter Diskussionsräume hingewiesen werden, um der gegenwärtigen Komplexitätsslage gerecht zu werden. Dementsprechende Erfolgsbeispiele realisieren sich in der Entwicklung von Ethikräten oder -kommissionen, in denen sich unterschiedliche Sprecherpositionen über kontroverse Sachlagen austauschen. Auch in Deutschland leistet sich die Bundesregierung einen Ethikrat und bezieht dessen

Empfehlungen zum Teil in politische Entscheidungsfindungen mit ein. Im Kontext der Suizidbeihilfe fanden bisher zwei Sitzungen des Rates zum Recht auf Selbsttötung sowie zur Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche statt. Die veröffentlichten Transkripte jener Debatten eignen sich demzufolge trefflich, um die gesellschaftliche Beobachtungsvielfalt auf den Punkt zu bringen und die Hintergründe und Anliegen der beteiligten Vertreter\*innen auszuleuchten.

Bevor jedoch über Suizidbeihilfe gesprochen werden kann, sollte zunächst der Suizid näher beleuchtet werden, weshalb er zu Beginn dieser Arbeit als beobachtungsabhängiger Gegenstand modelliert wird. In Anbetracht risikofokussierter Gesellschaften kann er als Risiko wahrgenommen werden, wodurch sich primär medizinische Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten ergeben. Ähnlich wie Sterbeprozesse können auch suizidale Phasen in klinischen Settings organisiert und optimiert werden, unabhängig von individuellen Betroffenenanliegen. Folglich handelt das einleitende Kapitel von den Perspektivendifferenzen und ärztlichen Autoritäten in medizinisch-institutionellen Settings, die oftmals damit verbunden sind, den Patient\*innen die Entscheidung zuzumuten und die Verantwortung auf sie zu verlagern. Diese thematische Hinführung dient der Vorbereitung auf die Aussagen der Mediziner\*innen in den Ethikratsitzungen. Nun zu meinem konkreten Vorgehen: Ich arbeite mit einem systemtheoretischen Gesellschaftsverständnis, weshalb ich zunächst die funktionale Differenzierungstheorie nach Luhmann beschreibe und im Anschluss die relevanten Funktionen im Hinblick auf die Suizidthematik charakterisiere, also die Evolution und Ausdifferenzierung des rechtlichen, des wissenschaftlichen, des medizinischen und des religiösen Systems. In meinen Augen eignet sich die Systemtheorie als soziologisches Instrumentarium besonders gut, um die Komplexitätslage der Suizide und der Suizidbeihilfe zu beobachten. Sie macht es möglich, nach den unterschiedlichen Thematisierungsformen der Expert\*innen im Ethikrat zu suchen und systematisch deren Verortungen und Bearbeitungsmethoden offenzulegen. Im Anschluss an meine eigene theoretische Positionierung erfolgt eine Beschreibung des methodischen Vorgehens mit qualitativen Mitteln. Zum einen beziehe ich mich hierbei auf die semantische Analyse in Orientierung an Nassehi und Saake und mache die Kontin-

genz zu meinem Forschungsgegenstand. Das bedeutet, dass ich auf zweiter Ebene beobachte, welche unterschiedlichen Positionierungen im Hinblick auf die Suizidthematik im Ethikrat transparent werden, und anhand der expertenspezifischen Realitätszugriffe zeige, wie andere mit Kontinenz umgehen. Zum anderen verwende ich die analytischen Mittel der Grounded-Theory-Methodologie nach Kathy Charmaz, um die zugrundeliegenden Transkripte zu analysieren. Das Ziel ist die karikierende Herausarbeitung der Expertenperspektiven und Begründungszusammenhänge, und zwar stets in dem Bewusstsein um meine eigene Standortgebundenheit. Nach einer kurzen Darstellung der gesellschaftlichen Funktionen des (Deutschen) Ethikrats als besondere Organisationsform werden drei zentrale Blickwinkel analysiert und einander gegenübergestellt. Im Kontext der Suizidthematik überzeugen letztlich die eigenlogischen Perspektiven der juristischen, medizinischen und ethischen Vertreter\*innen, die ihre fachspezifisch konstruierten Bezugsprobleme mit je eigenen Mitteln lösen, um den Suizidkomplex zu bewältigen. Im letzten Kapitel resultieren nicht nur die Schlussfolgerungen aus der Offenlegung der Differenzen, sondern auch die Potentiale einer transparenten Entscheidungsvorbereitung im Kontext der gegenwärtigen Konfliktsituation für die Gesetzgebung.



## 2 Einführung in die Suizidthematik

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

### 2.1 Der Suizid als Risiko

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



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

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

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

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

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

## 2.2 Organisation von Sterbeprozessen und Suizidalität

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

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

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

### 2.2.1 Perspektivendifferenzen und Autoritäten in medizinisch-institutionellen Settings

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

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

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

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

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

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

## 2.2.2 Entscheidungszumutungen und individuelle Responsibilisierung

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

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

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

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

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

---

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

### 3 Systemtheoretische Rahmung des Gegenstandes

Was ist Gesellschaft und wie kann sie beschrieben werden? Diese Frage versucht die Soziologie seit Generationen zu beantworten, und Klassiker wie Spencer, Marx, Mead, Durkheim oder Weber, um nur einige wenige zu nennen, haben vielfältige Gesellschaftstheorien entworfen. Um den zeithistorischen Umständen und der kulturellen Gegenwart Rechnung zu tragen, eignen sich allerdings die Beobachtungen Luhmanns. Die beobachtungsabhängige Unterscheidung zwischen Risiken und Gefahren war bereits ein Hinweis auf die gesellschaftlichen Perspektivendifferenzen, deren Phänomenologie zentraler Bestandteil der Luhmann'schen Systemtheorie ist. Zunächst wird der Versuch gewagt, die funktionale Differenzierung zu beschreiben, um auf ihrer Grundlage Suizide und Suizidbeihilfe zu beobachten.

#### 3.1 Funktionale Differenzierung nach Luhmann

Aus systemtheoretischer Perspektive zeichnen sich Gesellschaften einerseits durch ihre Ordnungsform, andererseits durch ihr Level an Komplexität aus (vgl. Luhmann 1980: 34). In emergenter Weise entwickeln sie sich weiter und reagieren mit bewährten Anschlüssen auf sinngenerierende, zurechenbare Handlungen. In Selektionsprozessen strukturiert sich Sinn in sachlicher, zeitlicher und sozialer Dimension, sodass je nach evolutionärer Stufe des Gesellschaftssystems dimensionsspezifische „semantische Korrelate“ (ebd.: 35) entstehen, welche die Welt als solche erfahr- und gestaltbar machen (vgl. ebd.: 36). Dementsprechend reproduziert sich



das Gesellschaftssystem durch Selektionen und sprachliche Kommunikationsoperationen, die allesamt innerhalb einer Weltgesellschaft stattfinden: „Sie (die Gesellschaft) ist das, was sich ergibt, wenn die Welt durch Kommunikation verletzt wird und über Differenzen rekonstruiert werden muss“ (Luhmann 1992: 619). Angesichts der gegenwärtigen funktionalen Gesellschaftsordnung geschieht dies in den sich ausdifferenzierenden Teilsystemen mit perspektivischen Selbst- und Weltbeobachtungen (vgl. ebd.: 635f.). Insofern wird die gesellschaftliche Evolution im Wesentlichen von Systemen und deren Entwicklung anhand der zugrundeliegenden Strukturen bedingt (vgl. Luhmann 1999: 12f.). In Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt werden sie lernfähig und evolutionieren sich im Tempo ihrer ausdifferenzierten Funktionen: „In der Evolution organischer Systeme scheinen diese Funktionen durch (1) Mutation, (2) Überleben im ‚Kampf ums Dasein‘ und (3) reproduktive Isolation erfüllt zu werden“ (ebd.: 15). In zufälligen, unvorhersehbaren Schleifen reagieren sie operativ auf Variationen und selektieren und stabilisieren neue Strukturen oder halten an bestehenden Mustern fest. Ihr kontingenter Zustand von Stabilität und Selektionsoffenheit sichert in diesem Zuge ihre Anschlussfähigkeit (vgl. Luhmann 2002: 213ff.). Das verdeutlicht die Abhängigkeit von weltlicher und systemischer Komplexität: „Jede Änderung in Systemen, die eine Vermehrung seiner Möglichkeit befestigt, ändert die Komplexität der Welt und damit die Umwelt, der sich andere Systeme anpassen müssen“ (Luhmann 1999: 14). Die alltägliche Komplexitätsbewältigung wird folglich zum Motor der evolutionären, zirkulären Gesellschaftsentwicklung (vgl. Luhmann 2002: 211f.).

Vor dem Hintergrund einer „polykontexturale[n] Welt mit eingeschlossenem Beobachter, der seinerseits beobachtet werden kann“ (Luhmann 1992: 629), sind Systeme jedoch zunehmend auf sich alleine gestellt. Da einerseits Übereinstimmungen immer unwahrscheinlicher werden, entwickeln sie „symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien“ (Luhmann 2002: 203), die spezifisch funktionale Komponenten für sich beanspruchen (vgl. ebd.: 204). Andererseits steigen die Konsistenzerwartungen, die von den verschiedenen „Beobachterpositionen“ (ebd.: 198) durch eigene „System/Umwelt-Unterscheidungen“ (ebd.: 197) bewältigt werden: „[E]s gibt jedenfalls ‚autopoietische Systeme‘, die alles, was für sie als

Systemoperation zählt und im System als anschlussfähig behandelt wird, im Netzwerk der eigenen Operationen produzieren“ (ebd.: 198) und sich von allem Nicht-Anschlussfähigen abgrenzen (vgl. ebd.: 198). Sie differenzieren sich folglich in der Orientierung an ihrem universellen, gesellschaftsrelevanten Funktionsmonopol und reproduzieren sich anhand ihrer selbstausgewählten doppelten Kodierung, sodass sie als individuelles System zugeordnet werden können (vgl. Luhmann 1990: 185f.). In eigentypischer Manier bearbeiten sie Informationen und vollziehen eine „eigenständige Ideenevolution“ (Luhmann 1980: 45), die ihre spezifische Semantik begründet. Je nach Realitätskonstruktion wird dabei die Welt in Bezug auf zwei Werte beobachtet: „Musterfälle sind die Unterscheidung von wahr und unwahr im Wissenschaftssystem oder die Unterscheidung von Eigentum/Nichteigentum an bestimmten Sachen bzw. Zahlen/Nichtzahlen zu bestimmten Preisen in der Wirtschaft. Entsprechend unterscheidet die Politik Regierung und Opposition, die Religion Transzendenz und Immanenz, das Rechtssystem Recht und Unrecht“ (Luhmann 1990: 184f.). Während positive Werte anschlussfähig sind, reflektieren negative die kontingente Verwendung der positiven. Sie funktionieren nur in gegenseitiger, asymmetrischer Abhängigkeit, Austauschbarkeit und Unabhängigkeit von anderen funktionalen Kodierungen; so ist ein Umstand nur recht, wenn er auch unrecht, oder nur wahr, wenn er auch falsch sein könnte (vgl. ebd.: 185). Hier wird deutlich, wie sich die Welt gewissermaßen verdoppelt, wenn alle denselben Gegenstand mit unterschiedlichen Augen betrachten.

Eine universelle Semantik ist in funktional differenzierten Gesellschaften unmöglich denkbar, da Semantiken wachsen und sich ständig aufgrund der Perspektiven- und Sinnvielfalt verändern. Unter zeit- und ortsspezifischen Gegebenheiten kann es zu unendlich vielen sachlichen, nicht zwingend neutralen (Re-)Kombinationsmöglichkeiten kommen. Selektionen erweitern und verdichten sich zeitlich und stellen immer aufschlussreichere Zusammenhänge her. Sinn per se kann nicht prognostiziert, nur zurückverfolgt werden, da er sich in prozesshaften Aushandlungen innerhalb differenzierter und komplexer Rahmenbedingungen ausbildet und stabilisiert (vgl. Luhmann 1980: 33ff.). Die enorme Komplexitätssteigerung mit der Folge teilsystemspezifischer Sinngenerierung

und reflektierter Identitätsbildung innerhalb differenzierter Umwelten ist Teil der gegenwärtigen Gesellschaftsordnung (vgl. ebd.: 27ff.). Nun sollte nicht vorschnell eine linear steigende Komplexität angenommen werden. Der Wandel von Differenzierungsformen stockt immer wieder, sodass sich periodisch systematische Stabilisierungen von Sinn einpendeln. Dimensionen müssen daher mit Sinnbegrenzungen zurechtkommen, um die gesellschaftliche Operativität zu gewährleisten. Die selbstreferentiellen Systeme bleiben nur operationsfähig, wenn sie ihre Autopoiesis fortsetzen, an andere Systeme anschließen und für diese anschlussfähig bleiben. In ihrer Bezugnahme auf andere Systeme spiegelt sich ihre Leistung, in ihrer Selbstbezüglichkeit ihre Reflexionsfähigkeit. Es handelt sich um paradoxe, zugleich differenzierte und einheitliche Verhältnisse. Doch genau dadurch kann Gesellschaft existieren, sich reproduktiv vollziehen (vgl. Luhmann 1992: 635ff.) und von den besonderen Interessen und Fähigkeiten für spezifische, aber funktionale Teilaspekte profitieren (vgl. Luhmann 2002: 208).

Im Folgenden werden im Speziellen die Entwicklungen und Funktionen des rechtlichen, wissenschaftlichen, medizinischen und religiösen Systems beleuchtet, um im Weiteren deren Blickwinkel im Datenmaterial zu spiegeln.

### 3.2 Evolution und Ausdifferenzierung des Rechtssystems

„Das Rechtssystem übergreift Recht und Unrecht, rechtmäßiges und rechtswidriges Verhalten. Es hat seine Identität in der Orientierung an dieser Differenz“ (Luhmann 1999: 35). Als Funktionssystem neben anderen kann es nicht auf eine Organisation reduziert werden, sondern umfasst alle rechtlich konnotierten Kommunikationen. Es strukturiert sich in der Beschränkung von Verhaltenserwartungen und wird damit zur Voraussetzung für soziale Interaktionen (vgl. ebd.: 36f.). Dabei erfüllt es seine universell notwendige Funktion in der Unterscheidung von System und Umwelt, indem es einerseits mit seiner „basalen Souveränität“ (ebd.: 38) für die Bereitstellung von Recht sorgt und andererseits in seiner „Entscheidungssouveränität“ (ebd.: 39) Normen bearbeitet. Als System mit

institutionalisierten Mechanismen (vgl. ebd.: 20) kann es durch die Inanspruchnahme, praktische Einübung und Anpassung des Rechts seine Evolution voranbringen (vgl. ebd.: 39) und durch die „Grundbedingungen der dualen Souveränität, der Differenzierung des Inputs von Fällen und des Inputs von Entscheidungsprämissen“ (ebd.: 40) erhalten. Da andere Systeme vom rechtlichen Handwerkszeug profitieren, wird das Recht per se zur Bedingung für gesellschaftliche Evolution und Komplexitätssteigerung und zur Grundlage funktionaler Ausdifferenzierung (vgl. ebd.: 41ff.).

In diesem Zusammenhang versucht das Rechtssystem die teilsystem-spezifischen Normvorstellungen sichtbar zu machen und auszuhandeln (vgl. ebd.: 17ff.). Seine Mechanismen sind zunehmend stärker differenziert und besser aneinander angepasst, um die ausgeprägtere Vielfalt von Normen gegeneinander abzuwägen und zu prüfen. Permanent laufende Verfahren stabilisieren Gründe und Regeln, nach denen entschieden wird, ob ein Verhalten legal ist, nicht mehr legal ist oder normativ korrekt ist (vgl. ebd.: 20). Es wird nicht nur das entschieden, was auch rechtlich stabilisierbar ist, und es wird nicht nur mit dem gerechnet, was rechtlich erwartbar ist: „Damit ist eine sich selbst kontrollierende, auf Überlegung und Kommunikation gestellte Rechtsentwicklung möglich geworden, die das hervorgebracht hat, was wir an Rechtskultur kennen“ (ebd.: 21). Aufgrund der Fokussierung, die je vorteilhafteste Lage zu stabilisieren, kann auch „Unwahrscheinliches wahrscheinlich“ (ebd.: 22) werden. Der permanente Überschuss an divergierenden Weltvorstellungen in der Moderne verschärft die Selektions- und Entscheidungsprozesse und ermöglicht Rechtsveränderungen. Allerdings sorgen die fehlenden Sinnformulierungen teilweise für Stabilisierungsprobleme und verhindern evolutionäre Lernprozesse. Die Folge sind ausufernde, temporäre Regelungen ohne zugrundeliegende Prüfungsverfahren, sodass erneut Einzelinteressen dominieren (vgl. ebd.: 29ff.). Dies verdeutlicht unter anderem die Abhängigkeit rechtlicher Reaktionen auf gesellschaftliche Verhältnisse (vgl. ebd.: 44ff.), wobei die Wirksamkeit und das Tempo der sich wandelnden Umwelt bisher unbekannt sind. Luhmann verweist in diesem Zusammenhang auf das Potential weltgesellschaftlicher Kommunikation und das Bewusstsein um die Parallelität von Systemen und deren gemeinsames Schicksal (vgl. ebd.: 32). In seinen Augen wäre daher eine politische, theoretische und juris-

tisch reflektierte Aufschlüsselung der Probleme, die das gesamte Gesellschaftssystem betreffen, zielführend (vgl. ebd.: 52).

### 3.3 Die gesellschaftliche Funktion der Wissenschaft

Wissen ist keine Tatsache, sondern eine Beobachtung, die als Information mitgeteilt und verstanden werden kann, sodass jegliche Kommunikation in der Gesellschaft unter eingeschränkter Komplexität erfolgt und beobachtbar wird. Ohne die Gesellschaft gäbe es kein Wissen, und ohne Wissen bräuchte man keine Wissenschaft. Als themenspezifisches und zugleich komplexitätsreduzierendes sowie eigenkomplexes System setzt Letztere eine Gesellschaft voraus und wird von dieser beeinflusst (vgl. Luhmann 1992: 616): „Schließung durch Einschließung, Offenheit durch Geschlossenheit, selbstreferentielle Reproduktion, Autonomie, binär codierte Autopoiesis des Wissenschaftssystems als Resultat gesellschaftlicher Evolution“ (ebd.: 617f.).

Im Zuge ihrer Geschichte wandte sich die Wissenschaft als Disziplin zunehmend von ihrer Autorität bezüglich der einen, richtigen Realitäts-erkenntnis ab und operiert nun im Bewusstsein um eine „polykontexturale Welt mit eingeschlossenem Beobachter, der seinerseits beobachtet werden kann“ (ebd.: 629) und nicht ausreicht, um die gegenwärtige Komplexitätslage zu beschreiben. Ausgestattet mit einem autopoietischen Systemverständnis beschreibt sie sich selbst und andere Systeme. Das heißt, dass sie in ihrer Kontextgebundenheit Wissen verbreitet (vgl. ebd.: 651) und in ihren Gesellschaftsbeschreibungen reflektiert, inwiefern sie ihren Gegenstand beobachtet und konstruiert (vgl. ebd.: 618): „Sie (die Wissenschaft) kann nicht im Namen des Richtigen und Vernünftigen verlangen, daß ihr Wissen übernommen und angewandt wird. Und sie hält trotzdem ihr Funktionsmonopol“ (ebd.: 634). Ohne einen intersubjektiv wahren Konsens zu beanspruchen, sorgt sie dafür, dass die Welt durch das Medium Sinn erfahrbar wird. Indem sie über kommunikative Anschlüsse Wissen generiert und mittels der Codierung wahr/unwahr praktisch anwendet, reproduziert sie sich selbst (vgl. ebd.: 619f.) und fungiert als gesellschaftlicher Ort für beobachtbare Kommunikationen über mögli-

che und erwartbare Übereinstimmungen sowie über Wahr- und Unwahrheiten in allen Funktionssystemen (vgl. ebd.: 636).

Einerseits ist die Wissenschaft eigendynamisch von anderen Funktionssystemen abgekoppelt, andererseits differenziert sie sich in kommunikativer Anpassung und Reaktion auf äußere Irritationen, wodurch sie von den Bedingungen einer funktional differenziert verfassten Gesellschaft profitiert (vgl. ebd.: 622). Sie ist darauf angewiesen, Forschungen auf ihre Umwelt zu beziehen, die sich zum Teil nach unbegrenzter Erklärungskraft und Nachvollziehbarkeit sehnt. Allerdings sind wissenschaftliche Aussagen oft aufgrund des linearen spezifischen Erkenntniszuwachses unverständlich, oder es müssen zugunsten externer Erwartungen interdisziplinäre, komplexitätsreduzierte Operationen vorgenommen oder Sinnungenauigkeiten in Kauf genommen werden (vgl. ebd.: 622ff.). Schließlich nagt der Kontakt mit anderen Systemen an der wissenschaftlichen Stabilität und Autorität (vgl. ebd.: 641). Sie kann nur reflektieren, wie sie im Kontext der Differenzierungsfolgen operiert, doch auch dies bleibt eine differenzierte, perspektivische Selbstbeschreibung (vgl. ebd.: 648).

Andere Systeme können an von der Wissenschaft vorgeschlagene neue Strukturen anschließen und diese übernehmen, insofern sie ihrer Autopoiesis dienen. Entscheidend ist, dass die Wissenschaft mit diesem Vorgehen nicht den Anspruch von Steuerung erhebt, sondern die gesellschaftliche und ihre eigene Evolution betreibt, indem sie kontinuierlich an wissenschaftliches Wissen anschließt und den gesellschaftlichen Bedarf nach Wissen stillt. Schließlich schwankt ihre Rolle, da ihr eigendynamisches Handeln auch mit Nebenwirkungen verbunden ist, wie der Verbreitung von Unsicherheiten oder der Aufhebung von Normalität. Offensichtlich sind die Vorstellung beobachtbarer Beobachter, die stets anders und Anderes beobachten, und die begrenzte wissenschaftliche Aussagekraft ein Grund, sich mit anderen Wissensformen zu immunisieren (vgl. ebd.: 652ff.).

### 3.4 Das Funktionsmonopol der Medizin

Wie andere Funktionssysteme besetzt auch die Medizin ein spezifisches Funktionsmonopol und operiert mit einer eigenen Logik: „Nur die Unterscheidung von krank und gesund definiert den spezifischen Kommunikationsbereich des Arztes und seiner Patienten“ (Luhmann 1990: 186), eine Unterscheidung, die für kein anderes System typisch ist. Die funktionale Doppelkodierung ist einzigartig und gesellschaftlich relevant. Dass wir gesund sein können, setzt voraus, krank sein zu können.

Allerdings schließt das medizinische System im Vergleich zu anderen Systemen nur an den Positivwert an und operationalisiert sich in der Erforschung und Behandlung von Krankheiten (vgl. ebd.: 191f.). Mediziner\*innen orientieren sich an institutionell vermitteltem Wissen und wenden es praktisch an. Sie können „nur“ Erkrankungen diagnostizieren und heilen, um die Gesundheit als negativen Wert zu erzielen, der den kontingenten Krankheitszustand spiegelt (vgl. ebd.: 187). Indem sie Schmerzen lindern und mit Patient\*innen kommunizieren, reagieren sie auf die Gleichzeitigkeit von Körper und Bewusstsein und übernehmen die Verantwortung, Beschwerden in ihrem eigenen Zeithorizont einzuschätzen und zu therapieren. Somit geht es vielmehr um die Behandlung von Folgen einer Erkrankung als deren Vorbeugung.

Je fortgeschrittener die Medizin, desto eher werden Risiken eingegangen und Schäden zugelassen, die immer besser behoben werden können (vgl. ebd.: 190f.): „In diesem Sinne ist Medizin ein System des Umgangs mit Krankheit und nicht ein System der Herstellung von Gesundheit“ (ebd.: 190). Bezüglich dieser Anomalie agiert sie verglichen mit anderen Systemen im Hinblick auf das Negative, ohne ihr Handeln als solches theoretisch reflektieren zu müssen. Dass Gesundheit erwünscht und Krankheit vermieden werden sollte, ist auch in anderen Systemen ersichtlich und wird gesellschaftlich nicht hinterfragt (vgl. ebd.: 187f.). Allerdings bleibt es im Rahmen funktional differenzierter Systeme nicht bei dieser simplen Unterscheidung. Aufgrund steigender Kontingenzen und Handlungsspielräume bilden sich spezifischere Kodierungen heraus und erhöhen das Komplexitätslevel. Ist jemand gesund, so kann im Weiteren untersucht werden, ob genetische Probleme vorliegen oder nicht. An Ersteres kann

erneut angeschlossen werden, Letzteres ist medizinisch gesehen uninteressant. Ist jemand krank, so kann diagnostiziert werden, ob er heilbar oder unheilbar ist, sodass entsprechende Therapien in Erwägungen gezogen werden. Krankheiten per se werden zugunsten der Gesundheit behandelt, aber wie mit Gendefekten und unheilbaren Erkrankungen umgegangen wird, ist medizinisch nicht festgelegt und gesellschaftlich umstritten (vgl. ebd.: 192ff.). In diesem Kontext werden intervenierende, äußere Einflüsse von Wirtschaft und Recht von der Medizin oft als Last empfunden (vgl. ebd.: 183). Entscheidend ist, dass andere, also rechtliche, wirtschaftliche, ethische, religiöse usw. Bereiche mitdiskutieren, aber „die Konstruktion der Krankheit, also Diagnose und Behandlung, Auskunft und Beratung bleibt Sache der Medizin“ (ebd.: 195). Trotz ihrer Verstrickung in andere Funktionssysteme sichert sie ihre (relationale) Autonomie aufgrund ihrer funktionalen Bedeutung.

### 3.5 Ausdifferenzierung religiöser Kommunikation

Religiöse Kommunikation reproduziert sich selbst als spezifisches, „operativ geschlossenes System“ (Luhmann 2002: 187) in Unterscheidung zu anderen Kommunikationsformen und differenziert sich anhand des stets aktualisierten „Codewertes der Transzendenz“ (ebd.: 187). Zum einen unterscheidet es sich themenspezifisch von anderen Teilsystemen und ermöglicht es, religiös zu sprechen oder zu handeln (vgl. ebd.: 188). Zum anderen kennzeichnet es sich durch seine zeitliche und örtliche „Situationsdifferenzierung“ (ebd.: 198), also die Gebundenheit an gewisse Orte und Zeiten sowie die semantisch begründete Selbst- und Fremdreflexivität (vgl. ebd.: 198). Wie andere Systeme verfügt es über ein eigenes symbolisches Kommunikationsmedium, das es im Glauben findet. Dieser begründet in seiner schriftlichen Niederlegung die Religion und wird gemeinschaftlich in Riten bestärkt (vgl. ebd.: 205). Mit der Ausweitung des Religionssystems auf nichtreligiöse Bereiche und Handlungen erreicht es den „Zustand ‚doppelter Schließung‘“ (ebd.: 195). Im Vergleich zu Ahnenkulturen verfügen die Hochreligionen moderner Gesellschaften über die Fähigkeit, die Welt zu beschreiben und mit religiösem Sinn auszustatten,



an den sie und nur *sie* immer wieder anschließen. Aufgrund ihrer auto-poietischen Evolution wird die Religion als System zugänglich, indem sie eine mögliche Weltbetrachtung in zeitlicher, sachlicher und sozialer Dimension zur Verfügung stellt (vgl. ebd.: 199ff.). Je nach Anlass ist sie in der Lage, ihre Strukturen zu schützen oder in Operationen zu variieren, um neue Muster zu etablieren. Das heißt, dass sich religiöse Formenbildungen von selbst, aber im Hinblick auf eine differenzierte Umwelt herauskristallisieren. Es entwickelt sich ein spezifisches Repertoire für religiöse Beobachtungen, die von außen als solche sichtbar, unterscheidbar und anschlussfähig werden. Angesichts der potentiellen Parallelität mehrerer Kommunikationen muss sie demnach nicht mit anderen semantisch verschmelzen (vgl. ebd.: 203), sondern kann mit ihrer eigenen semantischen Vorstellung operieren (vgl. ebd.: 195). Darunter fällt unter anderem die Idee eines Jenseits als verlockende Glaubensvorstellung, die jedoch mit zahlreichen moralischen Verhaltenserwartungen einhergeht. Mit der Zuschreibung individueller Seelen wird die Lebensführung schicksalhaft begründet und Untreue gegenüber einem Gottesvertrag mit Schuldgefühlen bestraft (vgl. ebd.: 196f.). Dass sie im Vergleich zu anderen Systemen beeindrucktes Erleben und motiviertes Handeln vereint (vgl. ebd.: 206), verdeutlicht sich in der langen Vorstellung eines Gottes, der mit dem „Code Heil/Verdammnis“ (ebd.: 207) konditioniert und Gläubige ein- oder ausschließt (vgl. ebd.: 207f.). Je nach Religionsrichtung kommt es schließlich zur Ausdifferenzierung spezifischer Organisationen und Dogmen, was eine einheitliche Weltreligion verunmöglicht (vgl. ebd.: 197).

Angesichts der funktionalen Gesellschaftsdifferenzierung wird der Versuch der internen Stärkung und Bindung von Glaubensangehörigen zunehmend schwieriger, sodass ihr universeller Stellenwert Schritt für Schritt sinkt. Der Religion gelingt es nicht mehr, eine Vielzahl von Glaubensanhänger\*innen über gemeinsame Interessen und Bedürfnisse zu kontrollieren, sondern sie wird zum gleichwertigen System neben anderen, die sich im Kontext der zirkulären Gesellschaftsevolution ausdifferenzieren. Infolge dessen verlieren auch kausale Rückschlüsse auf eine gottgeschaffene und -gesteuerte Welt ihre Glaubwürdigkeit (vgl. ebd.: 208ff.). Interessant ist, dass sie teils ihren religiösen Stellenwert und ihre globale Einheitlichkeit und Reichweite überschätzt, obwohl ihre seman-

tischen Kopplungen mit anderen Systemen wie der Familie oder der Politik angesichts von deren Autonomiegewinnen und deren Eigendynamik an Bedeutung verlieren (vgl. ebd.: 216ff.).

Eigentlich ist dies nur ein erneuter Hinweis auf die perspektivische Weltbeobachtung aller Beobachter. Zum Teil lässt sich das Bewusstsein um die eigene Standortgebundenheit jedoch nachzeichnen. Am Beispiel des Verhältnisses von Wissenschaft und Religion wird vergleichend ersichtlich, dass sich beide zwar gegenseitig voneinander abgrenzen, sich jedoch ihrer Gleichzeitigkeit und Funktionsspezialisierung bewusst sind: „Man trifft sich auf dem neuralen Terrain der Ethik, um hier über Erlaubtes und Verbotenes zu diskutieren, wobei der Wissenschaftler sieht, daß er mit Berufung auf Wahrheit nicht durchkommt, weil deren Schädlichkeit gerade das Problem ist, und der Theologe es vermeidet, sich auf seine Kenntnis der Kriterien zu berufen, die Gott in einem solchen Falle zugrunde legen würde“ (ebd.: 220).

Wie verständlich die teilsystemspezifischen Reaktionen auf die gesellschaftliche Komplexitätssteigerung sind, wird sich im Datenmaterial ablesen lassen. Als neutraler Boden ist der Ethikrat eine gelungene Vermittlungsinstanz, um über die moralische Zu- oder Unzulässigkeit von Suiziden und Suizidbeihilfe zu diskutieren. Perspektivität wird nicht universalisiert, sondern karikiert, und zwar mit dem Ziel, Entscheidungsgrundlagen möglichst spezifisch zu differenzieren.



## 4 Methodisches Vorgehen mit qualitativen Instrumenten

Bevor die Perspektivendifferenzen auf die spezielle Thematik der Suizide und der Suizidbeihilfe offengelegt werden, ist es notwendig zu erklären, wie die Ergebnisse zustande gekommen und welche methodischen Hilfsmittel dabei herangezogen worden sind. Im Zuge der Beschreibung des analytischen Vorgehens erfolgt auch die Darlegung der empirischen Bezüge und die Charakterisierung des Datenmaterials.

### 4.1 Beobachtung von Kontingenz mithilfe der semantischen Analyse

Die qualitative Sozialforschung gliedert sich in zahlreiche Forschungsstile. Meist entscheiden sich professionelle und erfahrene Forschende für eine Variante, die spezifisch angewandt wird (vgl. Nassehi/Saake 2002: 66). In der Annahme, Zugrundeliegendes und Tatsächliches in den Daten zu identifizieren, das in kausaler Absicht Bedeutungen generiert (vgl. ebd.: 78), erfolgt meist die regelgetreue Umsetzung methodischer Vorgaben (vgl. ebd.: 67). Der Versuch, möglichst authentische, von den Forschenden unbeeinflusste Erzählungen zu stimulieren, endet häufig in der größtmöglichen Kontrastierung zur eigenen Perspektive, anstatt zu beobachten, wie sich Erzählende selbst in ihren Ausführungen positionieren (vgl. ebd.: 76). Bedauerlicherweise geht im Rahmen einer solchen kontingenzbegrenzenden Forschungspraxis das eigentliche soziologische Bewusstsein um die relative Konstruiertheit von Daten verloren. Im Grunde genom-

men wird jegliches empirisches und theoretisches Arbeiten von standortgebundenen Unterscheidungen und vorausgewählten Methoden begleitet, die das Forschen erst ermöglichen, indem sie spezifischen Sinn ein- und (un-)bestimmten Sinn ausschließen. Da ohnehin beobachtungsabhängige Wirklichkeiten produziert werden, liegt es auf der Hand, sich nicht auf beobachtungsunabhängige zu fokussieren (vgl. ebd.: 68).

In meiner Arbeit schließe ich mich somit der These der beiden Soziolog\*innen Saake und Nassehi an und plädiere für eine qualitative Sozialforschung, die Kontingentes untersucht: „Wenn es stimmt, dass Sinngebrauch in sozialen Systemen immer auch auf Unbekanntes, Ununterschiedenes, auf Unbeobachtetes verweist, also auf die andere Seite alles Unterschiedenen, dann müsste die Logik der Forschung sich exakt dieser Logik der Unterscheidung widmen [...]. Gegenstand der Sozialforschung, so wird unsere These lauten, ist dann die Frage nach der Kontingenz des Gegenstandes“ (ebd.: 70). Doch nicht nur der Gegenstand, sondern auch die Forschung selbst arbeitet mit Unterscheidungen: „Insofern ist der qualitativ-forschende Blick auf die Methodik selbst eine notwendige Voraussetzung dafür, überhaupt so etwas wie methodische Kontrolle zu erreichen“ (ebd.: 80). Die Frage ist demnach, wie geforscht und der eigene Stil reflektiert wird, nicht, welche methodenspezifischen Regeln befolgt werden (vgl. ebd.: 71).

In meinen Interpretationen beziehe ich mich auf die Systemtheorie. Bei der Analyse des Datenmaterials hatte ich demnach die theoretischen Begründungen Luhmanns vor Augen. Die daraus folgenden Ergebnisse können nicht als universelle „Wahrheit“ gelten, sondern als spezifische Beobachtung eines Sachverhalts aus einer sozialwissenschaftlichen Position heraus. Meine wissenschaftlichen Darlegungen konstruieren eine eigene Weltsicht, da ich auf zweiter Ebene beobachte, wie Andere beobachten. „Kontrollierbar“ ist nur das Bewusstsein um die eigene Perspektivität und gesellschaftliche Eingebundenheit. Als beginnende, systemtheoretisch orientierte Soziologin wage ich mich in meiner Verwurzelung im Wissenschaftssystem an die Thematik der Suizide und Suizidbeihilfe heran. Mein eigenes Erkenntnisinteresse speist sich hierbei aus meiner bisherigen wissenschaftlichen Laufbahn und der Faszination für tabuisierte Sachverhalten. Mit dieser Brille betrachte ich die Statements Anderer zu

demselben Thema. An dieser Stelle zeigt sich, wie stark Forschungsgegenstand und -tätigkeit ineinander verstrickt sind und sich selbst innerhalb eines operativen Möglichkeitsraumes reproduzieren (vgl. ebd.: 80f.).

Nun zu meinem konkreten methodischen Vorgehen: Ich beziehe mich auf zwei Tagungen des Deutschen Ethikrats, deren Aufzeichnungen und Transkriptionen online zur freien Verfügung gestellt wurden. Zum einen liegt der Schwerpunkt auf der öffentlichen Sitzung zum Recht auf Selbsttötung am 22. Oktober 2020 (RS), zum anderen auf der Anhörung zur Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche am 17. Dezember 2020 (PS).<sup>2</sup> Anhand dieser Texte lege ich die unterschiedlichen Sprecherpositionen und Blickwinkel auf die diskutierte Thematik offen. Die komplexitätsreduzierende Sichtbarmachung „polikontextualer Realitäten“ (Nassehi/Saake 2002: 81) kann daher als systemtheoretisch orientierte Semantikanalyse von Kontingenz beschrieben werden. Ohne den Anspruch zu erheben, die Ursprünglichkeit von Bedeutungen zu erforschen, fällt der Blick unmittelbar auf die Selbstdarstellungen und Sinnauslegungen der Expert\*innen, die eigenlogisch auf die Realität zugreifen. Je nachdem, mit welchen Mitteln sie kommunizieren, schließen sie Bestimmtes ein und aus, sodass an ihrer jeweiligen Thematisierung des Gegenstandes abgelesen werden kann, wie sie mit Kontingenz umgehen. Im Verlauf der Analyse frage ich kontinuierlich, inwiefern die Suizidthematik wahrgenommen und anschließend mit Sinn belegt wird. Anders formuliert: Auf welche Aspekte blicken die Jurist\*innen? Was sagt die Wissenschaft und Medizin zum Suizid und zur Suizidbeihilfe? Und welche Punkte sind für Ethiker und Theologen relevant? Ihre Interpretationen spiegeln bestimmte Kontexte beziehungsweise Kontexturen. Damit sind die perspektivischen Realitätskonstruktionen der Referent\*innen und deren gesellschaftliche Positionierung gemeint (vgl. ebd.: 80ff.), die Anschlusskommunikationen eingrenzen und ihr je Spezifisches verdeutlichen.

Demzufolge analysiere ich, wie sich Sprechende in ihren Aussagen selbst positionieren und auf welche Weise sie kommunikativ an Unerwartetes anschließen (vgl. ebd.: 73ff.), denn: „Letztlich hat es (sozialwis-

---

2 Die beiden Transkripte werden im Folgenden aus pragmatischen Gründen mit RS und PS abgekürzt.

senschaftliche) Forschung mit der Frage zu tun, wie Kontingenzzräume erzeugt werden, wie Unwahrscheinlichkeit trotzdem zu Strukturen führt, wie Selektionsspielräume Freiheitsgrade und selektive Einschränkungen gewissermaßen gleichzeitig erzeugen“ (ebd.: 80f.). Ich interessiere mich genau für das, was andere Systeme nicht sehen können, und entfalte in reproduktiver und selbstreflektierter Forschungspraxis die Vielfalt der standortgebundenen Realitätswahrnehmungen: „Kontingenz zum Forschungsthema zu machen, bedeutet Strukturen ihrer Bearbeitung zu suchen“ (ebd.: 83) mit dem Zweck, selbst die komplexe Kontingenzzlage zu bewältigen. Hierzu werden empirische und theoretische Bezugspunkte verknüpft, da beide nicht ohne einander denkbar oder voneinander differenzierbar sind (vgl. ebd.: 84). In diesem Sinne beziehe ich mich nicht nur auf die Ausführungen Luhmanns zur Differenzierungstheorie, sondern auch auf die methodischen Formulierungen von Nassehi und Saake, die sich meiner Ansicht nach trefflich für die Beleuchtung meines Forschungsthemas eignen.

Wie erwähnt, halte ich nicht zwingend an einer regeltreu befolgten Forschungsvariante fest, sondern öffne mein Blickfeld für beobachtungsabhängige Gegenstände. Allerdings verlangt der wissenschaftliche Standard die Verwendung analytischer Mittel zur Auswertung des Datenmaterials. Aus diesem Grund greife ich auf die Instrumente der Grounded-Theory-Methodologie (GTM) zurück. Zwar dient sie der Theoriegenerierung aus dem Datenmaterial heraus, ohne speziell verortete theoretische Annahmen, jedoch sind ihre analytischen Mittel meines Erachtens ideal mit einer systemtheoretischen Forschungsperspektive vereinbar. Daher folgt eine Beschreibung der praktischen Umsetzung des Codings und Memos sowie der analytischen Kategorienbildung.

## 4.2 Praktischer Einbezug der Grounded-Theory-Methodologie

Eigentlich greifen im Rahmen des „iterativ-rekursiven“ Forschungsprozesses der GTM auf der Basis „hermeneutischer Spiralbewegungen“ (Breuer et al. 2019: 9) Erhebungs- und Auswertungsphase ineinander. Mein Forschungsprojekt findet allerdings im Rahmen einer soziologischen Mas-

terarbeit statt und bezieht sich auf bereits vorliegendes Material, sodass keine Datenerhebung im herkömmlichen Sinne zum Tragen kam. Mein Fokus liegt, wie bereits erwähnt, auf der Analyse der öffentlich zugänglichen Transkripte des Deutschen Ethikrats. Im Grunde genommen ähnelt die in zweiter Generation weiterentwickelte, konstruktivistische GTM nach Kathy Charmaz meiner bisher dargelegten Forschungshaltung: „We construct our grounded theories through our past and present involvements and interactions with people, perspectives, and research practices“ (Charmaz 2006: 10). Mit dem Bewusstsein um die Situationsabhängigkeit der Daten und meiner eigenen Perspektivität tauche ich tief ins Forschungsfeld ein und versuche es von innen zu beobachten. Ich reflektiere nicht nur die zeithistorischen und situativen Verortungen der Expert\*innen im Ethikrat, sondern auch meine eigene: „Here, realities are multiple and the viewer is part of what is viewed. Subjectivities matter. Values shape what stands as fact“ (Charmaz 2011: 366).

Die reflexive Forschungshaltung liegt meinem gesamten Analyseprozess zugrunde: Zunächst begann ich mit einer ersten Datenexploration und verschaffte mir einen groben Überblick über die Transkripte des Ethikrats. Unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA leitete ich die erste Phase des Kodierens, das „initial coding“ (ebd.: 368), ein und kodierte detailliert „line-by-line“ (ebd.: 368), um mich aktiv mit dem Material auseinanderzusetzen. Im Unterschied zur eigentlichen Forschungshaltung der GTM, implizite Bedeutungen und Handlungen zu definieren, um die Forschungsrichtung festzulegen, konzentrierte ich mich auf die konkreten Aussagen und Thematisierungsformen der Sprechenden. Ich vergab nicht nur aktive Codes in Verlaufsform, sondern auch „in vivo codes“ (ebd.: 369), um die Daten für sich sprechen zu lassen.

Parallel dazu verfasste ich laufende Memos (vgl. Mey/Mruck 2011: 26ff.). Dieses Instrument war sehr hilfreich, um Wiederkehrendes oder Beobachtungsspezifisches in den Argumentationsfiguren und Diskussionen festzuhalten, wobei oftmals die banalsten Äußerungen am aufschlussreichsten waren (vgl. Breuer et al. 2019: 8ff.). Schrittweise ging ich anschließend in die zweite große Kodierphase, das „focused coding“ (Charmaz 2014: 138) über. Hierbei sortierte ich die große Datenmenge und filterte analytisch die bedeutsamsten und häufigsten Codes heraus. Ohne Details zu



opfern, gelang es mir, Kategorisierungen vorzunehmen und erste Ergebnisse zu verdichten und zu spezifizieren (vgl. ebd.: 138). Die Funktionen von MAXQDA dienten hierbei als unterstützendes Werkzeug. Beispielsweise ist es möglich, zusammenfassende Dokumente generieren zu lassen, in denen wiederkehrende Passagen zu einer Kategorie auftauchen. Dies nutzte ich unter anderem, um die teilsystemspezifischen, also die rechtlichen, wissenschaftlichen, medizinischen und ethischen Perspektiven zu vergleichen und einander gegenüberzustellen.

Die Ergebnisse resultieren schließlich in der beobachtungsabhängigen Konzeptualisierung des Forschungsgegenstandes und dem Angebot einer möglichen selbstreflexiven Perspektive, die dem untersuchten Phänomen auf eine bestimmte Art Sinn verleiht (vgl. Charmaz 2014: 231). Dabei erhebe ich nicht den Anspruch, eine universell gültige These auszuformulieren, sondern die Daten und die Expert\*innen für sich und ihre Teilsysteme sprechen zu lassen, um der empirischen Wirklichkeit gerecht zu werden.<sup>3</sup>

---

3 Die Beschreibung des methodischen Vorgehens mithilfe der GTM orientiert sich an einem qualitativen Forschungsbericht zu Betroffenenperspektiven bezüglich sexualisierter Gewalt. Er wurde im Rahmen eines aufbauenden MA-Seminars verfasst, in dem ich meine Methodenkenntnisse vertiefte.

## 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 Abstellung 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 fachgebietsspezifisch 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.

## 6 Schlussfolgerungen und Potentiale

Im letzten Kapitel wurden drei mögliche Sichtweisen auf Suizide und Suizidbeihilfe dargestellt. Stets wurde darauf geachtet, die beobachtungsabhängigen Wahrnehmungen, Thematisierungen und Bearbeitungsstrukturen der Referent\*innen auszuleuchten. Nun mag sich die Sachlage im Vergleich zum Beginn dieser Arbeit nicht gerade vereinfacht haben; doch genau dies war Zweck und Ziel. Gäbe es nur eine Sichtweise auf die zugrundeliegende Thematik, wären auch bereits politische Entscheidungen gefällt und stabilisiert worden. Abgesehen von Orientierungsdebatten im Deutschen Bundestag und einigen Gesetzesvorschlägen, gab es noch keine finalen Konkretisierungen des parlamentarischen Gesetzgebers. Als soziologisch verfasste Analyse beschäftigt sich diese Arbeit nicht primär mit politikberatenden Schlussfolgerungen, sondern soll dazu beitragen, die Komplexität der Suizide und der Suizidbeihilfe auf den Punkt zu bringen. Neben rechtlichen, medizinischen und ethischen Überlegungen gibt es mit Sicherheit eine große Bandbreite weiterer möglicher Bezugspunkte. Trotzdem erwiesen sich die drei konturierten Perspektiven als zentral und hinsichtlich des Themenfeldes als besonders relevant. Im Anschluss folgt eine finale Zuspitzung der divergierenden Strategien zur Bewältigung des Suizidkomplexes sowie eine Offenlegung der inhaltlichen Schwerpunkte. Denn letztlich ist nicht nur interessant, wie unterschiedliche Beobachter\*innen auf denselben Gegenstand zugreifen und ihre eigens konstruierten Bezugsprobleme lösen, sondern auch, welche thematischen Aspekte regelmäßig angesprochen werden.



## 6.1 Strategien der Kontingenzbewältigung

Alle Expert\*innen greifen auf unterschiedliche Weise auf die Suizidthematik zu. Sie fokussieren jeweils andere Aspekte, aber stets mit demselben Ziel, Komplexitätsreduzierend zu agieren und die Kontingenz zu bewältigen.

Rechtliche Vertreter\*innen stürzen sich unmittelbar auf die Unterscheidung von Recht und Unrecht und diskutieren, wann Suizidbeihilfe rechtlich zulässig ist und wann nicht. Zur Eingrenzung setzen sie sich mit dem zur Thematik vorliegenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts auseinander, dem sie im Großen und Ganzen zustimmen. Allerdings machen sie es sich im Zuge der kontinuierlichen Rechtsentwicklung zur Aufgabe, möglichst viele Verhaltenserwartungen zu stabilisieren und das Handlungsspektrum breit auszudifferenzieren. Je nach Fachdisziplin liegt ihr Augenmerk auf verfassungs- oder strafrechtlichen Bezugspunkten. Zum einen kritisieren sie begriffliche Unklarheiten und Unvereinbarkeiten mit der Verfassung, zum anderen die durch das Urteil entstehende paradoxe Rechtslage und Lücke im Strafrecht. Beide zielen darauf ab, die relational begründete Selbstbestimmung als grundlegenden Wert zu schützen und sicherzustellen, sie tun dies jedoch aus verschiedenen Gründen. Während aus verfassungsrechtlicher Sicht ein prozedurales Schutzkonzept die mögliche Relationalität abfedern soll, steht aus strafrechtlicher Sicht eine fall-spezifische Beurteilung der Freiverantwortlichkeit im Vordergrund. In diesem Sinne tragen sie dazu bei, möglichst viele Handlungsoptionen im Kontext der gesellschaftlichen Normenvielfalt abzudecken und als rechtlich bewertbar zu konstruieren. Die Zuspitzung der Suizidbeihilfe auf rechtliche Uneindeutigkeiten und Inkompatibilitäten, die nur juristisch ausgelotet werden können, ist allerdings nur *eine* mögliche Bewältigungsstrategie.

Im Vergleich zu den Jurist\*innen beschäftigen sich Mediziner\*innen zunächst mit dem Suizid per se und beschreiben ihn als Krankheitszustand aus Sicht verschiedener Fachdisziplinen. Sie beziehen sich vor allem auf die zahlreichen Risikofaktoren und differenzierten Hintergründe für Suizidwünsche und definieren psychische und physische Erkrankungen als Hauptursache. Die medizinische Deutungshoheit dient ihnen dazu, die thematische Begrenzung zu legitimieren und den Gegenstand greifbar zu gestalten. Aufgrund ihres fachlichen Wissens und ihrer Berufserfahrung

ist es ihnen möglich, die Suizidalität von Patient\*innen zu diagnostizieren und in klinischen Settings zu organisieren. Ziel ist eine professionelle Einordnung von Suizidwünschen und ein kompetenter Umgang mit ihnen. Da sie als behandelbare Zustände gelten, können Therapiemöglichkeiten zunehmend optimiert und den Betroffenen ans Herzen gelegt werden. Suizidbeihilfe wird erst als letzte Option nach langem Kampf in Betracht gezogen und angesprochen. Die Bewältigungsstrategie der Mediziner\*innen äußert sich demnach in der Fokussierung auf Krankheiten, die nur *sie* mit ihren ausgereiften Ressourcen bearbeiten können.

Zuletzt macht sich eine dritte kontingenzbewältigende Taktik bei den Ethikern bemerkbar. Ihr Blick wandert direkt auf das Spannungsfeld der moralischen Bewertung und Reflexion und mündet in einer fachgebundenen Eingrenzung des Gesamtkomplexes. Als philosophische Wissenschaftler beziehen sie sich auf ideengeschichtliche Interpretationen, um Suizide ethisch zu beleuchten. Mithilfe logischer Argumentationen explizieren sie, auf welcher Grundlage moralische Bewertungen stattfinden können, welche Bewertungsmöglichkeiten es gibt und mit welchen Folgen sie einhergehen. Somit stehen sie vor der Kontingenz der moralischen Zulässigkeit, an die sie je unterschiedlich anschließen. Während der Ethiker Gethmann alle Gründe für und gegen die Legitimität offenlegt und das moralische Spektrum definiert, konkretisiert der Theologe Bormann nur die Seite der Illegitimität mithilfe philosophischer und religiöser Argumente. Beide stellen die zwei möglichen Handlungs- und Denkungsarten jedoch auf eine Ebene. Aus diesem Grund plädieren sie für kontextspezifische Moralbewertungen, um der Vielfalt an Lebenslagen und Normvorstellungen gerecht zu werden. Auch sie verfügen über *eine* mögliche, eigenlogische Bewältigungsstrategie und heben moralische Konflikte hervor, die nur auf der Basis ethischer Reflexionen greifbar sind.

## 6.2 Ziele der Offenlegung von Perspektivität und Kontingenz

Doch was folgt aus der Offenlegung der Perspektiven und ihrer Strategien zur Bewältigung von Kontingenz? Es zeigt sich, welche verschiedenen Sprecherpositionen aufeinandertreffen und mit welchen unter-

schiedlichen Anliegen sie über denselben Gegenstand diskutieren. Ob und wie sich die Debatte weiterentwickelt und welche politischen Reaktionen erfolgen, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Gleichwohl können aus den Forderungen und Implikationen der Sachverständigen diejenigen Punkte abgeleitet werden, die eine besonders hohe Relevanz besitzen. Wie auch immer sich die gesellschaftliche Aushandlungssituation zum Thema Suizid und Suizidbeihilfe strukturieren wird, lohnt sich in jedem Fall ein Blick auf die inhaltlichen Schwerpunkte der einzelnen Funktionsbereiche.

Angesichts der Ausdifferenzierung des Gesellschaftssystems ist aus juristischer Perspektive ein antipaternalistisches, autonomes Menschenverständnis angebracht, das ein freies und selbstbestimmtes Sterben ermöglicht. In diesem Zusammenhang muss auch die Option geschaffen werden, das ärztliche Berufsrecht anzupassen. Suizidbeihilfe soll möglich und nicht verboten sein, aber weder verpflichtend noch straffrei bei fehlender Einwilligung. Dahingehend ist es notwendig, die bestehende Gesetzeslücke zu schließen, so Strafrechtlerin Rostalski. In Beratungsgesprächen soll die Stabilität von Suizidwünschen sicher festgestellt werden, um möglichen Menschenrechtsverletzungen vorzubeugen. In diesem Zuge responsabilisiert Verfassungsrechtler Rixen den parlamentarischen Gesetzgeber explizit für die Gestaltung des Urteils, um die gesellschaftliche Normenvielfalt auszugleichen. Mit zeitgemäßen Begriffen wie Relationalität und Vulnerabilität soll die Selbstbestimmung in Zusammenhang mit der Menschenwürde in interdisziplinären Debatten neu verhandelt werden.

Im Vergleich zum juristischen Anliegen sind den Mediziner\*innen völlig andere Aspekte wichtig. In erster Linie müssen Räume geschaffen werden, in denen Betroffene offen über ihre Suizidwünsche sprechen können und Unterstützungsangebote erhalten. Aufgrund der Vielzahl möglicher Gründe und suizidaler Risikofaktoren stehen umfangreiche Präventionsmaßnahmen aus. Besonders wichtig sind die ärztliche Kompetenz und Professionalität für einen möglichst gelungenen Umgang mit Suizident\*innen. In diesem Zusammenhang bleibt die Suizidalität Forschungsgegenstand, um neue Therapien zu entwickeln und bestehende zu optimieren. Im Zentrum steht die Bejahung des menschlichen Lebens, sodass Suizidbeihilfe zwar eine mögliche Entscheidung im klinischen Kontext

darstellt, zuvor allerdings alles medizinisch Mögliche getan werden sollte, um suizidale Gedanken zu lindern oder sogar zu heilen.

Ebenso nehmen die Ethiker andere Schwerpunktsetzungen in ihren Statements vor. Immer wieder unterstreichen sie die moralische Reflexion der Suizidthematik, auf deren Basis alle übrigen Debatten stattfinden. Vorab ist die Tatsache der doppelten Bewertungsmöglichkeit entscheidend. Suizide können als moralisch zulässig oder unzulässig eingeordnet werden. Je nach Urteil bestimmt sich die Legitimation der Suizidbeihilfe. Beide Ethiker plädieren für eine kontextspezifische Beurteilung von Suizidwünschen, um zum einen die differenzierten Lebenslagen und zum anderen die kulturelle Normenvielfalt zu berücksichtigen. Nicht alle Interessengruppen arbeiten mit demselben Menschenverständnis, sodass suizidbefürwortende und suizidkritische Stimmen denselben Stellenwert besitzen. Das gesellschaftliche Spannungsfeld kristallisiert sich stellvertretend in den Aussagen der Ethiker: Für Gethmann gibt es nur schwache Argumente, die gegen die Zulässigkeit von Suiziden sprechen. In seinen Augen soll jeder Mensch für seine Suizidwünsche respektiert werden, die nicht in allen Fällen krankheitsbedingt sein müssen. Dahingehend appelliert er an die ärztliche Hilfsbereitschaft und warnt vor latenter Suizidkritik, die sich nicht mit einem freiheitlichen Gesellschaftsverständnis vereinen lässt. Bormann hingegen führt starke Argumente für die moralische Illegitimität von Suiziden und Suizidbeihilfe an und betont deren hohe Relevanz für bestimmte gesellschaftliche Gruppen. Um einen Suizidwunsch moralisch zu akzeptieren oder sogar zu erfüllen, müssen seiner Meinung nach starke Gründe vorliegen. Letztlich schließt er sich den suizidpräventiven Forderungen der Mediziner\*innen mit der Betonung des menschlichen Lebens an und wünscht sich mehr Räume, in denen es wertgeschätzt wird.



## 7 Abschließende Bemerkungen und Fazit

Im Verlauf dieser Arbeit wurden drei Perspektiven auf die Thematik der Suizide und der Suizidbeihilfe im Deutschen Ethikrat analysiert und bildhaft kontrastiert. Fast von allein kristallisiert sich die Perspektivenvielfalt in den Statements der Expert\*innen heraus. Sie stehen gewissermaßen stellvertretend für bestimmte Berufsgruppen und entsprechende Funktionssysteme. Vor allem die Aspekte, die wiederholt im Datenmaterial auftauchen, zeugen auf den ersten Blick von unheimlicher Banalität und Erwartbarkeit. Sie verweisen allerdings auf die teilsystemspezifischen „System-Umwelt-Unterscheidungen“ (Luhmann 1999: 197), die sich aus den funktionsgebundenen „Beobachterpositionen“ (Luhmann 2002: 198) speisen. Alle beobachten denselben Gegenstand mit unterschiedlichen Augen, sodass stets andere Schwerpunkte gesetzt und ausgehandelt werden: Jurist\*innen diskutieren, welche Verhaltensweisen in Bezug auf die Suizidbeihilfe rechtlich zulässig oder unzulässig sind. Mediziner\*innen beschäftigen sich mit der Therapie und Heilung suizidaler Patient\*innen, und Ethiker reflektieren die moralische Zulässigkeit oder Unzulässigkeit von Suiziden und Suizidbeihilfe. All diese Reaktionen waren durchaus erwartbar, und vermutlich jede in das gegenwärtige Gesellschaftssystem eingebundene Person würde Ähnliches prognostizieren. Es ist nicht ungewöhnlich, dass sich Rechtsvertreter\*innen mit rechtlichen Dingen beschäftigen, Ärzt\*innen über Krankheiten sprechen und Ethiker\*innen moralische Überlegungen anstellen. Auch aus systemtheoretischer Sicht lässt sich das gut nachvollziehen.

Ziel dieser Arbeit war es, differenzierte Beobachtungsmöglichkeiten komplexitätsreduzierend offenzulegen und aktiv nach semantischen

Strukturen zu suchen, die auf kontingente Bewältigungsstrategien verweisen. Anders formuliert: Kommt es tatsächlich zu erwartbaren Beobachtungen, und wenn ja, aus welchen Gründen? Dies gelang einleuchtend mit der synchronen Thematisierung der professions- beziehungsweise funktionsspezifischen Konstruktionen und Lösungen eigenlogischer Bezugsprobleme. Alle drei Perspektiven stehen vor der unüberschaubaren Komplexitätslage, die sie eigenlogisch beobachten und aufschlüsseln. Indem sie jeweilige Bezugsprobleme herausstellen und entsprechende Lösungen anbieten, differenzieren sie das Themenfeld fachspezifisch aus. Somit sind sie sich nicht nur der jeweils möglichen rechtlichen, medizinischen oder ethischen Situation bewusst, sondern auch für oder gegen diese gewappnet. Insofern fungiert die Offenlegung der Kontingenz als Strategie, jene zu bewältigen.

Zusammenfassend ist stets die Berücksichtigung der Kontextgebundenheit von Suiziden und Suizidbeihilfe die Voraussetzung für jegliche rechtliche, medizinische oder ethische Anknüpfung. Verallgemeinern lässt sich die Thematik unter keinen Umständen und aus keiner Perspektive. Alle Sprechenden im ER kommunizieren an einem bestimmten Ort, an dem sich Interessenvertreter\*innen auf gleicher Ebene begegnen und über einen gesellschaftlich kontroversen Gegenstand diskutieren. Folglich sind ihre Aussagen auch in einem speziellen Kontext zu betrachten. Im Vergleich zu anderen Orten geht es im ER explizit um die karikierende Darstellung von Spannungsfeldern und divergierenden Standpunkten, um die gesellschaftliche Perspektivenvielfalt zu spiegeln. Des Weiteren sind die Sprechenden überwiegend an die besondere Gesprächsform gewohnt und rechnen gewissermaßen mit funktionstypischen Aussagen. Hinter der formalen Institution steckt also ein äußerst soziologisch fundierter Hintergedanke, weshalb sich die Transkripte der entsprechenden Tagungen auch besonders gut zur Analyse geeignet haben.

Es wird offensichtlich, dass die einzelnen Sprecherpositionen gewissermaßen nicht anders können, als mit eigenen Ressourcen auf den Suizidkomplex zu reagieren. Sie sind Teil selbstreferentieller Systeme, die nur operationsfähig bleiben, wenn sie ihre eigene Autopoiesis fortsetzen und immer wieder rechtliche, medizinische, wissenschaftliche oder religiöse Sätze produzieren. Parallel müssen sie auf andere Systeme Bezug neh-

men und ihre Aussagen reflektieren, um anschlussfähig zu bleiben. Wie bereits von Luhmann dargelegt, machen sich auch hier die zugleich paradoxen und einheitlichen Verhältnisse bemerkbar. Sie sorgen dafür, dass die Gesellschaft als solche existieren, sich reproduktiv vollziehen (vgl. Luhmann 1992: 635ff.) und von den besonderen Interessen und Fähigkeiten für spezifische, aber funktionale Teilaspekte profitieren kann (vgl. Luhmann 2002: 208): „Sie [die Gesellschaft] ist das, was sich ergibt, wenn die Welt durch Kommunikation verletzt wird und über Differenzen rekonstruiert werden muss“ (Luhmann 1992: 619). Im Vergleich zu anderen Orten weist der Ethikrat demnach ein hohes Potential auf, um die Perspektiven-differenzen der modernen Gesellschaft zu spiegeln.

Auch wenn diese Arbeit nicht den Anspruch einer politikberatenden Funktion übernehmen kann, lohnt sich ein Blick auf die kontrastierende Darstellung der Perspektiven im Ethikrat zum besonderen Themenfeld der Suizide und der Suizidbeihilfe. Zum einen verdeutlichen sich wiederholte, offensichtlich relevante inhaltliche Aspekte, zum anderen wird das Potential einer funktionsübergreifenden Theorieperspektive unterstrichen. Im Zuge moderner Gesellschaften genügt es nicht mehr, nur einen Aspekt oder eine Sichtweise zu konturieren. Viel spannender als pauschale Verallgemeinerungen ist der Blick auf komplexe Sachverhalte und kontingente Aushandlungsstrategien. Schließlich kommt es stets auf die Perspektiven an, die sich vielleicht nicht vereinen lassen, sich aber womöglich aneinander gewöhnen können. Doch auch dies ist nur *eine* Beobachtung einer systemtheoretisch orientierten Soziologin.





## 8 Literaturverzeichnis

- Barth, Niklas; Nassehi Armin; Saake Irmhild (2020): Perspektivität durch Verfahren. Zur Funktion des Deutschen Ethikrates. In: Soziale Systeme 22, 1/2, S. 274–297.
- Breuer, Franz; Muckel, Petra; Dieris, Barbara (2019): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung in die Forschungspraxis. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Bundesverfassungsgericht (2020): Urteil vom 26.02.2020 zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>, zuletzt abgerufen am 03.07.2022.
- Charmaz, Kathy (2006): Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. London: Sage.
- Charmaz, Kathy (2011): Grounded Theory Methods in Social Justice Research. In: Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna (Hrsg.): The SAGE Handbook of Qualitative Research. Los Angeles etc.: Sage, S. 359–380.
- Charmaz, Kathy (2014): Focused Coding. In: Dies.: Constructing Grounded Theory. 2. Auflage. Los Angeles etc.: Sage, S. 138–161.
- Cottrell, Laura; Duggleby Wendy (2016): The „good death“: An integrative literature review. In: Palliative & Supportive Care 14, 6, S. 686–712.
- Deutscher Ethikrat (2020): Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche; <https://www.ethikrat.org/anhoerungen/phaenomenologie-der-sterbe-und-selbsttoetungswuensche/>, zuletzt abgerufen am 03.07.2022.
- Deutscher Ethikrat (2020): Recht auf Selbsttötung; <https://www.ethikrat.org/sitzungen/2020/recht-auf-selbsttoetung/>, zuletzt abgerufen am 03.07.2022.

- Gerson, Sheri Mila et al. (2021): Assisted dying and palliative care in three jurisdictions: Flanders, Oregon, and Quebec. In: *Annals of Palliative Medicine* 10, 3, S. 3528–3539.
- Luhmann, Niklas (1980): *Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft. Band I.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1990): Der medizinische Code. In: Ders.: *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven.* Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 183–195.
- Luhmann, Niklas (1991): Entscheider und Betroffene. In: Ders.: *Soziologie des Risikos.* Berlin/New York: Walter de Gruyter, S. 111–134.
- Luhmann, Niklas (1992): *Die Wissenschaft der Gesellschaft.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1999): *Ausdifferenzierung des Rechts. Beiträge zur Rechtssoziologie und Rechtstheorie.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2002): Die Ausdifferenzierung religiöser Kommunikation. In: Ders.: *Die Religion der Gesellschaft.* Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 187–225.
- Mey, Günter; Mruck, Katja (2011): *Grounded Theory-Methodologie. Entwicklung, Stand, Perspektiven.* In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): *Grounded Theory Reader. 2. Auflage.* Wiesbaden: Springer VS, S. 11–48.
- Nassehi, Armin; Saake, Irmhild (2002): Kontingenz: Methodisch verhindert oder beobachtet? Ein Beitrag zur Methodologie der qualitativen Sozialforschung. In: *Zeitschrift für Soziologie* 31, 1, S. 66–86.
- Samerski, Silia; Henkel, Anna (2015): Responsibilisierende Entscheidungen. Strategien und Paradoxien des sozialen Umgangs mit probabilistischen Risiken am Beispiel der Medizin. In: *Berliner Journal für Soziologie* 25, 1/2, S. 38–110.
- Seale, Clive (2010): The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. In: *Journal of Medical Ethics* 36, 11, S. 677–682.
- Streeck, Nina (2016): „Leben machen, sterben lassen“: Palliative Care und Biomacht. In: *Ethik in der Medizin* 28, 2, S. 135–148.
- Zimmermann, Camilla (2012): Acceptance of dying: a discourse analysis of palliative care literature. In: *Social Science & Medicine* 75, 1, S. 217–224.