

Suizidalität und Autonomie: Theoretische Hintergründe und subjektive Wirklichkeit suizidaler Patient:innen

Hannah Marie Juliane Mrozynski

Vollständiger Abdruck der von der TUM School of Medicine and Health der Technischen Universität München zur Erlangung einer Doktorin der Medizin (Dr. med.) genehmigten Dissertation.

Vorsitz: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfer:innen der Dissertation:

1. Prof. Dr. Michaela Alena Buyx
2. Prof. Dr. Peter Henningsen
3. Prof. Dr. Karl-Ludwig Laugwitz

Die Dissertation wurde am 09.12.2022 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die TUM School of Medicine and Health am 10.10.2023 angenommen.

*Für meinen geliebten Vater
Peter Mrozynski*

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
A: Einleitung.....	1
1. Der Suizid aus medizinisch-psychiatrischer Sicht.....	1
1.1 Statistische Daten und terminologische Festlegung.....	1
1.2 Entstehung von Suizidalität	6
1.3. Ärztlicher Umgang mit Suizidalität	12
1.4 Weitere Möglichkeiten der Krisenintervention und Suizidprävention	16
2. Der Suizid – ein moralisches oder individuelles, philosophisches oder pathologisches Phänomen?	17
2.1 Die Bewertung des Suizids im historischen Wandel	17
2.2 Das aktuelle Problem: Lebensschutz vs. Selbstbestimmungsrecht.....	22
3. Suizid und assistierter Suizid aus rechtlicher Sicht	27
3.1 Die gegenwärtige Rechtsprechung zum Suizid und ärztlich assistierten Suizid in Deutschland.....	27
3.1.1 Straffreiheit und verfassungsrechtliche Einordnung des Suizids.....	27
3.1.2 Betreuungsrecht: Suizidverhinderung im Rahmen des Lebensschutzes.....	28
3.1.3 Ärztliche Rettungspflichten beim (freiverantwortlichen) Suizid.....	31
3.1.4 Strafrechtliche Bewertung des ärztlich assistierten Suizids.....	34
3.1.5 aktuelle Entwicklungen der Rechtsprechung zur Unterstützung beim Suizid	35
3.2 Die Rechtslage und Praxis des ärztlich assistierten Suizids im internationalen Vergleich.....	39
4. Ziel der Arbeit.....	42
4.1 Fragestellung.....	42
4.2 Forschungsstand: Empirische Untersuchungen zum Thema	44
4.3 Überblick und Gang der Untersuchung	49
B: Quellen und Methoden	50
1. Auswahl der Methode und erstrebter Erkenntnisgewinn.....	50
2. Begründung der Methodenwahl für die Fragestellung der Arbeit unter Bezugnahme auf eine Narrative Ethik	51
2.1 Formen narrativ-ethischer Reflexion	51

2.2	Narrative Ansätze in der Bioethik.....	52
2.3	Die Notwendigkeit der Erzählung für ärztliches Handeln und klinisch-ethische Entscheidung.....	53
2.4	Die Bedeutung des Narrativen für Identität und Autonomie	54
2.5	Narrativität und lebensgeschichtlicher Kontext.....	56
3.	Die Rekonstruktion der präsuizidalen Entwicklung anhand von narrativ-biographischen Interviews	58
3.1	Vorbereitung und Durchführung der Gespräche.....	59
3.2	Auswertung der Interviews	60
3.2.1	Die narrativistische Methodik biographischer Fallrekonstruktionen nach Gabriele Rosenthal.....	60
3.2.2	Modifikation der Methodik biographischer Fallkonstruktionen nach Rosenthal zur Analyse präsuizidaler Entscheidungsprozesse.....	62
C: Ergebnisse.....		70
1.	Der Suizid als Ausdruck von Freiheit.....	70
1.1	Die Vorstellung vom „Freitod“ als Akt der Freiheit und Willensstärke.....	70
1.2	Der Suizid als letzte Freiheit des Menschen	72
1.3	Differenzierung des Freiheitspostulats.....	75
1.4	Der Suizid als Freiheitsrecht? Das Postulat vom Rechtsanspruch auf den Suizid	78
2.	Der Suizid als rationale Bilanz?.....	88
2.1	Kann ein Suizid überhaupt mit der Vernunft vereinbar sein? Hector Wittwers Untersuchungen zur rationalen Selbsttötung aus philosophischer Sicht	88
2.1.1	Widerspricht der Suizid dem natürlichen Wesen des Menschen?	90
2.1.2	Selbsttötung als Selbstwiderspruch und Missbrauch der Vernunft?.....	92
2.1.3	Die (Un-)vorstellbarkeit des Totseins	99
2.1.4	Der Tod als Gut und Übel	102
2.1.5	Suizid und Sinn des Lebens	107
2.2	Unter welchen Umständen darf eine Selbsttötung als wohlerwogen gelten?	109
2.2.1	Margaret P. Battin: The Concept of Rational Suicide.....	109
2.2.2	Dagmar Fenner: Theoretische und praktische Rationalität des Suizids.....	115
3.	Suizidalität und Autonomie	125
3.1	Überblick zum Autonomiebegriff.....	125
3.1.1	Die Vielfalt der Autonomiekonzeptionen	126
3.1.2	Autonomie als bioethisches Prinzip	127

3.1.3	Autonomie als Ideal: Moralische Autonomie	130
3.1.4	Autonomie und Freiheit	132
3.1.5	Autonomie als Eigenschaft und Fähigkeit: Personale Autonomie.....	136
3.1.6	Die biographische Dimension der Autonomie und ihre narrative Struktur nach Michael Quante	139
3.1.7	Jenseits einer individualistisch-rationalistischen Konzeption: Relationale Autonomie	140
3.2	Was wird unter einer „freiverantwortlichen“ Suizidentscheidung verstanden?	142
3.2.1	Die praktische Notwendigkeit einer vereinfachten Konzeption der freien Willensentscheidung	142
3.2.2	Das Prinzip der Freiverantwortlichkeit als juristisch geklärter Begriff.....	144
3.2.3	Das vernünftige Abwägen des Todes gegenüber anderen Alternativen und die Problematik der negativen Definition der rechtlichen Kriterien beim Suizid.....	152
3.2.4	Die Fähigkeit zur reflektierten Selbstbewertung.....	155
3.2.5	Abwesenheit von psychischer Krankheit? Die Frage nach der Selbstbestimmungsfähigkeit	160
4.	Der Suizid aus Freiverantwortlichkeit als theoretisches Konstrukt: Dispositiv für den folgenden empirischen Teil.....	168
5.	Empirischer Teil: Suizidalität und Autonomie aus der Patient:innenperspektive	172
5.1	Auswertungsschema für die Interviews	172
5.2	Auswertung der Interviews	173
5.3	Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse	266
D: Diskussion		271
1.	Zusammenfassung der Hauptergebnisse.....	271
2.	Limitationen der durchgeführten klinisch-ethischen Studie.....	272
3.	Diskussion der empirischen Ergebnisse mit dem theoretischen Diskurs zum freiverantwortlichen Suizid.....	276
3.1	Suizid und Rationalität.....	276
3.2	Negative Lebensbilanz und soziale Einflussnahme	280
3.3	Suizidalität und Freiheit	282
3.4	Die freiverantwortliche Suizidentscheidung als juristisches Konstrukt	285
4.	Vergleich mit den Methoden und Ergebnissen anderer zum Thema vorliegenden qualitativen Studien	290

5.	Schlussfolgerungen aus der Gegenüberstellung der durchgeführten Studie mit dem ethischen Diskurs zu Suizidalität und Autonomie.....	296
5.1	Autonomie als Recht vs. Autonomie als Fähigkeit.....	296
5.2	Die subjektive Bedeutung von Freiheit und Autonomie.....	298
5.3	Anwendungsprobleme des Kompetenzbegriffs auf die autonome Suizidentscheidung	300
5.4	Die biographische Dimension von Selbstbestimmungsfähigkeit und Autonomie.....	302
5.5	Die individuelle Suizidentscheidung im Kontext einer einzigartigen Lebensgeschichte: Autonomie und Erzählen können	306
5.6	Ausblick	308
E: Zusammenfassung		310
Literaturverzeichnis		317
Urteilsverzeichnis.....		343
Anhang.....		344
Danksagung.....		347

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ablauf des narrativen Interviews nach Rosenthal (2015: 170).....	59
Abbildung 2:	Schema für die Interviewauswertung (modifiziert nach Rosenthal 2015: 204)	172

Abkürzungsverzeichnis

AEM	Akademie für Ethik in der Medizin
ÄAS	ärztlich assistierter Suizid
AWK	Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften und der Künste
BÄK	Bundesärztekammer
BayPsychKHG	Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BFS	Bundesamt für Statistik (Schweiz)
BGH	Bundesgerichtshof
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DGHS	Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben
DRZE	Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften
GMS/AA	Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Ausgabe der Königlich Preussischen Akademie der Wissenschaften (Akademieausgabe)
IASP	International Association for Suicide Prevention
MacCAT-T	MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment
NaSPro	Nationales Suizidpräventionsprogramm
PAD	Physician aid-in-dying
PAS	Physician-assisted suicide
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SCEN	Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands
ST	Summa Theologica
StGB	Strafgesetzbuch
StGB-CH	Schweizerisches Strafgesetzbuch
StHD	Sterbehilfe Deutschland
WHO	World Health Organisation
WTHD	Wish to hasten death
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

A: Einleitung

1. Der Suizid aus medizinisch-psychiatrischer Sicht

1.1 Statistische Daten und terminologische Festlegung

In Deutschland nehmen sich jährlich zwischen 9000 und 10 000 Menschen das Leben.¹ Damit übersteigt der Suizid hierzulande als Todesursache bei Weitem die Summe der Verkehrstoten sowie der Opfer von Mord und Totschlag, illegalen Drogen und Aids zusammen. Die Suizidrate weist sowohl weltweite als auch regionale sowie alters- und geschlechterspezifische Unterschiede auf. Im Jahr 2020 lag sie in Deutschland im Mittel bei 11,1 pro 100 000 Einwohner:innen. (Müller-Pein 2021; NaSPro 2021) Im Vergleich zu den vollendeten Selbsttötungen wird von etwa zehnmal so vielen Suizidversuchen ausgegangen (Müller-Pein 2021). Es ist jedoch, auch aufgrund der fortbestehenden Tabuisierung und definitionsabhängigen Einordnung von Suizidalität, eine vergleichsweise hohe Dunkelziffer anzunehmen. Denn nur diejenigen Versuche, die eine polizeiliche oder medizinische Intervention zur Folge haben, werden überhaupt in die Schätzungen aufgenommen. Ähnliches gilt im Besonderen für Suizide und Suizidversuche im Alter, wenn ein natürlicher Tod angesichts von vorbekannten Grunderkrankungen plausibel erscheint oder der Suizid durch den gezielten Verzicht auf lebensnotwendige Medikamente herbeigeführt wurde (Spaemann, Hohendorf & Oduncu 2015: 93). Niemand weiß, wie häufig Suizidalität letztlich im privaten Bereich verbleibt.

Es bestehen erhebliche Unterschiede in der Geschlechterverteilung, sowohl in Bezug auf die Methoden als auch auf das Verhältnis von erfolgreichen und gescheiterten Suizidversuchen: Letztere kommen bei Frauen doppelt so häufig vor wie bei Männern, deren Versuche wiederum doppelt so häufig einen tödlichen Ausgang nehmen (Reimer 2005: 29). So wurde im Jahr 2020 bei 75% der Todesfälle durch einen Suizid ein männliches Geschlecht registriert. Das Durchschnittsalter lag 2020 bei 58,5 (Männer) bzw. 59,3 Jahren (Frauen) und stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an. (Destatis 2021; Statista 2022) Bei Jugendlichen ist der

¹ Gemäß den Erhebungen des statistischen Bundesamtes verstarben im Jahr 2018 insgesamt 9396 Menschen durch einen Suizid, im Jahr 2019 fiel der Wert auf 9041 und stieg im Jahr 2020 wieder auf 9206 Suizide an, wobei 2019 der niedrigste absolute Wert seit einem Höchststand von 18 825 Suiziden im Jahr 1981 erhoben wurde. Destatis (2021); Müller-Pein (2021).

Suizid zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr die zweithäufigste, in einigen Ländern sogar die führende Todesursache (Senf & Broda 2012: 608). Ferner werden bei jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren wesentlich mehr Suizidversuche registriert, während in den Altersgipfeln zwischen 25 und 45 Jahren sowie ab dem 60. Lebensjahr mehr vollendete Suizide auftreten (Senf & Broda 2012: 30). Dabei erhöht die Häufigkeit von stattgehabten Suizidversuchen in der Vorgeschichte die Wahrscheinlichkeit des Todes durch einen vollendeten Suizid (Bronisch 2014: 17). Bezüglich der Methoden steht bei vollendeten Suiziden das Erhängen unabhängig vom Geschlecht an erster Stelle, gefolgt von Arzneimittel- bzw. Drogenintoxikationen (häufiger bei Frauen), Stürzen aus großer Höhe und Schienensuiziden sowie dem Erschießen, wobei letzteres nahezu ausschließlich von Männern angewandt wird (Müller Pein 2021). Bei Suizidversuchen dominieren wiederum sogenannte „weiche“ Methoden im Sinne von Vergiftungen, bei Frauen in fast 80 % und bei Männern in etwa 60 % der Fälle, gefolgt von Schnittverletzungen (Bronisch 2014: 25ff.)

Damit ist Suizidalität nicht nur ungleich häufiger bzw. weiter gefasst als der Suizid, sondern offenbar nicht immer ganz zufällig mit bzw. ohne tödlichen Ausgang. Es fällt auf, dass die bei misslungenen Suizidversuchen überwiegende Anwendung der Medikamentenüberdosis passiver und das Zufügen von Schnittverletzungen spontaner erscheint, als dies bei der vergleichsweise „sicheren“ Methode des Erhängens der Fall ist. Allerdings lässt sich kein Zusammenhang zwischen harten Methoden und der Ernsthaftigkeit des Suizidvorhabens nachweisen. So muss schweren Selbstverletzungen nicht zwangsläufig eine dringende Suizidabsicht zugrunde liegen, während die Schlafmittelintoxikation unabhängig von der Ernsthaftigkeit des Todeswunsches einen sanften, schmerzfreien, sicheren Tod verspricht. Dies führt zu einer Abgrenzung von risikoreichem und selbstschädigendem, ggf. den Tod in kaufmännischem Verhalten zu solchen Handlungen, die gezielt und unmittelbar auf die Beendigung des Lebens ausgerichtet sind. Unter Suizid und Suizidversuch werden in der vorliegenden Arbeit demnach solche Handlungen verstanden, bei denen eine aktive Intention zur Beendigung des eigenen Lebens vorhanden ist.² Die beabsichtigte Beendigung des eigenen Lebens kann dabei einer positiven oder negativen Handlung (z.B. dem Verzicht auf Nahrung, auch Sterbefasten genannt) bestehen, sofern der Person bewusst ist, dass sie durch ihr Handeln versterben wird.³ Dies sagt jedoch noch nichts über die an anderer Stelle diskutierte

² vgl. hierzu beispielhaft die Definition von Bronisch (2014: 14)

³ vgl. Baumann unter Bezugnahme auf Durkheims Definition in Baumann (2001: 89)

Ernsthaftigkeit des Sterbewunsches als solchem aus im Sinne einer wohlbegründeten Überzeugung, dass der eigene Tod dem Leben in jedem Falle vorzuziehen ist.

Neben den vollendeten und gescheiterten Suizidversuchen umfasst Suizidalität im weiteren Sinne auch Suizidgedanken und -impulse sowie die sogenannten parasuizidalen Gesten. Bei Letzteren steht meist die Appellfunktion gegenüber der Umwelt im Vordergrund, häufig kommt es hier nicht zu lebensgefährlichen Schädigungen oder es werden sogenannte „Suizidarrangements“ getroffen, die eine rechtzeitige Rettung sicherstellen (Bronisch 2014: 15). Suizidimpulse dagegen sind weniger auf einen Beziehungsaspekt ausgerichtet, sondern bezeichnen ein akut auftretendes, schwer kontrollierbares Bedürfnis, sich in der unmittelbaren Situation selbst umzubringen. Auf ihnen beruht die Vorstellung vom Suizid als „Kurzschlussreaktion“, sie sind mit einer stark affektiven Komponente und hohem Handlungsdruck behaftet. Suizidgedanken oder -ideen reichen von allgemeinem Nachdenken über den eigenen Tod über sich verselbstständigende Phantasien bis hin zu konkreten Plänen hinsichtlich der Durchführung einer Selbsttötung (vgl. Ringel & Sonneck 1978).

Eine Sonderform stellt der assistierte Suizid dar, hier steht eine langfristige Entscheidung angesichts der als unerträglich empfundenen Lebensumstände im Vordergrund. Der Versuch einer Einordnung im Bereich der aktiven Sterbehilfe ist durch die Gleichsetzung normativer und deskriptiver Begrifflichkeiten problematisch:⁴ Aus normativer Hinsicht scheint eine Unterscheidung zwischen der eigenständigen Einnahme eines durch Dritte ausgehändigten Medikaments und der ausdrücklich verlangten unmittelbaren Verabreichung eines tödlichen Medikaments zunächst einmal wenig relevant. Dagegen ist diese Differenzierung auf deskriptiver Ebene für die juristische Zuordnung der Verantwortlichkeit nach deutscher Gesetzgebung von maßgeblicher Bedeutung: Die rechtliche Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen erfolgt über das Kriterium der Tatherrschaft. Diese hat inne, wer das Geschehen im Sinne von bestimmen in letzter Konsequenz lenkt.⁵ Solange dieses Kriterium in der Handlung des/der Suizidwilligen liegt, ist der Tatbestand eines Tötungsdeliktes nicht erfüllt. Zwischen 2015 und 2020 war die professionelle Suizidassistenz als geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung nach § 217 des deutschen StGB untersagt. Dieses grundsätzliche Verbot

⁴ Die frühere terminologische Abgrenzung von direkter bzw. indirekter sowie aktiver bzw. passiver Sterbehilfe wurde mittlerweile von der Differenzierung in Therapien am Lebensende (palliative Maßnahmen), Sterbenlassen, assistierten Suizid sowie Tötung auf Verlangen abgelöst, s. hierzu die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates (2006)

⁵ zur detaillierten Erläuterung der Rechtslage in Deutschland vgl. Kapitel 3.1 dieser Arbeit

wurde vom Bundesverfassungsgericht am 26.02.2020 für verfassungswidrig erklärt (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310).

Der allgemeine Wunsch, medizinische Unterstützung zur Lebensverkürzung zu erhalten, wird als wish to hasten death (WTHD) bezeichnet. Die ärztlich assistierte Selbsttötung wird in Deutschland üblicherweise als ÄAS abgekürzt, im Englischen sind hierfür die Bezeichnungen PAS (physician-assisted suicide) bzw. PAD (physician aid-in-dying) geläufig. Die Benennung konkreter Daten aus Deutschland gestaltet sich aufgrund der vor dem Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Februar 2020 bestehenden rechtlichen Grauzone schwierig, eine vollständige statistische Erfassung liegt nicht vor. Die aus Deutschland vorliegenden Zahlen beziehen sich auf die Veröffentlichungen der Organisation Sterbehilfe Deutschland e.V. (StHD), die im Zeitraum von 2010 bis zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung 2015 laut Vereinsstatistik 254 Suizidbegleitungen durchgeführt hat (Widmann 2019). In den Jahren 2010-2013 setzten 21 (2010), 27 (2011), 29 (2012) bzw. 41 (2013) Menschen mit Hilfe von StHD ihrem Leben ein Ende (Bruns et al. 2016a). Für das Jahr 2021 gibt der mittlerweile umbenannte Verein Sterbehilfe 129 durchgeführte Suizidbegleitungen an (Verein Sterbehilfe 2021). Der in der Schweiz legal Suizidbegleitung praktizierende Verein EXIT nennt für die entsprechenden Jahre jeweils eine über zehnfache Menge von 257 (2010), 305 (2011), 356 (2012) und 459 (2013) Fällen. Wenige Jahre später – für das Jahr 2021– wurden von EXIT mit 973 Fällen bereits mehr als doppelt so viele Suizide begleitet. Die Zahlen zeigen somit in den letzten Jahren eine deutlich steigende Tendenz.⁶

In der Schweiz sind neben EXIT und dem Ableger des Vereins in der französischen Schweiz EXIT A.D.M.D (Association suisse pour le Droit de Mourir dans la Dignité) die Sterbehilfeorganisationen Ex International, Dignitas, Lifecircle sowie der Verein Sterbehilfe (ehemals Sterbehilfe Deutschland, StHD) ansässig. Während die Leistungen von EXIT nur Personen mit Wohnsitz in der Schweiz zugänglich sind, bieten die anderen Vereine auch für Menschen aus dem Ausland Suizidbegleitung an. Dies wird auch als Sterbetourismus oder suicide tourism bezeichnet (Bosshard 2017: 30f.). Ein Großteil der dokumentierten Suizidbegleitungen wird von EXIT durchgeführt, doch auch insgesamt zeigt sich eine zunehmende Zahl der assistierten Suizide in der Schweiz in den letzten zehn Jahren.⁷ Dagegen sind die

⁶ s. hierzu die auf der Website der Organisation veröffentlichten die Jahresberichte 2010-2022 (EXIT 2022).

⁷ s. EXIT (2022) sowie die Auswertungen des schweizerischen Bundesamtes für Statistik (BFS 2016), jeweils auf Personen mit Wohnsitz in der Schweiz bezogene Zahlen.

unbegleiteten Suizide in der Schweiz kontinuierlich zurückgegangen. Die Tatsache, dass die absolute Suizidrate seit der Jahrtausendwende weitestgehend konstant geblieben ist, legt in etwa eine Kompensation der rückläufigen eigenständig durchgeführten durch die begleiteten Suizide nahe (BFS 2016). Daraus kann auf den ersten Blick scheinbar eine positive Entwicklung gefolgert werden: Demnach suizidierten sich etwa gleich viele Menschen, durch das Angebot der Suizidassistenten würde aber diese Möglichkeit verstärkt wahrgenommen und es wäre lediglich eine Art Methodenshift zu verzeichnen. Den Betroffenen bliebe somit eine einsame Durchführung ihres Sterbewunsches oder die Zuhilfenahme brutaler Methoden zunehmend erspart. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass Suizidassistenten besonders häufig von älteren Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen wahrgenommen wird. Bei etwa der Hälfte (56%) der in der Schweiz zwischen 2010 und 2014 gemeldeten Suizidbegleitungen wurde als Grundleiden eine neurodegenerative oder Tumorerkrankung genannt (BFS 2016). Ähnliche Angaben (46,1%) finden sich im entsprechenden Untersuchungszeitraum in den Fallberichten von Sterbehilfe Deutschland (Bruns et al. 2016a). Zudem fällt sowohl bei den Erhebungen in Deutschland als auch in der Schweiz auf, dass deutlich häufiger Frauen Suizidassistenten einfordern (Bruns et al. 2016a; Bosshard 2017: 35). Somit handelt es sich um eine besondere Personengruppe, weshalb im Vergleich mit anderen Methoden aus den Dynamiken der jeweiligen Suizidraten nur mit erheblicher Einschränkung auf eine wechselseitige Beeinflussung rückgeschlossen werden kann.

Neben der inhaltlichen Differenzierung der verschiedenen Phänomene bzw. Erscheinungsformen von Suizidalität besteht eine große terminologische Vielfalt in Bezug auf deren Bezeichnung. Es ist nicht zu übersehen, dass darin häufig normative Züge enthalten sind. Insbesondere der Begriff „Selbstmord“ wird von einigen Betroffenen als abwertend empfunden und soll daher in dieser Arbeit nur im Rahmen von zitierten Passagen verwendet werden. Der „Freitod“ verschleiern den Kontrollverlust ebenso wie die Bedeutung einer aufgezwungenen, unerträglichen Wirklichkeit. Der Suizid (lat. sui caedere, sich schlagen/ töten) scheint hingegen als neutral beschreibender wissenschaftlicher Begriff passender. Der deutschen Übersetzung entsprechend wird hiermit synonym das Wort Selbsttötung verwendet. Die Umschreibung „sich das Leben nehmen“ erfüllt zwar streng genommen nicht die Kriterien der Objektivität⁸, wird jedoch gemäß der im allgemeinen Sprachgebrauch wertneutral

⁸ Jemandem „etwas nehmen“ verweist einmal auf die Täterschaft und könnte damit als Schuldzuweisung interpretiert werden, zum anderen wäre in einigen Fällen der Einwand gerechtfertigt, dass der Suizid ja nur

gebrauchten Formulierung aus stilistischen Gründen ebenfalls verwendet. Der Begriff „Suizidbeihilfe“ wird aufgrund seiner Anlehnung an die strafrechtliche Terminologie ebenfalls vermieden und nach Möglichkeit durch Suizidbegleitung oder -assistenz ersetzt.

1.2 Entstehung von Suizidalität

Als bedeutendste Risikofaktoren für einen Suizid lassen sich neben männlichem Geschlecht und höherem Lebensalter der Personenstand (höchstes Risiko bei Geschiedenen, niedrigstes Risiko bei Eheleuten) sowie Arbeitslosigkeit abgrenzen (Bronisch 2014: 27ff.). Mit Abstand am häufigsten treten Suizidalität und Suizid jedoch bei gleichzeitigem Vorliegen psychischer Störungen auf, geführt von depressiven und Suchterkrankungen, weiterhin bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie.⁹ Laut Einschätzung der WHO ist bei etwa der Hälfte der vollendeten Suizide in Europa eine affektive Störung in der Anamnese bekannt (Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016; Arsenault-Lapierre et al. 2004). Gefährdet sind allgemein Menschen in sozialer Not oder akuten Lebenskrisen sowie von einem Suizid in ihrem unmittelbaren Umfeld Betroffene, außerdem Personengruppen, die sozial ausgegrenzt oder verfolgt werden, sowie unheilbar chronisch Kranke.¹⁰ Auch als Beweggründe für die Inanspruchnahme von Suizidassistenz durch Ärzt:innen bzw. Sterbehilfeorganisationen überwiegen häufig psychosoziale Faktoren wie Einsamkeit und Abhängigkeit im Alter. Das Vorliegen einer unheilbaren körperlichen Erkrankung allein ist hingegen nicht unbedingt maßgeblich für Todeswünsche. (Hohendorf 2014) So zeigt eine Untersuchung zu den Hauptmotiven der durch den Verein Sterbehilfe Deutschland e.V. begleiteten Suizide, dass nur bei etwa einem Viertel der Fälle unbeherrschbare Symptome im Rahmen einer körperlichen (12,8 %) oder psychischen (13,7 %) Erkrankung ausschlaggebend waren. Fast ebenso häufig (24%) wurde Lebensmüdigkeit unabhängig vom Vorliegen einer schweren Erkrankung angegeben. (Bruns et al. 2016a)

Insgesamt handelt es sich am ehesten um eine Kombination verschiedener Risikofaktoren, früherer Erfahrungen und aktueller psychosozialer Belastungen. Man wird daher die verschiedenen psychologischen, biologischen und sozialen Entstehungstheorien nicht isoliert voneinander betrachten können. So lässt sich beispielsweise die familiäre Häufung von

aufgrund von zuvor genommener Lebensmöglichkeiten angesichts der verbleibenden unerträglichen Umstände erfolgt.

⁹ Gemäß sogenannten retrospektiven sogenannten psychologischen Autopsiestudien (Bronisch 2014: 41-45)

¹⁰ Bronisch unter Bezugnahme auf Ringel (1969), s. Bronisch (2014: 53f.)

Suiziden auf verschiedene Weisen erklären: Zunächst einmal werden genetische Faktoren vermutet. Verwandte von an Suizid verstorbenen Menschen weisen ein drei- bis zehnmal höheres Risiko für Suizidalität auf (Turecki 2014). Dies wurde bislang vor allem auf die erbliche Komponente von affektiven Erkrankungen sowie Störungen in der Impuls- und Aggressionskontrolle, die bei Suizident:innen gehäuft auftreten, zurückgeführt. Neuere Untersuchungen konnten jedoch zeigen, dass die Veranlagung zu suizidalem Verhalten nur teilweise mit der Weitergabe psychischer Erkrankungen einhergeht und daher nicht allein aus ihr heraus erklärt werden kann. (Erlangsen et al. 2018) So ergaben Genomanalysen nach Obduktionen von an Suizid Verstorbenen Hinweise auf signifikante Veränderungen, die weitestgehend unabhängig von den genetischen Korrelaten der psychiatrischen Komorbiditäten sind. Zu den wesentlichen genomassoziierten Beobachtungen suizidalen Verhaltens zählen veränderte DNA-Methylierungen im Kleinhirn und im präfrontalen Kortex. Solche sogenannten epigenetischen Mechanismen dienen dazu, auf molekularer Ebene eine Interaktion mit bzw. Anpassung der Genexpression an veränderte Umweltbedingungen zu ermöglichen. Im Hinblick auf suizidales Verhalten betrifft dies beispielsweise Geneorte, die an der Modulation der zerebralen Immunantwort mitwirken, hormonelle und Stoffwechselprozesse beeinflussen oder an der Stressregulierung beteiligt sind. (Policicchio et al. (2020) Die Vulnerabilität für suizidales Verhalten scheint darüber hinaus in Verbindung zu genetisch (mit-)bedingten Defiziten unterschiedlicher neuronaler Schaltkreise in diversen Gehirnregionen zu stehen. Während solche Faktoren prädisponierend auf das Lebenszeitrisiko für Suizidalität wirken, wurden in Bezug auf akute suizidale Krisen Ungleichgewichte in verschiedenen Neurotransmittersystemen identifiziert. (Wagner et al. 2019)

Unabhängig von molekularbiologischen Erkenntnissen sind als Ursachen der familiären Häufung suizidalen Verhaltens sicher auch geteilte traumatische Erfahrungen und innerfamiliäre Konflikte anzunehmen. Als entscheidende Risikofaktoren für Suizidalität gelten Missbrauchserfahrungen und Vernachlässigung in der frühen Kindheit, die ihrerseits oftmals über mehrere Generationen weitergegeben werden. Dagegen scheinen verhaltenstheoretische Erklärungen wie „Lernen am Modell“ in Bezug auf Suizidalität weniger relevant zu sein: Adoptionsstudien konnten eine Korrelation von suizidalem Verhalten biologischer, nicht aber adoptierter Familienmitglieder nachweisen (Wagner et al. 2019). Dennoch werden dem Suizid nicht unerhebliche soziale Einflüsse im Sinne eines Nachahmungseffektes zugeschrieben. Diese Imitationshypothese bzw. Suggestionstheorie (bekannt auch als Werther-Effekt) wird mit einer Kombination von persönlichkeitsbedingter Empfänglichkeit, sozialen

Belastungsfaktoren sowie einer Identifikation mit der Person und den Lebensumständen des Vorbildes erklärt (Jochims 2007). Erstmals fiel dieses Phänomen angesichts der massiven Zunahme der Suizide junger Männer nach dem Erscheinen von Goethes „Die Leiden des jungen Werther“ (1774) auf. Die daran angelehnte Bezeichnung als „Werther-Effekt“ geht auf den amerikanischen Soziologen David Phillips zurück, der 1974 einen Zusammenhang zwischen intensiver medialer Berichterstattung über Suizide prominenter Personen und einem signifikanten Anstieg der Suizidrate in den darauffolgenden Wochen nachwies (Phillips 1974). Dabei scheint eine entscheidende Rolle zu spielen, ob die jeweiligen Umstände des Suizids durch die Medien detailliert und in emotionaler, heroisierender Weise dargestellt werden.¹¹ Dies kann dann beispielsweise zu einer Verfestigung des Entschlusses von Menschen in ambivalenten Phasen der präsuizidalen Entwicklung führen. Entsprechende Analysen der Dynamiken über einen längeren Zeitraum weisen jedoch darauf hin, dass der Werther-Effekt nicht nur eine vorübergehende Verschiebung der Suizidrate hochvulnerabler Gruppen bewirkt. Vielmehr liegt die Vermutung nahe, dass sich durch solche Effekte auch Menschen das Leben nehmen, die andernfalls nicht durch einen Suizid verstorben wären. (Phillips 1974)

Neben dem von Phillips u.a. untersuchten Suizid von Marilyn Monroe (†1962) wurde dieses Phänomen in besonderer Weise nach den Suiziden des schleswig-holsteinischen Ministerpräsidenten Uwe Barschel (†1987), des Torhüters der deutschen Fußballnationalmannschaft Robert Enke († 2009) sowie dem Suizid des Schauspielers Robin Williams (†2014) beobachtet (Phillips 1974; Schäfer et al. 2013; Till et al. 2019). Umgekehrt legen weiterführende Untersuchungen nahe, dass eine zurückhaltende Darstellung von Suizidalität unter Verweis auf Hilfsangebote und Fallgeschichten, in denen die Betroffenen suizidale Krisen lebensbejahend bewältigen konnten, einen protektiven Effekt auf vulnerable Gruppen haben kann.¹² Die Imitationshypothese ist nicht nur im Hinblick auf einen sensationsträchtigen Umgang mit Suiziden prominenter Personen seitens der Tagespresse, sondern auch für die dokumentarische oder fiktive Aufarbeitung von suizidalen Entwicklungsprozessen in den

¹¹ beispielsweise durch Schilderung des individuellen Leidenswegs, Spekulationen über Ursachen und Motive oder Informationen zu Methode und Ort des Suizids, s. Ziegler et al. (2002)

¹² Dies wird nach dem Protagonisten aus Mozarts Zauberflöte auch als „Papageno-Effekt“ bezeichnet (Till et al., 2019)

Medien belegt.¹³ Angesichts dieser Tatsache müssen ähnliche Effekte auch in Bezug auf die Berichterstattung über assistierte Suizide vermutet werden. Diese werden häufig auf besonders emotionale und mitunter ästhetisierende Weise dargestellt, so zum Beispiel die Fernsehdokumentation des durch Dignitas begleiteten Suizids von Craig Ewert (†2006), einem an ALS erkrankten amerikanischen Universitätsprofessor (vgl. Neuner et al. 2009). Der Suizid wird nicht nur als Endpunkt eines tragischen Schicksals thematisiert, sondern zugleich als Erlösungsmotiv stilisiert. Doch gerade eine solche unkritische Schilderung individueller Suizidgeschichten als nachvollziehbare, alternativlose Auswege ist seit Bekanntwerden des Werther-Effekts zentraler Angriffspunkt von Appellen an ein medienethisches Umdenken zugunsten der Suizidprävention (vgl. Ziegler et al. 2002; Neuner et al. 2009; Schäfer et al. 2013; Tomandl et al. 2014; Till et al. 2019). Da schwerstkranke Menschen eine besonders vulnerable Gruppe darstellen, liegt die Befürchtung nahe, dass einige von ihnen eine bisher nur vage erwogene Suizidbegleitung erst durch Identifikation mit den Leidenswegen Anderer auch für sich selbst als unausweichlich betrachten. Vor solchen Effekten wird insbesondere für den Fall gewarnt, dass Ärzt:innen das Angebot professioneller Suizidassistenz als festen „Bestandteil ihres Portfolios“ aufnehmen (Dietrich & Sahn 2015). So betonte auch der Deutsche Ethikrat (2014) in einer ad hoc Stellungnahme, dass gerade in „Situationen prekärer Selbstbestimmung“ Suizidhilfe, welche „den Charakter einer gesellschaftlichen Üblichkeit erhalte“, die „Anstrengungen der Suizidprävention [zu] unterlaufen“ droht.

Dass soziale Einflüsse nicht nur im engeren Kontext, sondern auch im gesamtgesellschaftlichen Rahmen für die Entstehung von Suizidalität von Bedeutung sind, wurde bereits um die Wende zum 20. Jahrhundert von dem französischen Soziologen Emile Durkheim erkannt (s.a. Kap. 2.1). In seiner Studie „Le suicide“ (1897) verglich er die europäischen Suizidraten unterschiedlicher sozialer Gruppen hinsichtlich konfessioneller Zugehörigkeit, Berufs- und Familienstand sowie geographischer Lage und wirtschaftlicher Situation des jeweiligen Landes. Auf Grundlage dieser Analysen benennt er drei Erscheinungsformen des Suizids als Ausdruck sozialer Ursachenfaktoren: Die Auflösung vormals kirchlicher- und staatlicherseits vorgegebener Rollenmuster bewirke eine „überzogene Selbstzentrierung“ des Individuums mit konsekutivem Sinnverlust und drücke in der egoistischen Form des Suizids ein

¹³ so war z.B. nach den Ausstrahlungen der ZDF-Serie „Tod eines Schülers“ (1981 und 1983) sowie der Netflix-Serie „Tote Mädchen lügen nicht“ (2017) ein Anstieg von Suiziden in der jeweiligen alters- und geschlechtskongruenten Gruppe des:der jugendlichen Protagonist:in zu verzeichnen (Till et al., 2019)

Gefühl der Hilflosigkeit und Verlassenheit aus.¹⁴ Der altruistische Suizid hingegen ist gerade nicht auf eine zu geringe, sondern vielmehr auf eine zu enge soziale Einbindung zurückzuführen: Er tritt vor allem in Gesellschaften auf, in denen die Bedürfnisse des:der Einzelnen denen der Gemeinschaft untergeordnet werden. Letztere gibt entweder den Suizid mehr oder weniger konkret vor, oder aber die Selbstopferung wird ihr zuliebe bzw. aus Gründen der Anerkennung durchgeführt (Bormuth 2008: 74). Im Falle des anomischen Suizids erkennt Durkheim die Überforderung des Individuums innerhalb eines deregulierten kapitalistischen Wirtschaftssystems, das seinem materiellen Anspruch und Streben keine Grenzen mehr setzt (Bormuth 2008: 75). Diese fehlende Regulierung von Erwartungen führt zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Enttäuschungen und dadurch wiederum zu einer Steigerung des Suizidrisikos (Klemm 2014: 69). Als Gegenpol nennt Durkheim schließlich den fatalistischen Suizid: Wenn in repressiven Situationen und Beziehungsmustern (z.B. Gefängnisinsass:innen, unglückliche Ehe) die Zukunft unveränderbar erscheint, steigt wiederum das Risiko für einen Suizid als subjektiv einzige Ausflucht (Klemm: 69). Auch spätere Studien zur Überprüfung von Durkheims Hypothesen konnten einen Zusammenhang von sozialer Integration und Suizidraten feststellen: So wurde eine negative Korrelation der Geburts- und z.T. auch der Heiratsrate mit der Suizidrate festgestellt, was als Bestätigung einer protektiven Wirkung familiärer Bindungen gewertet wurde (Lester 1996). Durkheims Hypothese wird auch durch spätere Beobachtungen gestützt, wie beispielsweise dem Anstieg der Suizidraten unter der indigenen Bevölkerung, die durch erzwungene Assimilation an die westliche Lebensweise einen Bruch mit ihren ursprünglichen Traditionen und sozialen Strukturen erfahren musste (Turecki & Brent 2016).

Während Einzelschicksale von Durkheim nicht als hinreichende Erklärungsmodelle betrachtet wurden, scheinen für die Entstehung von Suizidalität persönliche Verlusterfahrungen und das Scheitern individueller Lebensperspektiven von maßgeblicher Bedeutung. Suizidale Krisen stehen häufig in Zusammenhang mit Beziehungsabbrüchen, hier rückt folglich die Bedeutung des engeren sozialen Umfelds in den Mittelpunkt. Neben psychodynamischen Erklärungsmodellen, die von der Auslösung einer sogenannten „narzisstischen Krise“ (Jochims 2007: 10f.)¹⁵ durch Kränkungen und drohenden Partnerverlust mit konsequenter Wendung der Aggression gegen das eigene Selbst ausgehen, heben auch andere

¹⁴ s. hierzu Bormuths Darstellung von Durkheims Theorie in Bormuth (2008: 73f.)

¹⁵ s. hierzu auch: Henseler (1984)

psychologische Theorien den unmittelbaren Beziehungsaspekt von Suizidalität hervor. Aufgrund des gehäufteten Vorkommens im Zusammenhang mit Trennungen geht man von einem Fluchtversuch vor drohender sozialer Isolation aus, aber auch einer Appellfunktion gegenüber Mitmenschen und Nahestehenden, die Bindung nicht aufzugeben (Bronisch 2014: 79). Verhaltenstheoretisch wird der dysfunktionale Aspekt im Sinne der Unfähigkeit, andere Problemlösungsstrategien für Stress- und Konfliktsituationen wahrzunehmen, hervorgehoben (Bronisch 2014: 82). Solche Erklärungsmodelle können von Menschen, für die der Suizid eine individuelle, persönliche Entscheidung gegen ein von ihnen abgelehntes, unerträgliches Dasein darstellt, als stigmatisierend empfunden werden. Für sie bedeutet ein Ernstnehmen ihres Todeswunsches häufig, nicht als krank und erst recht nicht als unfähig, unkontrolliert oder aggressiv betrachtet zu werden. Insbesondere die Betrachtung eines Suizidversuchs als „Hilferuf“ wird oft mit einer Erpressungsfunktion oder einer nur halbherzigen Suizidabsicht in Verbindung gesetzt, was nachvollziehbarerweise als abwertend wahrgenommen werden kann.

Das zum Verständnis und Umgang mit Suizidalität nach wie vor wesentliche präsuizidale Syndrom wurde von seinem Erstbeschreiber Erwin Ringel ebenfalls als eine pathologische Entwicklung verstanden (Ringel 1953). Es umfasst eine zunehmende sogenannte situative und dynamische Einengung, die Aggressionshemmung und -umkehr sowie sich steigernde Suizid- bzw. Todesphantasien (Ringel & Sonneck 1978). Die Einengung führt zu einem „Tunnelblick“: Positive Erlebnisse bzw. Informationen und Handlungsoptionen können immer schlechter wahrgenommen werden. Im Rahmen der situativen Einengung tritt eine subjektive Hilflosigkeit gegenüber scheinbar ausweglosen äußeren Umständen auf: Die Betroffenen erleben sich als „klein, hilflos, ausgeliefert, ohnmächtig“, die Umwelt dagegen ist „überwältigend, übermächtig, nicht zu verändern“. (Ringel & Sonneck 1978: 99f.) Hinzu kommt die dynamische Einengung, charakterisiert durch die Aufgabe von Maßnahmen, die zur Veränderung der oben genannten Situation führen könnten: „Dynamische Einengung heißt, dass die Dynamik nur noch in eine Richtung geht, ohne Gegenregulation. Diese eine Richtung kann dann so stark werden, daß das ganze Leben nur noch von den einseitigen Gedanken (an den Tod) beherrscht wird“ (Ringel & Sonneck 1978: 101). Infolge dieser Phänomene kommt es noch deutlicher zur Isolation (Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen) sowie der Einengung des Weiterlebens, weil bestehende Beziehungen und ursprüngliche Wertvorstellungen als bedeutungslos aufgegeben werden. Ringel beschreibt zudem in Anlehnung an psychoanalytische Erklärungsmodelle das Phänomen der

Aggressionshemmung: Diesem zufolge sei „der Selbstmord eigentlich ein verhinderter Mord“ im Sinne der Projektion einer „geliebte[n] und zugleich gehaßte[n] Person, die als verloren erlebt wird“, in das eigene Selbst, das deshalb stellvertretend vernichtet wird. (Ringel & Sonneck 1978: 103f.) Das hochgradig autoaggressive Moment des Suizids kommt demnach dadurch zustande, dass Fremdaggressionen nicht ausgedrückt werden können. In der Folge führt diese Hemmung zu einer Wendung von Frust, Hass und Rachedgedanken gegen das eigene Selbst. Dass Suizidalität tatsächlich häufig mit einer Prädisposition zu vermehrter Impulsivität und Aggressivität einhergeht, konnte empirisch in zahlreichen Studien nachgewiesen werden.¹⁶

Zuletzt ist das präsuizidale Syndrom gekennzeichnet durch „Selbstmord- und Todesphantasien“, zunächst im Sinne einer entlastenden Fluchtmöglichkeit aus der Realität, in der sich die Betroffenen aber immer mehr verlieren. Die Phantasien steigern sich von der unspezifischen Vorstellung, tot zu sein, über das Ausmalen der eigenen Selbsttötung bis hin zur höchsten Stufe, wenn die konkrete Methode gedanklich ausgestaltet wird. Schließlich können sich die Suizidphantasien verselbstständigen und müssen dann nicht mehr aktiv heraufbeschworen werden, sondern drängen sich nun passiv auf. (Ringel & Sonneck 1978: 104ff.) Weiter wird auch die präsuizidale Entwicklung als Ganzes in Phasen eingeteilt (vgl. Reimer 2005): Zu Beginn können die Betroffenen sich in der Phase der Erwägung jederzeit von ihren Suizidgedanken distanzieren und geben oftmals mehr oder weniger konkrete Andeutungen zu ihrem Vorhaben. In der folgenden Phase der Ambivalenz können aus diesen Gedanken schwer kontrollierbare Impulse werden. Die Distanzierungsfähigkeit ist nun nicht mehr vollständig gegeben, der Kontakt mit den Mitmenschen jedoch noch nicht vollständig abgebrochen und ein Wahrnehmen der Pläne für Außenstehende über ausgesandte Hilferufe noch möglich. Im Verlauf tritt dann jedoch in der Entschlussphase eine „trügerische Ruhe“ auf, wenn die Betroffenen begonnen haben, ihren Suizid vorzubereiten: „Es gibt in diesem Stadium keine Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit mehr, aber auch keine Appelle.“ (Reimer 2005: 31)

1.3. Ärztlicher Umgang mit Suizidalität

Äußern Patient:innen gegenüber ihren Ärzt:innen suizidale Gedanken, so müssen diese einschätzen, wie ernst die Pläne gemeint sind. Hierfür sollte nach Möglichkeit ein:e

¹⁶ s. hierzu eine Übersicht in Grupp (2009: 32ff.)

Psychiater:in als Fachperson zur Erhebung des Suizidrisikos konsiliarisch hinzugezogen werden (DGPPN 2019).¹⁷ Doch auch im hausärztlichen Bereich ist der Umgang mit Suizidalität ein relevantes Problem: Man geht davon aus, dass sich die Hälfte der Suizident:innen im Monat vor ihrem Tod an eine ärztliche Person der Primärversorgung wendet (Bruns et al. 2016b). Kommt man von ärztlicher Seite zu dem Schluss, dass akute Suizidgefahr besteht, ist im Allgemeinen die Unterbringung der betreffenden Person in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung aufgrund von Eigengefährdung zu veranlassen. Kann sie sich hingegen glaubhaft von einem unmittelbar bevorstehenden Suizidvorhaben distanzieren, so wird üblicherweise ein „Vertrag“ abgeschlossen: Sie wird gefragt, ob sie im Rahmen des aktuellen Aufenthalts bzw. bis zum nächsten ambulanten Termin zusichern können, sich nichts anzutun. Wenngleich der tatsächliche Nutzen eines solchen „Antisuizidpakts“ wissenschaftlich umstritten ist (Maercker, Steiner & Heinrichs 2009: 148f.), so symbolisiert er zugleich das Nebeneinander von Fürsorge und Lebensschutz mit Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung: Er gibt den Patient:innen die Möglichkeit, durch ein „Nein“ Verantwortung abzugeben und sich vor sich selbst zu schützen. Es lässt ihnen aber zugleich den Ausweg, mit einem „Ja“ die Unwahrheit zu sagen und sich den Suizid als letzte Freiheit offen zu halten. Diese Tatsache mag zwar nicht im letzteren Sinne intendiert sein, dennoch ist sie ganz wesentlich für den ärztlichen Umgang mit Suizidalität: Denn sie bedeutet, dass nicht das Äußern von Suizidgedanken allein einen Freiheitsentzug zur Folge hat. Vielmehr kann das ärztliche Gespräch den Patient:innen ermöglichen, wieder in Beziehung zu treten mit ihrem Umfeld, die Kommunikation wiederaufzunehmen und ihre Todeswünsche im Dialog mit Anderen zur Diskussion zu stellen. Man geht gegenwärtig davon aus, dass das aktive Ansprechen ärztlicherseits nicht zur Verfestigung der Suizidgedanken führt, sondern im Gegenteil in den meisten Fällen eine Entlastung zur Folge hat und daher sinnvoll ist (Bolton et al. 2015; DGPPN 2019). Ferner liegen diverse Befragungsinstrumente zum Assessment des Suizidrisikos vor, deren Nutzen angesichts unzureichend belegter Evidenz jedoch umstritten ist.¹⁸

¹⁷ Im Rahmen des Risikoassessments von Suizidalität werden Anhaltspunkte wie Suizidversuche in der Eigen- und Familienanamnese, fehlender sozialer Rückhalt sowie subjektive Hilflosigkeit, aber auch reale Hoffnungslosigkeit (z.B. schlechte Prognose bei chronischer Grunderkrankung) und biographische Kohärenz der Todeswünsche zur Beurteilung der Suizidgefahr herangezogen, vgl. Senf & Broda (2012: 374)

¹⁸ Beispiele für solche Instrumente sind die Beck hopelessness scale (BHS), die SAD PERSONS Scale, die STS (suicide trigger scale), die Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS), die Manchester self-harm rule und die Repeated episodes of self-harm (RESH) scale, s. Bolton et al. (2015); s.a. DGPPN (2019)

Klar definierte bzw. empirisch gesicherte Techniken zur psychotherapeutischen Krisenintervention bei akuter Suizidalität liegen ebenfalls nicht vor. Einigkeit besteht darüber, dass der wichtigste Schritt im Angebot einer tragfähigen Beziehung von therapeutischer Seite besteht (Maercker, Steiner & Heinrichs 2009: 149). Wesentlich ist dabei, dass jeder geäußerte Suizidwunsch unabhängig von der Einschätzung seiner Ernsthaftigkeit oder einer etwaigen rein appellativen Funktion als Ausdruck einer Notlage ernst genommen wird. Es sollte Zeit gewonnen und damit das Erzwingen einer Lösung durch den Suizid bzw. Suizidversuch aufgeschoben werden, so dass im Anschluss alternative Bewältigungsstrategien erarbeitet werden können (Senf & Broda 2012: 375; DGPPN 2019). Dabei gilt es, bestehende bzw. gescheiterte wichtige Beziehungen abzurufen und sie wiederherzustellen. Gleichzeitig erfolgt die Abklärung einer eventuell vorhandenen behandelbaren psychischen Erkrankung. Die entsprechende Pharmakotherapie besteht somit im Einsatz von Antidepressiva,¹⁹ hier scheinen Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) wirksamer als Venlafaxin oder Bupropion zu sein (Turecki & Brent 2016). Trizyklische Antidepressiva (TZA) sollten hingegen angesichts ihrer besonders hohen Toxizität im Falle von Überdosierung vermieden werden.²⁰ Gute Evidenz besteht für die suizidprophylaktische Wirkung von Lithium bei bipolarer, aber auch unipolarer Depression. Weiterhin kommen Neuroleptika zur Anwendung, dabei ist insbesondere für Clozapin eine Reduktion suizidalen Verhaltens bei Patient:innen mit Schizophrenie nachgewiesen. (Turecki & Brent 2016) In der Akutsituation sollten zudem allgemein Sedativa, insbesondere Benzodiazepine (z.B. Lorazepam) zur Lösung von Spannungszuständen eingesetzt werden (DGPPN 2019). Letztere sollten großzügig verordnet werden, bis die Wirkung der Antidepressiva anschlägt (Bandelow 2008: 202). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Ketamin bereits nach Verabreichung einer Einzeldosis suizidale Gedanken binnen kürzester Zeit reduzieren kann. Eine gute Wirksamkeit im kurzfristigen Verlauf ist auch für die Elektrokrampftherapie (ECT) belegt. (Bolton et al. 2015)

Neben der akuten Entlastung und gemeinsamen Entwicklung von Problemlösungen für die aktuelle Situation wie auch für künftige Krisen muss unbedingt die Nachbetreuung in den entsprechenden stationären Einrichtungen oder ambulante Anbindung mit fester Terminvereinbarung gesichert werden (Bronisch 2014; vgl. DGPPN 2019). Die langfristigen

¹⁹ Unter Beachtung einer potentiell suizidalitätssteigernden Wirkung durch antriebssteigernde Antidepressiva sowie allgemein der Gefahr der Verwendung für einen (erneuten) Suizidversuch, s. Bronisch (2014: 111f.)

²⁰ im Vergleich zu SSRI besteht bei TZA eine mehr als zwanzigfach höhere Toxizität, s. Bolton et al. (2015)

psychotherapeutischen Behandlungsansätze beinhalten einmal die Bearbeitung der Selbstwertproblematik und die Suche nach den Ursachen, die Identifikation und Korrektur von dysfunktionalen Konfliktlösungsstrategien sowie das Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle und das Setzen realistischer Ziele (Bronisch 2014: 114-118). Am vielversprechendsten scheinen die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) zu sein, allerdings vor allem bei Erwachsenen. Am besten untersucht ist hier die dialektisch-behaviourale Therapie, die den Fokus auf eine Schulung der Selbstwirksamkeit und der interpersonellen Kompetenz sowie die Verbesserung der Emotionsregulation legt (Turecki & Brent 2016).

Vor besondere Herausforderungen sehen sich Ärzt:innen gestellt, wenn sie um Suizidassistenten gebeten werden. Nach der Evaluation einer etwaigen vorübergehenden akuten Krisensituation ist hier die Bewertung des langfristigen Entscheidungsprozesses von Bedeutung. Oftmals handelt es sich um Menschen mit einem langen Leidensweg bei schwerer körperlicher Grunderkrankung. Neben einer Optimierung der Symptomkontrolle und der Behandlung einer möglichen depressiven Begleiterkrankung müssen ebenso die Umstände im psychosozialen Umfeld abgeklärt werden. Es darf nicht übersehen werden, dass häufig weniger der progrediente Krankheitsverlauf selbst als dessen Antizipation im Vordergrund steht. Entscheidend ist dann, über den zu erwartenden Krankheitsprozess aufzuklären, ggf. unbegründete Ängste zu nehmen und die Patient:innen wie auch deren Angehörige zu unterstützen, sich auf künftige Veränderungen vorzubereiten. Dazu zählt insbesondere der Umgang mit Einsamkeit, Pflegebedürftigkeit und Autonomieverlust sowie die frühzeitige Organisation einer adäquaten Palliativversorgung. Solche Perspektiven aufzuzeigen und sich der Freiverantwortlichkeit des Todeswunsches zu vergewissern, stellt auch aus juristischer Sicht eine Mindestanforderung an das Gewähren von ärztlicher Suizidassistenten dar. Doch unabhängig von straf- oder standesrechtlichen Konsequenzen muss betont werden, dass ärztliches Handeln sich nie durch den Patient:innenwillen allein – wie überzeugend auch immer er vorgebracht werden mag – rechtfertigen lässt: Neben der Autonomie muss immer auch eine medizinische Indikation bestehen. Im Hinblick auf die ärztliche Suizidassistenten bedeutet dies letztendlich, dass nicht nur Verständnis für das Leiden der Patient:innen aufgebracht, sondern zu einem gewissen Grad auch deren Einstellung übernommen wird, dass ihr Leben unter den gegebenen Umständen nicht mehr lebenswert ist (Bruns et al. 2016b).

1.4 Weitere Möglichkeiten der Krisenintervention und Suizidprävention

Im Rahmen akuter suizidaler Krisen steht die Bewertung von individuellen Einstellungen und langfristigen Entscheidungsprozessen jedoch in den meisten Fällen zunächst weniger im Vordergrund. Besonders in hochakuten Notfallsituationen gilt für die Ersthelfenden bei der Verhandlung mit Menschen, die unmittelbar vor einem Suizidversuch stehen, weit-schweifige Diskussionen über Gründe und Motive zu verhindern. Vielmehr muss darauf geachtet werden, dass der Bezug zur momentanen Realität nicht verloren geht. Dabei ist für den Deeskalationsversuch ein:e feste:r Ansprechpartner:in zu wählen, der:die Kontakt zur suizidalen Person aufnimmt und mit klaren, eindeutigen Formulierungen die aktuelle Situation verbalisiert. Es sollten akute Auslöser für die aktuelle krisenhafte Zuspitzung erfragt, aber keine Lösungsvorschläge unterbreitet werden. Auch darf eventuellen Forderungen von Suizident:innen nicht nachgegeben, insbesondere auf keinen Fall Angehörige hinzugeholt werden. Dies könnte zu einem Verlust der Kontrolle über die Situation oder gar zu einer demonstrativen Vollendung des Suizidvorhabens führen, dass andernfalls womöglich hätte verhindert werden können. (Horn 2011)

Der Akutbehandlung von durch einen Suizidversuch entstandenen physischen Schäden (ggf. durch intensivmedizinische oder operative Maßnahmen) sollte eine stationäre Krisenintervention folgen (DGPPN 2019). Diese besteht neben der psychiatrischen Behandlung aus einer interdisziplinären Begleitung durch das Pflorgeteam sowie Psycholog:innen und Sozialarbeiter:innen. Darüber hinaus zählen zu den Maßnahmen der institutionellen Suizidprävention die ehrenamtliche Telefonseelsorge, der akutpsychiatrische Krisendienst und ambulante Beratungszentren, die wie im Fall der „Arche“ in München teilweise auch die Funktion einer Nachsorgeeinrichtung übernehmen. So meint die Behandlung nach einem Suizidversuch immer zugleich die Prävention eines erneuten Versuchs, dabei besteht das höchste Risiko innerhalb der ersten drei bis sechs Monate nach einem Suizidversuch (Turecki & Brent 2016). Neben der individuellen Betreuung beschäftigt sich die Suizidprävention mit der Detektion von Risikogruppen und einer verbesserten Aufklärung der Gesamtbevölkerung über Warnsignale und Hilfsangebote. Ebenso umfasst sie die Einschränkung des Zugriffs auf gängige Suizidmethoden, hierzu zählen beispielsweise die Entgiftung des Haushaltsgases und der Verminderung der humantoxischen Wirkung von Pestiziden, den Zusatz von Brechmitteln zu Schlaftabletten und die Verschärfung von Waffengesetzen. Hinter solchen

Maßnahmen steht die Annahme, dass es sich bei suizidalen Handlungen um hochimpulsives Verhalten handelt, dem mit einer Vereitelung von potenziellen Gelegenheiten zugekommen werden kann. Die Wirksamkeit solcher Maßnahmen zeigt sich im konsekutiven Absinken der Suizidraten durch die jeweils erschwerte Methode. (Bronisch 2014: 102ff.; Turecki & Brent 2016) Wie bereits erwähnt gilt als entscheidend zudem der Verzicht auf eine detaillierte, emotionalisierende mediale Berichterstattung über Suizide zugunsten einer Vermeidung des Werther-Effekts. Nicht zuletzt gehört zur Suizidprävention auch die sogenannte Postvention, die Betreuung von Angehörigen nach einem Suizid oder Suizidversuch nahestehender Menschen (Bronisch 2014: 107f.).

2. Der Suizid – ein moralisches oder individuelles, philosophisches oder pathologisches Phänomen?

2.1 Die Bewertung des Suizids im historischen Wandel

Die kontroversen Ansichten in der Bewertung des Suizids, die sich in der Wahl der Begrifflichkeit vom Selbstmord bis zum Freitod widerspiegeln, lassen sich bis in die Antike zurückverfolgen. Neben der Ablehnung des Suizids als Verstoß gegen die Regeln der Götter und der Gemeinschaft werden hier bereits erste Verbindungen zwischen der Selbsttötung und psychischer Krankheit, sowie auch Assoziationen mit Freiheit und Tugend hergestellt. Grundsätzlich durfte der Suizid aber allenfalls als „Notlösung“ in Erwägung gezogen werden, wenn die Betroffenen zuvor unter Nennung guter Gründe die Erlaubnis für ihr Vorhaben von Staat und Gesellschaft eingeholt hatten. Allgemein wurde die Selbsttötung jedoch als feige und unehrenhaft betrachtet. (von Engelhardt 2005: 14f.) Platons Auffassung zufolge steht es dem Menschen nicht zu, über sein Leben zu verfügen, dies sei den Göttern vorbehalten. Darüber hinaus begehe der Mensch mit dem Suizid Unrecht auch gegen sich selbst, indem er mit der eigenen Person zugleich seinen nächsten Verwandten töte. (Bormuth 2008: 25) Die Gelassenheit seines Lehrers Sokrates, das eigene Todesurteil der Flucht ins Exil vorzuziehen, stellt für Plato insofern eine Ausnahme dar, als diese Entscheidung es ihm „erlaubt, seinen philosophischen Glauben an den Vorrang des ewigen Lebens vor dem irdischen auszudrücken. Der Freitod zeugt demnach nicht von einem willkürlichen Individualismus, sondern der Fähigkeit, die höhere Welt der Ideen zu erwarten und den Tod nicht fürchten zu müssen.“ (Bormuth 2008: 24) Für Platons Schüler Aristoteles bedeutet der Suizid zwar keine Verfehlung gegen die eigene Person, da man sich selbst nicht Unrecht antun könne (Aristoteles, NE V 15, 1138a). Mit der Selbsttötung vergehe man sich allerdings an Staat und

Gemeinschaft, da der polis stets der Vorrang gegenüber dem:der Einzelnen einzuräumen ist (Baumann 2001: 189). Dagegen wird in der Stoa der Suizid als ultima ratio empfohlen (Baumann 2001: 199). So galt er gar als ruhmvoll, wenn er zum Ziel hatte, sich für Freunde oder das Vaterland zu opfern, aber auch wenn durch ihn eigenes Leiden vermieden werden konnte (Haenel 1989). Besonders Seneca gesteht den Menschen grundsätzlich die Freiheit zu, den Ausgang aus ihrem Leben selbst zu wählen, wenn ihnen Leiden psychischer oder physischer Natur bevorstehen und ihr Bewusstsein einzuschränken drohen. Dies gilt auch für die Epikureische Philosophie. In der Lehre des Hippocrates und später auch bei Galen tauchen hingegen konkrete kausale Zusammenhänge mit körperlicher Krankheit auf, als Ursachen des Suizids werden etwa „Erkrankungen des Blutes“ sowie „eine ‚widernatürliche Aufwallung‘ der Körpersäfte“ vermutet. (von Engelhardt 2005: 15)

In der Spätantike wurde diese Vielfalt der Perspektiven durch die radikale Position des Kirchenvaters Augustinus (354-430 n.Chr.) abgelöst. In seinen Schriften findet sich die Begründung für das uneingeschränkte Suizidverbot im christlichen Mittelalter und damit die Grundlage für die spätere, bis weit in die Neuzeit reichende Verurteilung des Suizids durch die Kirche. Die Anwendung des 5. Gebots („Du sollst nicht töten“) auf die Selbsttötung kann für Augustinus nur deren unmissverständliches Verbot bedeuten: Wer sich selbst tötet, begeht eine verbotene Tötungshandlung an einem Menschen (Augustinus 1979: 39-60). Im Hochmittelalter wurde diese Position durch den Hauptvertreter der Scholastik, Thomas von Aquin (1225-1274 n.Chr.), weiter gefestigt. In Anlehnung an Augustinus und Aristoteles geht er davon aus, dass der Suizid einen Verstoß gegen das universelle Tötungsverbot und den Pflichten gegenüber der Gemeinschaft darstellt. Er nennt drei Gründe, warum die Selbsttötung als Sünde zu gelten habe: Erstens verstoße der Mensch mit der Selbsttötung gegen das Gebot der Selbstliebe, demzufolge sich alles Lebendige selbst erhalten müsse. Zweitens stehe der Mensch als Teil der Gemeinschaft in deren Besitz und dürfe sich ihr nicht entziehen. Drittens komme das Recht, den Menschen zu richten, allein Gott zu. (Thomas von Aquin, ST II-II q64 a5) In Bezug auf das christliche Märtyrertum unterscheiden sich die Stellungen der Kirchenväter, zumeist wird jedoch in diesem Fall die Entscheidung zugestanden, den Tod freiwillig zu wählen. Bei Augustinus gilt diese Ausnahme jedoch nur dann, wenn Gott die Selbsttötung ausdrücklich angeordnet hat. (Weiler 2013)

Weitreichende Konsequenzen hatte die kirchliche Verdammung des Suizids für den Umgang mit den Verstorbenen und die Diskriminierung ihrer Angehörigen. Die bereits aus der Antike

bekannte Entehrung der „Selbstmörder“ durch am Leichnam vorgenommene Bestrafungen²¹ wurde im christlichen Mittelalter aufgegriffen und den Betroffenen eine würdevolle Bestattung verwehrt. Letzteres wurde teilweise noch im 20. Jahrhundert durch die Verweigerung eines Grabes in geweihter Erde so gehandhabt (von Engelhardt 2005: 25; Bormuth 2008: 26). Neben der christlichen Sichtweise, dass der Mensch als Eigentum Gottes kein Verfügungsrecht über sein Leben habe, entwickelte sich in der neuzeitlichen Philosophie die Herleitung des Suizidverbots aus dem unterstellten naturgemäßen Selbsterhaltungsstreben des Menschen.²² David Hume hingegen sprach sich anders als viele zeitgenössische Philosophen gegen eine Verurteilung und Bestrafung des Suizids aus. In seinem 1777 posthum erschienenen Essay „On suicide“ begründet er seine Position, indem er erkennbar die Argumente Thomas von Aquins zu widerlegen sucht: Da dem Menschen die Verfügungsgewalt und Urteilskraft über das eigene Leben offensichtlich schöpferisch eingeräumt wurde, könne er mit dem Suizid weder Unrecht sich selbst noch Gott gegenüber begehen (Hume 1978: 106). Auch könne ihm kein Vergehen an der Gesellschaft nachgewiesen werden:

„A man who retires from life does no harm to society; He only ceases to do good; which, if it is an injury, is of the lowest kind. All our obligations to do good to society seem to imply something reciprocal. I receive the benefits of society and therefore ought to promote its interests, but when I withdraw myself altogether from society, can I be bound any longer?“ (Hume 1978: 109)

Die Philosophie der Aufklärung brachte jedoch mit Kants striktem Selbsttötungsverbot auch eine klare Ablehnung des Suizids hervor. Wenn der Mensch sich das Leben nimmt, so zweckentfremde er das Prinzip der Selbstliebe, um das Leben zu zerstören: Er nutze nämlich dieselbe Maxime, die normalerweise der Selbsterhaltung dient, zur Selbstvernichtung, worin nach Kant ein rationaler wie auch moralischer Widerspruch liegt (Kant GMS AA IV: 422 und 428f.).²³

Die Bezeichnung „Freitod“ wurde schließlich wohl von Arthur Schopenhauer eingeführt (von Engelhardt 2005: 22). Er lehnt die soziale Verurteilung und kirchliche Ächtung des Suizids als einer individuellen Entscheidung ab, obschon er zugleich den Versuch, die Leiden des Lebens anzunehmen und zu meistern, befürwortet (Bormuth 2008: 47f.). Friedrich

²¹ etwa das Abhacken der Hand, vgl. von Engelhardt (2005: 14)

²² so bei Thomas Hobbes, René Descartes und Spinoza, vgl. von Engelhardt (2005: 19)

²³ s. hierzu auch die Darstellung von Wittwers Auseinandersetzung mit Kant in Kapitel 2 dieser Arbeit

Nietzsche hingegen hielt es nicht nur für legitim, sondern sogar für erstrebenswert, „zur rechten Zeit“ zu sterben, und erklärte in Zarathustras Rede vom freien Tode den Suizid zur ruhm- und siegreichen Tat: „Meinen Tod lobe ich euch, den freien Tod, der mir kommt, weil ich will. [...] Und jeder, der Ruhm haben will, muss sich beizeiten [...] verabschieden und die schwere Kunst üben, zur rechten Zeit zu – gehn.“ (Nietzsche 1883: 103)

Von der ehemals wohl aus „pragmatischen Gründen der gesellschaftlichen Verantwortung und Kontrolle“ (Bormuth 2008: 53) unter Verweis auf die Pflichten des Individuums gegenüber der Gemeinschaft abgelehnten Selbsttötung rückt diese mit Hume und Schopenhauer in den Ermessensspielraum des:der Einzelnen. Mit Nietzsche wird die Idee des Freitods als Ausdruck von Individualismus maßgeblich geprägt. Anfang des 19. Jahrhunderts entwickelt sich der Suizid, bisher vornehmlich Gegenstand der Theologie und der Justiz, immer mehr auch zum Thema der Soziologie und Psychiatrie. Gleichzeitig entlässt die Philosophie den Suizid aus dem Bereich der Moral (Baumann 2001: 180): Er zeuge lediglich von Unvernunft und Willensschwäche, somit sei ihm allenfalls ein Verstoß gegen den gesunden Menschenverstand vorzuwerfen.²⁴ Die Entkriminalisierung des Suizids im frühen 19. Jahrhundert geht mit einer allmählichen Durchsetzung der Vorstellung einher, dass es sich dabei um das Symptom einer geistigen Erkrankung handelt (Baumann 2001: 145). Erste Impulse hierzu stammen aus Frankreich, angeregt durch den Psychiater Jean Étienne Esquirol und einem Gesetz zur Zwangseinweisung von Suizidgefährdeten (1838). Es werden Überlegungen zu Prädisposition, Ursachen und Motiven des Suizids angestellt, zudem wird zwischen dem Suizid der Geisteskranken und dem der Vernünftigen unterschieden. 1868 wird vom „Verein der deutschen Irrenärzte“ gefordert, dass Suizide infolge seelischer Störungen versicherungsrechtlich wie normale durch Krankheit verursachte Todesfälle behandelt werden. (Baumann 2001: 180-185) Schopenhauer als einziger Philosoph des 19. Jahrhunderts, der sich mit dem psychiatrischen Ansatz auseinandergesetzt hat, lehnt die Betrachtung des Suizids als Geisteskrankheit ab. Vielmehr zeigt er Verständnis für den Suizid, wenn die Schrecknisse des Lebens den Schrecknissen des Todes überwiegen. (Baumann 2001: 186 und 200f.) 1918/19 führte der Psychiater Alfred Hoche den Begriff des Bilanzsuizids ein. In seiner Rede „Vom Sterben“ spricht er von diesem Phänomen als „wohlüberlegtem, freiwilligem Tode geistig hochstehender Menschen“, dem vorausgehend „in kühler und klarer Besonnenheit alle dafür und dagegen sprechenden Gründe abgewogen werden“ (Hoche 1919:

²⁴ s. Baumanns Darstellung von Jakob Friedrich Fries in Baumann (2001: 191)

28) und definierte damit wesentliche Komponenten des noch heute weit verbreiteten Begriffsverständnisses. Wissenschaftlich stand jedoch in den folgenden Jahrzehnten zunächst die Betrachtung des Suizids als seelisch wie sozial bedingtes pathologisches Phänomen im Vordergrund. Die letztere Sichtweise des Suizids als kollektive Krankheit der Gesellschaft ist maßgeblich auf die 1897 durch den französischen Soziologen Emile Durkheim veröffentlichte und auf der erstmaligen Einbeziehung von Todesursachenstatistiken beruhenden Studie „Le suicide“ zurückzuführen. In seinen Untersuchungen konnte er zeigen, dass es in Zeiten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umbruchs zu einer Zunahme der Suizide kommt, die er auf Änderungen im Gleichgewicht einer Gesellschaft im Sinne von zu starker oder zu schwacher Einbindung des Individuums zurückführte. Seine Typologisierung in den egoistischen, altruistischen, anomischen und fatalistischen Suizid bezieht sich auf die jeweiligen moralischen Strömungen, die normaler Bestandteil von Gesellschaften seien.²⁵ Als pathologisch betrachtete Durkheim jedoch den rasanten Anstieg der Suizidrate in der damals gegenwärtigen Gesellschaft (Klemm 2014: 69). Er deutete diese vor dem Hintergrund ökonomischer Veränderungen, dem krisenhaften Verlust gesellschaftlicher Werte und Normen („Anomie“) sowie dem damit einhergehendem Mangel an sozialem Zusammenhalt im Sinne ursprünglicher Rollenbilder.²⁶ Der moralischen Verwirrung des Individuums durch den Bedeutungsverlust der ehemals normenkonstituierenden und strukturgebenden Funktion von Kirche, Staat und Familie müsse daher durch Integration in neue „moralische Milieus“, wie z.B. Berufsverbände, begegnet werden (Klemm 2014: 69).

Eine andere bedeutende Typologisierung des Suizids stammt von dem französischen Soziologen Jean Baechler. In seiner Dissertationsschrift *Les suicides* (1975) teilt er suizidales Handeln in Abhängigkeit von seiner zweckgebundenen Bedeutung für das Individuum in vier Kategorien ein. So zielt der eskapistische Suizid darauf ab, sich subjektiv unerträglichen Zuständen (Flucht), Verlusterfahrungen (Trauer) oder Strafe zu entziehen (Baechler 1981: 65-97). Dagegen dient der Typus des aggressiven Suizids dazu, Anderen gegenüber Rache auszuüben oder sie im Rahmen eines Verbrechens mit in den Tod zu reißen (Baechler 1981: 98-116). Seine Bedeutung kann aber auch in einer Erpressungs- oder Appellfunktion liegen (Baechler 1981: 117-133). Beim oblativen Suizid hingegen handelt es sich um den Versuch, das eigene Leben um eines höheren Gutes willen zu lassen (Opfer) oder in einen vermeintlich

²⁵ s. hierzu die Ausführungen in Kapitel 1.2 dieser Arbeit

²⁶ vgl. Bormuths Erläuterungen zu Durkheims Theorie in Bormuth (2008: 71f.)

angenehmeren Zustand als den momentanen zu gelangen (Passage) (Baechler 1981: 134-145). Schließlich kann suizidales Verhalten für die Betroffenen aber auch eine spielerische Bedeutung haben: Der Tod wird dann lediglich „herausgefordert“ bzw. das Leben riskiert, um sich selbst (Spiel) oder die Götter (Ordal) zu prüfen (Baechler 1981: 146-158). Bei seiner Einteilung in Idealtypen geht es Baechler nicht darum, Motive und Ursachen für den Suizid abschließend zu klären, sondern dessen „innere Logik vom verfolgten Zweck her sichtbar zu machen und zu zeigen, weshalb sich der Selbstmord in einem bestimmten Moment als logische, wenn nicht rationale Lösung erweisen konnte“ (Baechler 1981: 63).

Ein weiterer historischer Meilenstein der Suizidologie wurde neben seiner Erstbeschreibung und Erforschung des präsuizidalen Syndroms durch die praktische suizidpräventive Arbeit des österreichischen Psychiaters Erwin Ringel gelegt.²⁷ Für ihn ist Suizidalität in der ganz überwiegenden Mehrzahl ein „pathologischer Tatbestand“, und als solchem müsse man ihm entgegentreten (Ringel & Sonneck 1978: 106 und 110). Er rief die professionelle Suizidprävention ins Leben, indem er 1948 die „Lebensmüdenfürsorge“ in Wien einrichtete (Kriseninterventionszentrum 2022). Darüber hinaus war er 1960 Mitgründer der „Internationalen Gesellschaft für Selbstmordverhütung“ (IASP 2022). In Deutschland entstand aus der 1968 in München gegründeten Beratungsstelle „Die Arche“ im Jahr 1972 die „Deutsche Gesellschaft für Selbstmordverhütung“ (DGS), die 1988 in „Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.“ umbenannt wurde und Mitglied der o.g. IASP ist.²⁸

2.2 Das aktuelle Problem: Lebensschutz vs. Selbstbestimmungsrecht

Ringels Errungenschaft, mit seinen Präventionsmaßnahmen die Isolation suizidaler Menschen zu durchbrechen, geriet in den 70er und 80er Jahren in die Kritik, insofern als der institutionellen Suizidverhütung eine Entmündigung und Stigmatisierung der Suizident:innen unterstellt wurde. Die oben aufgeführten Darstellungen beruhen auf der Vorstellung, dass es sich bei Suizident:innen um Menschen in Not handelt, denen mit aller Kraft Unterstützung angeboten werden muss. In den meisten Fällen wird vom Vorliegen einer psychischen Störung als Ursache oder doch zumindest als prädisponierendem Faktor, der die individuellen Fähigkeiten zur Kompensation von Stress- und Konfliktsituationen herabsetzt,

²⁷ zur genaueren Erläuterung des präsuizidalen Syndroms s. Kapitel 1.2 dieser Arbeit

²⁸ Für weitere Informationen zur Geschichte der Suizidprävention s.a. die Informationen auf den Websites der o.g. Organisationen: International Association for Suicide Prevention (2022) sowie Krisenzentrum (2022)

ausgegangen. In retrospektiven sogenannten psychologischen Autopsiestudien bei Menschen, die sich das Leben genommen haben, ergaben sich im Nachhinein bei 40-70% der Fälle relevante Hinweise auf das Vorliegen einer Depression (Bronisch 2014: 41). Im Hinblick auf weitere Diagnosen (insbesondere Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie) konnte gezeigt werden, dass sogar 87% der an Suizid Verstorbenen an einer psychischen Erkrankung gelitten haben (Arsenault-Lapierre et al. 2004). Solche Ergebnisse sprechen stark für die sogenannte „Krankheitsthese“. Dagegen lässt sich ins Feld führen, dass es sich bei derartigen rückblickend beobachteten Symptomen auch schlicht um die Verzweiflung angesichts eines abgelehnten Daseins gehandelt haben könnte. Selbst wenn es sich weniger um eine allgemeine Melancholie dem Leben gegenüber, sondern um eine manifeste depressive Erkrankung handelt, könnte der Suizid prinzipiell ebenso als persönliche Entscheidung gegen ein chronisch rezidivierendes Ausgeliefertsein an eben jene Erkrankung betrachtet werden. Ähnliches gilt für den oftmals kaum durchbrechbaren Teufelskreis einer schweren Abhängigkeitserkrankung, welche den Betroffenen ein nahezu vollständig fremdbestimmtes Leben aufzwingt. Es wäre dann zu einseitig, von ihrem erhöhten „Suizidrisiko“ oder von „suizidgefährdeten“ Personen zu sprechen, insofern als sie die Selbsttötung nicht als Gefahr, sondern als Möglichkeit, als letzten Ausweg für sich sähen. Als starkes Argument gegen die Verallgemeinerung dieser Sichtweise spricht aber, dass bei bis zu 80% der Patient:innen innerhalb von zwei Tagen, bei über 90% innerhalb von zehn Tagen der stationären Behandlung nach einem Suizidversuch ein Perspektivenwechsel beobachtet wird (Bronisch 2014: 39). Auch wird die Rechtfertigung des Lebensschutzes durch die Beobachtung, dass mit 81% die meisten Patienten nach einem Suizidversuch dankbar für die Rettung sind (Oduncu & Hohendorf 2011; vgl. Cording & Saß 2020) und fast ebenso viele keinen erneuten Suizidversuch begehen, gestützt.²⁹ Argumentiert werden kann also, dass man sich unter Berufung auf die letztgenannten empirischen Ergebnisse für den Lebensschutz entscheiden sollte, um eine anschließende Neubewertung der Zukunftsperspektiven zu ermöglichen, die andernfalls versäumt würde.

Was aber, wenn eine solche Zukunftsperspektive auch objektiv nicht mehr vorhanden ist? Dass bei infauster Prognose die Linderung des Leidens der Fortsetzung des Lebens vorgezogen werden muss, ist im Rahmen der palliativen Therapiezieländerung legale und

²⁹ dabei ist das Rückfallrisiko für einen erneuten Suizidversuch innerhalb des ersten Jahres mit 16% am höchsten, davon 2% mit tödlichem Ausgang. Follow-up Studien ergaben eine 9-Jahressterblichkeit von 7% (Owens et al. 2002). Auch aktuelle Studien bestätigen diese Daten, s. etwa Azcaráte-Jimenez et al. (2019)

alltägliche Praxis in Deutschland. Doch mag es, sofern die Möglichkeiten der Palliativmedizin ausgeschöpft sind, ärztlicherseits nicht nur gerechtfertigt, sondern gar geboten sein, den assistierten Suizid als Ausdruck eines selbstbestimmten Todes zu gewähren?³⁰ Pointiert wird gefordert, dass ärztlicherseits ebenso wie Erste Hilfe konsequenterweise auch „Letzte Hilfe“ zum Tod geleistet werden müsse (Arnold 2014). Denn macht die Frage nach einer eventuell vorhandenen psychischen Erkrankung überhaupt Sinn und dürfen wir uns auf empirische Daten berufen, wenn es eigentlich um eine subjektive Wertentscheidung zum eigenen würdevollen Sterben geht? Diese Fragen rücken in der gegenwärtigen ethischen Diskussion in den Vordergrund, vielfach sind die Übergänge zur Sterbehilfedebatte fließend. Dass bei onkologischen Patient:innen mit Todeswünschen im Endstadium ihrer Erkrankung in über 50% der Fälle das Vorliegen einer manifesten Depression festgestellt wurde (Vollmann 2008: 175f.), kann zunächst einmal als ein nachvollziehbares, reaktives Beschwerdebild auf eine ausweglose Situation gedeutet werden. Es spricht aber zugleich dafür, dass Sterbewünsche bei unheilbarer Erkrankung nicht allein durch unzumutbares körperliches Leiden zustande kommen, sondern auch mit behandelbaren psychischen Symptomen in Verbindung stehen. Diese können und müssen ebenso wie Schmerzen, Übelkeit und Atemnot von einer ganzheitlichen Palliativmedizin erkannt und behandelt werden. Patient:innen, die in diesem Sinne gut versorgt sind, scheinen eher selten den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zu äußern. Ebenso wird Umfragen zufolge von professioneller Seite, je umfangreicher die Erfahrungen der Betroffenen auf dem Gebiet der Palliativmedizin sind, mehrheitlich abgelehnt. (Oduncu & Hohendorf 2011) Dennoch müssen auch die Stimmen derjenigen gehört werden, die angesichts von zunehmender Pflegebedürftigkeit aufgrund einer unheilbaren, jedoch nicht in absehbarer Zeit zum Tode führenden körperlichen Erkrankung ihr Dasein als entwürdigend empfinden und daher dessen Beendigung herbeisehnen. Selbst unter Inanspruchnahme palliativmedizinischer Versorgung kann die Vorstellung, in unabänderlicher Weise dem Krankheitsprozess ausgeliefert zu sein, als quälend empfunden werden (Spittler 2006). In diesem Fall handelte es sich eher um eine antizipierte Abhängigkeit als um gegenwärtiges unerträgliches Leid. Doch drängt sich hier neben dem Respekt vor einem subjektiven Urteil über den eigenen Autonomie- und Würdeverlust der Verdacht auf, ob dieses Empfinden nicht eher auf einem Pflegedefizit oder dem Gefühl, Anderen zur Last zu fallen, beruht. Wenngleich ein Zusammenhang mit dem Vorliegen einer depressiven Symptomatik nachgewiesen wurde, wird dieses Anliegen angesichts des hohen mit ihm verbundenen Leidensdrucks mitunter als

³⁰ so z.B. der Notfallmediziner Michael De Ridder (2010; 2011)

ein gerechtfertigtes, sofern selbstbestimmtes, Argument betrachtet (Bleek 2012). Allerdings mag seine Akzeptanz zugleich als stillschweigende Zustimmung zum Urteil der Betroffenen gedeutet werden, vor allem dann, wenn sie das Zugeständnis von (ärztlicher) Suizidassistenten mit sich zieht. Dies stellt uns vor die Frage, ob es uns zusteht, zum Wert und zur Würde eines anderen Menschenlebens Stellung zu nehmen. Eine solche Entscheidung birgt wiederum die Gefahr, dass gesellschaftliche Grenzen im Sinne der sogenannten schiefen Ebene verschwimmen und der freiwillige Suizid mitunter so selbstbestimmt nicht ist (Oduncu & Hohendorf 2011).

Die genannten teils gegensätzlichen Betrachtungsweisen machen deutlich, wie schwierig sich die Positionierung zwischen dem Schutz des Lebens und dem Schutz des Selbstbestimmungsrechts gestalten kann. Die Rechtfertigung über die Autonomie auf der einen Seite und über das unerträgliche Leiden als einem in hohem Maße nicht selbstbestimmter Zustand auf der anderen Seite birgt die Gefahr einer Vermengung von Argumenten, die wesentliche Aspekte der Problematik außer Acht lässt. Selbst wenn man den Dualismus von Krankheit und absoluter Freiheit hinter sich lässt, bleibt die Frage, ob unerträglichem Leiden tatsächlich durch das Konstrukt der Autonomie befriedigend begegnet werden kann:

„Man kann im ‚Freitod‘ ein Zeichen menschlicher Freiheit sehen, die zum Äußersten, zur Selbstaufgabe bereit ist, oder aber im Suizid die Unfähigkeit erkennen, sein Leben und die damit verbundenen Anforderungen anzunehmen und auch das unvermeidliche Leiden zu bewältigen.“ (Oduncu & Hohendorf 2011)

Dennoch stellt der Suizid eine dem Menschen vorbehaltene Möglichkeit dar, das Ertragen dieses Leidens – aus welchen Gründen, Motiven, Zwängen oder Freiheiten auch immer – abzulehnen. Damit ist er Gegenstand von Versuchen, eine Definition und Abgrenzung jenseits von Werturteilen zu ermöglichen. Zur Fragestellung, ob der Suizid wenn auch nicht per se Ausdruck maximaler Freiheit, so doch ein Inhalt individueller Freiheitsausübung sein kann, hat sich der Begriff des freiverantwortlichen Suizids etabliert. Er geht auf den von einer Gruppe aus Mediziner:innen und Jurist:innen um Baumann et al. (1986) vorgelegten „Alternativentwurf Sterbehilfe“ zurück, der Kriterien zur Straffreiheit der Nichthinderung einer Selbsttötung präsentiert. Vorausgesetzt wird, dass letztere „auf einer freiverantwortlichen ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren ernstlichen Entscheidung beruht“, die betreffende Person volljährig und nicht durch Willensmängel gemäß den Kriterien des strafrechtlichen Schuldprinzips (§20, 21 StGB) beeinträchtigt ist (Baumann et al.

1986, zitiert in Lautenschläger 2006: 35). Der Begriff der Freiverantwortlichkeit selbst wird hier allerdings noch nicht eindeutig definiert, sondern bezieht sich auf die nachvollziehbare Hoffnungslosigkeit des Leidens, die Vernünftigkeit der Entscheidung und die Endgültigkeit des Todeswunsches (Lautenschläger 2006: 14). Damit basiert er auf der Vorstellung des sogenannten „Bilanzsuizids“ als besonnene, abwägende, für Außenstehende einfühlbare Entscheidung. Kritisiert wurde bereits damals durch den Psychiater und Mitherausgeber des AE-Sterbehilfe Hans Joachim Bochnik, dass eine diesen Kriterien gerecht werdende Begutachtung in der Akutsituation nicht gewährleistet werden kann, was den Ansatz unpraktikabel macht. Darüber hinaus hebt er hervor, dass die einem Suizidversuch vorangehende Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung häufig eine besonnene Abwägung unmöglich machen und damit die geforderte freie Willensentscheidung beeinträchtigen, ohne dass bereits ein Zustand der Schuldunfähigkeit im strafrechtlichen Sinne vorliegt (Bochnik 1987: 217f.). Im Fachdiskurs der letzten Jahre haben sich neben der Voraussetzung der natürlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit die Mangelfreiheit des Suizidwillens sowie die innere Festigkeit und Zielstrebigkeit des Entschlusses als Hauptkriterien für eine freiverantwortliche Selbsttötung durchgesetzt (BGH 2019b, Rn. 21 bzw. BGH 2019a, Rn.17).

Diese Diskrepanz zwischen zwar sehr anschaulich definierten, zugleich aber im Hinblick auf ihre Realisierbarkeit in der medizinischen Praxis fragwürdigen Kriterien prägen den aktuellen Diskurs auch gegenwärtig noch. Begegnet wurde ihr in Deutschland in Bezug auf den ärztlich assistierten Suizid lange Zeit, indem die Ärzteschaft sich über das Strafrecht hinausgehend positionierte: In ihrer Musterberufsordnung setzte sie sich selbst standesrechtliche Schranken bezüglich der Unterstützung bei der Selbsttötung. Es handelte sich hier aber lediglich um die eigene Einschränkung der ärztlichen Berufsgruppe mit höchstens ergänzender Geltung zu den maßgeblich bleibenden grundgesetzlichen und strafrechtlichen Regelungen.³¹ Infolge des jüngsten Urteils des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310) wurde die ehemalige Formulierung des § 16 der Musterberufsordnung verlassen³² und lediglich am Verbot der Tötung auf Verlangen festgehalten (BÄK 2021). Dem Argument des drohenden Vertrauensverlusts in die

³¹ Denn gemäß Art. 2 Abs. 2 GG darf in ein Grundrecht wie die Handlungsfreiheit des:der Suizident:in (als Freiheit der Person) nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.

³² Die ursprüngliche Formulierung der Musterberufsordnung (MBO-Ä 1997) lautete: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbende unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ (BÄK 2018)

Ärzt:innen durch die Beteiligung am assistierten Suizid wird widersprochen, indem das subjektive Ermessen dessen, was in einer pluralistischen Gesellschaft unter ärztlicher Sterbebegleitung verstanden wird, betont wird. Zumal ähnliche Effekte in Ländern, die den ärztlich assistierten Suizid offiziell praktizieren, bisher nicht beobachtbar seien. So könne auch oder gerade das Wissen um die unvoreingenommene gemeinsame Gestaltung eines individuell als würdevoll empfundenen Sterbens vertrauensbildend sein. Die Entscheidung stehe daher nur den Bürger:innen oder allenfalls dem Gesetzgeber, nicht aber der Mehrheitsentscheidung einer Institution wie dem Ärztetag zu. (Wiesing 2013) Dagegen kann angeführt werden, dass Befürchtungen vor einem Würdeverlust im Sterben nicht aufgrund fehlender ärztlicher Suizidbegleitung, sondern angesichts mangelnder Kapazitäten der Palliativmedizin begründet sind. Deren Ausbau wiederum wird von 80% der befragten Ärzt:innen als wirksamstes Mittel gegen den Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid betrachtet. (Wenker 2013)

Wenngleich die Regelung in der ärztlichen Musterberufsordnung berufsrechtliche Sanktionen zur Folge haben kann, so sagt sie noch nichts über die strafrechtliche Einordnung des ärztlich assistierten Suizids aus. Daher soll nun abschließend die entsprechende geltende Gesetzeslage betrachtet werden.

3. Suizid und assistierter Suizid aus rechtlicher Sicht

3.1 Die gegenwärtige Rechtsprechung zum Suizid und ärztlich assistierten Suizid in Deutschland

3.1.1 Straffreiheit und verfassungsrechtliche Einordnung des Suizids

Die Selbsttötung ist gemäß der aktuellen Gesetzeslage nicht untersagt und erfüllt keinen Straftatbestand. Wie der Wandel in der Suizidbeurteilung zeigt, galt das nicht immer als selbstverständlich. Neben der intuitiven Missbilligung einer Bestrafung von Suizidversuchen lässt sich die heutige rechtliche Beurteilung des Suizids aus dem Grundgesetz herleiten. Das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit wird durch die Verfassung gewährleistet (Art. 2 II GG) und muss vom Staat geschützt werden. Dieser ist gemäß seiner „Schutzpflicht“ dazu gehalten, für einen adäquaten Lebensschutz seiner Bürger Sorge zu tragen (Dolderer 2000; Krings 2003). Diese gilt aber nur soweit, wie der:die Betroffene den Schutzanspruch wahrnehmen möchte, denn aus dem Recht auf Leben lässt sich nicht zugleich eine verfassungsrechtliche Pflicht zu leben herleiten. Allerdings gibt die Verfassung auch keine

Hinweise darauf, dass es ein eigenständiges Recht auf den Suizid gibt. Das Recht, sich das Leben zu nehmen, ist aber im Rahmen der allgemeinen Handlungsfreiheit gewährleistet (Weilert 2018; Epping 2019), denn: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“ (Art. 2 I GG). Daraus lässt sich wiederum ableiten, dass der Suizid nicht strafbar ist, weil „ein Verhalten strafrechtlich nur dann verboten werden darf, wenn es Rechtsgüter anderer oder der Allgemeinheit verletzt. An Ersterem fehlt es aber, wenn der Rechtsinhaber seine Güter selbst verletzt oder mit der Verletzung einverstanden ist.“ (Brunhöber 2011: 402) Mit anderen Worten: Jedem Menschen wird aus verfassungsrechtlicher Sicht die Freiheit zugestanden, „sich selbst gegenüber“ das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu verletzen.

3.1.2 Betreuungsrecht: Suizidverhinderung im Rahmen des Lebensschutzes

Beließe man die Interpretation der rechtlichen Einordnung des Suizids bei seiner Straffreiheit, so bedeutete seine Verhinderung einen unzulässigen Eingriff in die Grundrechte der Suizident:innen. Trotz des Rechts, sich das eigene Leben zu nehmen, haben Eingriffe in Suizidversuche und deren Verhinderung jedoch ihre rechtliche Legitimation. Maßnahmen Dritter müssen aber aus anderen Rechtsgütern oder Pflichten, hier also dem Schutz des Lebens, hergeleitet werden. Wie oben angemerkt, gibt es keine aus dem Grundrecht auf Leben abzuleitende Pflicht zu leben. Dennoch können dem Verzicht auf die eigenen Grundrechte Grenzen gesetzt werden.³³ Ist erkennbar, dass eine Person nicht in der Lage ist, die Entscheidung, auf ihr Leben zu verzichten, mit allen Konsequenzen zu überschauen, so kann ihr Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gegen ihr Freiheitsrecht abgewogen werden. Dies kann zunächst einmal die Einschränkung der persönlichen Freiheit durch medizinische Zwangsbehandlung³⁴ bedeuten und bis hin zum physischen Freiheitsentzug durch Unterbringung aufgrund von Eigengefährdung reichen. Diese Maßnahmen sollen dem Zweck dienen, die Patient:innen in die Lage zu versetzen, künftig mit einem größeren Ausmaß an Freiheit den Suizid nicht mehr als einzigen Ausweg zu betrachten. Sie können jedoch nicht willkürlich vorgenommen werden, sondern bedürfen einer rechtlichen Grundlage. Bei der Bewältigung dieser Problemsituation sind zwei unterschiedliche gesetzliche Regelungen

³³ insbesondere ist beispielsweise ein freiwilliger Verzicht auf die Wahrung der Menschenwürde nicht wirksam, vgl. hierzu Seifert (2007)

³⁴ beispielsweise im Sinne einer Durchführung abgelehnter lebenserhaltender Maßnahmen oder einer Verabreichung antipsychotischer Medikamente entgegen dem Patient:innenwillen

relevant. Zunächst einmal sind die im Jahre 2017 geänderten zivilrechtlichen Vorschriften des Betreuungsrechts zu beachten, in besonderen Eilfällen finden auch die Bestimmungen des polizeirechtlichen Unterbringungsrechts Anwendung. Letztere können als Landesrecht durchaus Unterschiede aufweisen (vgl. Spickhoff 2017).

Nach den zivilrechtlichen Neuregelungen ist die medizinische Zwangsmaßnahme in § 1832 BGB und die freiheitsentziehende Maßnahme in § 1831 BGB festgelegt.³⁵ Ihre Durchführung ist an die Voraussetzung gebunden, dass ein:e Betreuer:in bestellt wurde.³⁶ Behandlungsmaßnahmen, die mit einer Gefahr für Leben oder Gesundheit verbunden sind oder die Persönlichkeit in ihrem Kernbereich verändern könnten, bedürfen darüber hinaus einer Einwilligung seitens der Betroffenen. Grundsätzlich wird hier die Einwilligungs-(bzw. „Ablehnungs“-)-fähigkeit unterstellt, sofern nicht erkennbar ist, dass ein:e Patient:in „aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann“ (§ 1832 Abs. 1 Satz 2 BGB). In diesem Fall muss der:die Betreuer:in einwilligen und seine:ihre Entscheidung am Wohl des:der Betreuten hinsichtlich der Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens unter Beachtung seines:ihres Willens ausrichten (§ 1832 Abs. 1 Satz 1 und 3 BGB). Auch muss dem:der Patient:in gegenüber zuvor Überzeugungsarbeit in quantitativ und qualitativ ausreichendem Ausmaß geleistet worden sein (§ 1832 Abs. 1 Satz 4 BGB). Darüber hinaus muss gesichert sein, dass „der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere den Betreuten weniger belastende Maßnahme abgewendet werden kann“ und „der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt“ (§ 1832 Abs. 1 Satz 5 und 6 BGB).

Wenn angesichts der Notfallsituation im Rahmen eines Suizidversuchs diese formalen Bestimmungen des Betreuungsrechts nicht ohne die Gefahr einer Verzögerung eingehalten werden können, greifen die Regelungen der landesrechtlichen Unterbringungsgesetze. Damit ist typischerweise die akute Krankenhausversorgung mit lebenserhaltenden und

³⁵ Die Bindung einer ärztlichen Zwangsbehandlung an eine freiheitsentziehende Unterbringung ist aufgehoben worden. Das bedeutet, dass Personen, die sich freiwillig in einem Krankenhaus oder einem Heim befinden, zwangsweise behandelt werden können. Eine ambulante Zwangsbehandlung ist weiterhin ausgeschlossen. Vgl. hierzu die Erläuterungen von Spickhoff (2017)

³⁶ ist das nicht der Fall oder angesichts der Situation nicht sinnvoll, können Zwangsmaßnahmen nach den jeweiligen Landesgesetzen vorgenommen werden.

Intensivmaßnahmen begründet und gewährleistet. Diese Regelung beruht auf der Annahme, dass der Suizid in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf dem Boden einer psychischen Erkrankung vorgenommen wird. In Bayern sind die Voraussetzungen und Gestaltung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung psychisch kranker Menschen sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen seit Juli 2018 im Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) geregelt. In Bezug auf einen drohenden Suizid kann hier beispielsweise eine sofortige vorläufige Unterbringung durch die Polizei oder die fachliche Leitung der Einrichtung, in der sich die betreffende Person befindet, angeordnet werden (Art. 12-14 BayPsychKHG). Es muss durch ein ärztliches Zeugnis bestätigt werden, dass die Person nicht mehr in der Lage ist, ihren Willen frei zu bilden oder kundzutun. Dabei muss sich das Zeugnis auf den aktuellen Gesundheitszustand der Person beziehen (Art. 14 Abs. 5 BayPsychKHG). Bis spätestens 12 Uhr des Folgetages (abweichend von Art. 104 Abs. 2 GG) muss ein richterlicher Beschluss eingeholt werden (Art.14 Abs. 1 BayPsychKHG).

Liegt nun der Sonderfall vor, dass eine Person vor ihrem Suizidversuch eine schriftliche Willenserklärung im Sinne einer Patient:innenverfügung niedergelegt hat, so ist diese zunächst einmal prinzipiell bindend. Am Beispiel der Ablehnung lebenserhaltender und Intensivmaßnahmen muss allerdings Folgendes beachtet werden: War die Person, als sie die Verfügung verfasst hat, überhaupt einwilligungsfähig (§ 1827 Abs. 1 BGB) oder wurde der Wille im Zustand massiver geistiger bzw. seelischer Beeinträchtigung getroffen, etwa in der hochakuten Verzweiflungsphase unmittelbar vor dem Suizidversuch? Darüber hinaus ist vorstellbar, dass sie zwar zum Zeitpunkt der Festlegung einwilligungsfähig war, die Verfügung sich jedoch auf eine ganz andere Vorstellung vom Lebensende, beispielsweise eine unheilbare körperliche Erkrankung oder hohes Alter bezieht. Der:die (bei Bedarf eigens hierfür bestellte) Betreuer:in muss nun prüfen, „ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen“ (§ 1827 Abs. 1 BGB). Es ist also möglich, dass eine Person lange im Vorfeld und im Zustand der Einwilligungsfähigkeit eine Patientenverfügung verfasst hat, die sich auf die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen im Falle eines Suizids bezieht. Sie ist – wenn keine Hinweise auf zwischenzeitlichen Widerruf bestehen und geprüft wurde, ob die Festlegungen auf die konkrete Situation zutreffen – rechtlich bindend (Säcker et al. - Schneider, 2020, zum ehem. § 1901a BGB Rn. 15). Insofern käme eine Entscheidung zur Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen der Missachtung

der Patientenverfügung und damit einer strafbaren Körperverletzung gleich (Rosenau & Lorenz 2019).

3.1.3 Ärztliche Rettungspflichten beim (freiverantwortlichen) Suizid

Gleichwohl mag sich die Evaluation der formalen Entstehungsumstände einer Patient:innenverfügung in der akuten Notfallsituation angesichts des Zeitdrucks weit weniger eindeutig gestalten. Daher besteht hier eine nicht unerhebliche Rechtsunsicherheit in Bezug auf (not-)ärztliches Handeln, so dass eine im Zweifel zunächst für das Leben getroffene Entscheidung mit der Einleitung lebensrettender Maßnahmen häufig gerechtfertigt ist (Warntjen 2014). Zugleich zeichnet sich in den letzten Jahren eine Tendenz der Rechtsprechung ab, die das Selbstbestimmungsrecht in den Vordergrund rückt und die Abwägung zwischen Leben und Autonomie zunehmend einer ärztlichen Gewissensentscheidung überlässt (Spittler 2020).³⁷ Dies gilt allerdings nicht für die Rettungspflichten bei Suizidversuchen allgemein, sondern nur in denjenigen Sonderfällen, bei denen begründete Hinweise auf einen freiverantwortlichen Suizidentschluss vorliegen. Ist das nicht der Fall, können Ärzt:innen strafrechtlich bis hin zu einem Tötungsdelikt belangt werden (Schroth 2018). Dies ist zunächst einmal in der Annahme begründet, dass es sich beim Suizid in der Regel um einen sogenannten Unglücksfall nach § 323c StGB handelt, der anwesende Dritte zur Hilfeleistung verpflichtet.³⁸ Demnach dürfen die am Ort des Suizidversuchs eintreffenden Personen vom mutmaßlichen Willen des:der Suizident:in, gerettet zu werden, ausgehen. Handelt es sich bei diesen Personen zudem um nahe Angehörige oder behandelnde Ärzt:innen, sind sie sogar zur Rettung verpflichtet.³⁹ Dies ergibt sich aus ihrer sogenannten „Garantenstellung“, die ihnen aufgrund ihrer besonderen privaten bzw. beruflichen Stellung gebietet, ihren natürlichen oder freiwillig übernommenen Schutz- und Beistandspflichten nachzukommen.⁴⁰ Wird der:die Garant:in diesen Verpflichtungen nicht gerecht, kommt sein:ihr Unterlassen gemäß § 13 Abs. 1 StGB dem Tun, hier also dem Begehen einer Straftat, gleich:

³⁷ Fällt bei vorliegender gültiger Patientenverfügung die ärztliche Gewissensentscheidung für das Leben aus, kann dies den Vorwurf der Nötigung zur Folge haben (vgl. Hillenkamp 2018).

³⁸ Gemäß § 323c Abs. 1 StGB wird, wer „bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten [ist], [...] mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft.“

³⁹ Es geht hier ausdrücklich um behandelnde Ärzt:innen, da „ohne Übernahme der Behandlungs- und damit Garantenpflicht auch keine Garantenstellung besteht“. Dagegen ist ohne sie eine „über die allg. Hilfspflicht [...] hinausgehende Pflicht des Arztes [...] nicht anzuerkennen“ (Eser - Bosch, 2019, zu § 13 StGB, Rn. 1).

⁴⁰ Diese Pflichten ergeben sich aus „enger persönlicher Verbundenheit“ bzw. Familien-, Eheverhältnissen oder eheartigen Gemeinschaften; weiter können solche „Pflichten kraft Übernahme“ zustande kommen, wie es beim ärztlichen Behandlungsvertrag der Fall ist (Eser - Bosch, 2019, zu § 13 StGB, zu § 13 StGB, Rn. 17f. und 28a)

„Wer es unterläßt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.“

Die neuere Fachdiskussion geht nun davon aus, dass Ärzt:innen im Falle eines freiverantwortlichen Suizids nicht in erster Linie für das Leben, sondern für die Achtung des Patient:innenwillens einzustehen haben (Spittler 2020). Liegt also eine wirksame Patientenverfügung vor, besteht weder eine Rettungs- noch eine Garantenpflicht. Bis vor wenigen Jahren ging man in der deutschen Rechtsprechung allerdings davon aus, dass der Wille von Suizident:innen „grundsätzlich unbeachtlich“ sei und daher in jedem Falle eine Rettungspflicht bestehe.⁴¹ Diese Auffassung wurde auch in späteren Urteilen grundsätzlich bestätigt, wenngleich betreffenden Ärzt:innen auch zunehmend Spielraum für Gewissensentscheidungen zugestanden wurde. Begründet wurde dieser allerdings nicht mit einem etwaigen freiverantwortlichen Patientenwillen, sondern der individuellen medizinischen Einschätzung einer schlechten somatischen Prognose trotz Einleitung von Intensivmaßnahmen.⁴² Dementsprechend galt bis vor einigen Jahren, dass „innerhalb der kurzen Zeitspanne, die für die unter Umständen lebensrettende Entscheidung am Unglücksort zur Verfügung steht, kaum jemand ohne psychiatrisch-psychologische Fachkenntnisse und ohne sorgfältige Abklärung der äußeren und inneren Motivationsfaktoren zuverlässig beurteilen“ könne, ob es sich um eine freiverantwortliche Entscheidung handelt (BGH, U. v. 04.07.1984 – 3 StR 96/84, BGHSt 32, 367).

Ein sich bereits in mehreren vorangegangenen Urteilssprüchen⁴³ andeutender Paradigmenwechsel trat schließlich mit einem Beschluss des Landgerichts Deggendorf vom September

⁴¹ Dies geht auf einen Urteilsspruch des BGH vom 10. März 1954 zurück, demzufolge es sich bei einem Suizidversuch stets um einen Unglücksfall handelt, womit eine Nichthinderung als unterlassene Hilfeleistung nach § 323c StGB strafbar wäre. Im Falle einer unterlassenen Hilfeleistung des:der behandelnden Ärzt:in fiel diese zudem als Tötungsdelikt unter § 13 StGB. (BGH, B. v. 10.03.1954 - GSSt 4/53, BGHSt 6, 147-155)

⁴² so beispielsweise im sogenannten „Wittig-“ (auch: „Peterle“-)Fall vom 4. Juli 1984. Beim Angeklagten handelte es sich um einen Hausarzt, der eine Patientin mit einer entsprechenden ihm bekannten und schriftlich vorliegenden Willensäußerung nach einem Suizidversuch nicht reanimierte, weil er von einem bereits nicht mehr abwendbaren hypoxischen Hirnschaden ausging. Er blieb daher bis zur Feststellung des Todes ohne Einleitung weiterer Maßnahmen bei der Patientin. Allerdings sah der BGH von einer Bestrafung des Angeklagten nach § 323c StGB ab, weil ihm angesichts einer äußersten Grenzlage die erforderliche Hilfeleistung im Sinne der Einleitung von lebenserhaltenden Maßnahmen im Rahmen seiner ärztlichen Gewissensentscheidung nicht zumutbar gewesen sei. (BGH, U. v. 04.07.1984 - 3 StR 96/84, BGHSt 32, 367-381)

⁴³ so gestand das Oberlandesgericht München in einem Beschluss vom Juli 1987 (sogenannter „Hackethal-Fall“) freiverantwortlich handelnden Suizident:innen zu, ihren Arzt aus der Garantenpflicht zu entlassen

2013 ein: Ein Notarzt hatte sich nach Eintreffen bei einem 84-jährigen Patienten mit terminaler Krebserkrankung, der nach einer Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht bewusstlos war, gegen die Einleitung von lebensrettenden Maßnahmen entschieden. Grundlage hierfür war seine Überlegung, dass er angesichts der aus den Umständen heraus anzunehmenden Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Achtung des Patientenwillens verpflichtet sei. Das Landgericht Deggendorf hat das Strafverfahren gegen den Notarzt nicht eröffnet mit der Begründung, dass dieser zu Recht dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten Geltung verschafft habe. Entscheidend sei dabei dessen freiverantwortliche Entscheidung, nicht dagegen die Art oder das Stadium seiner Grunderkrankung.⁴⁴

Einen Schritt weiter ging der Bundesgerichtshof in zwei Urteilen vom Juli 2019, indem er die Freisprüche zweier angeklagter Ärzte durch die jeweiligen Landesgerichte bestätigte. Die Ärzte hatten von den Selbsttötungsabsichten ihrer Patientinnen bereits im Vorfeld gewusst und sie bei deren Umsetzung unterstützt und begleitet. Die Landgerichte Hamburg⁴⁵ und Berlin⁴⁶ hatten die Angeklagten jedoch angesichts nicht feststellbarer Willensmängel der Suizidentscheidungen vom Vorwurf eines Tötungsdelikts durch Unterlassen

und im Falle „klar erkennbaren hoffnungslosen Leidens“ angesichts unheilbarer Krankheit ausnahmsweise auch von der Nothilfpflicht befreien zu können. (OLG München, B. v. 31.07.1987 - 1 Ws 23/87, MedR 1988, 150-155)

⁴⁴ Neben dem Patienten fand der Notarzt dessen bereits tote Ehefrau mit einer frischen Injektionsstelle in der Leiste vor. Weiterhin war der Sohn des Paares anwesend, seinerseits dem Notarzt beruflich bekannter ärztlicher Kollege und Vorsorgebevollmächtigter des Vaters. Dieser untersagte es dem Notarzt ausdrücklich, Rettungsmaßnahmen einzuleiten, da er von einer entsprechenden Patientenverfügung wisse und seine Eltern wiederholt geäußert hätten, gemeinsam sterben zu wollen. Zudem hätten das Sammeln entsprechender Medikamente sowie mehrere schriftliche Dokumente (Handlungsanweisungen, Abschiedsbriefe) auf das „planmäßige und besonnene Vorgehen“ schließen lassen. (LG Deggendorf, B. v. 13.09.2013 - 1 Ks 4 Js 7438/11, GesR 2014, 487-488)

⁴⁵ in diesem Fall hatte der Angeklagte, ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, zwei älteren Damen im Auftrag des Vereins Sterbehilfe e.V. in einem Gutachten uneingeschränkte Einsichts- und Urteilsfähigkeit bestätigt. Die 81- und 85-Jährige hatten gemeinsam bis zuletzt ein unabhängiges Leben geführt, waren sozial eingebunden und wirtschaftlich gut situiert. Allerdings befürchteten sie nun angesichts sich andeutender chronisch fortschreitender altersbedingter Erkrankungen eine in absehbarer Zeit eintretende Einschränkung ihrer bisherigen Selbständigkeit und Lebensqualität. Auf ihr Bitten hin unterstützte der Arzt sie nach vorheriger Aufklärung und Einwilligung bei der Herstellung einer tödlichen Medikamentenlösung und blieb bei ihrem Suizid am 10.11.2012 zugegen. Nach Auffassung des BGH bestand keine Garantspflicht des Arztes, da kein herkömmliches Arzt-Patientinnen-Verhältnis vorlag, sondern lediglich der Auftrag zur Erstellung eines ärztlichen Gutachtens sowie zur Sterbebegleitung gegeben war. Die Beschaffung der tödlichen Medikamente konnte dem Arzt nicht nachgewiesen werden. (BGH, U. v. 03.07.2019 - 5 StR 132/18, BGHSt 64, 121-135)

⁴⁶ hier handelte es sich beim Angeklagten um den langjährigen Hausarzt einer wesentlich jüngeren, 44-jährigen Patientin, die an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung mit reaktiven depressiven Symptomen litt und bereits mehrere Suizidversuche überlebt hatte. Der Hausarzt beschaffte ihr die tödliche Medikation und betreute sie palliativmedizinisch während des Sterbeprozesses vom 16.-19.2.2013. Nach Auffassung des BGH bezog sich der Behandlungsvertrag zu diesem Zeitpunkt allein auf die Sterbebegleitung, womit die Garantstellung des Arztes hinsichtlich lebensrettender Maßnahmen entfallen sei. (BGH, U. v. 03.07.2019 - 5 StR 393/18, BGHSt 64, 135-146)

freigesprochen. Der BGH verwarf die Revisionen der Staatsanwaltschaft mit der Begründung, dass eine „strafrechtliche Verantwortlichkeit der Angeklagten [...] vorausgesetzt“ hätte, „dass die Frauen nicht in der Lage waren, einen freiverantwortlichen Selbsttötungswillen zu bilden“. Dies sei aber angesichts „einer im Laufe der Zeit entwickelten, bilanzierenden ‚Lebensmüdigkeit‘“ unter Abwesenheit psychischer Störungen nicht der Fall gewesen. (Bundesgerichtshof 2019)

3.1.4 Strafrechtliche Bewertung des ärztlich assistierten Suizids

Während die vorangegangenen Überlegungen sich auf das Recht auf den Suizid als Abwehrrecht bezogen, ist ein Anspruchsrecht auf den Suizid nicht aus dem deutschen Gesetz ableitbar. Zugleich ist aber die Unterstützung beim Suizid per se nicht strafbar. Wenn jedoch die Selbsttötung als „Haupttat“ nicht strafbar ist, gilt dies ebenso für die Unterstützung der Suizident:innen (vgl. Roxin 1978). Der Begriff „Suizidbeihilfe“ ist daher streng genommen unzutreffend, denn Beihilfe im juristischen Sinne bezieht sich immer auf eine rechtswidrige Straftat. Daher wird nur diejenige Person als „Gehilfe“ bestraft, die „vorsätzlich einem anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat Hilfe geleistet hat“ (§ 27 StGB).⁴⁷ Diese Regelungen gelten grundsätzlich auch für den ärztlich assistierten Suizid. Dabei ist allerdings nochmals zu betonen, dass es zur ärztlichen Aufgabe gehört, sich der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung zu vergewissern. Ist nämlich erkennbar, dass es dem Suizidentschluss an Einsichtigkeit und Rationalität fehlt, so macht sich der:die Ärzt:in im Rahmen der Garantenpflicht eines Tötungsdelikts bis hin zum Mord strafbar. Als Beurteilungskriterien werden hier in der Fachdiskussion überwiegend die Voraussetzungen der Einwilligung vorgeschlagen (Schroth 2018). Unabhängig davon ist eine Strafverfolgung wegen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz zu beachten (§ 13 Abs. 1 BtMG).

Strafbar machen Ärzt:innen sich zudem dann – unabhängig vom Bestehen einer etwaigen Garantenpflicht – wenn ihr Handeln über die bloße Bereitstellung eines tödlichen Medikaments hinausgeht. Wenn also nicht mehr nur der:die Patient:in das Geschehen selbst in den Händen hat, liegt eine Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB vor.⁴⁸ Dies ist dann der Fall,

⁴⁷ „Anstiftung und Beihilfe setzen nämlich nach §§ 26, 27 StGB einen Täter voraus, der vorsätzlich und rechtswidrig einen Straftatbestand verwirklicht. Da jedoch der Täter des Selbstmordes gegen keine Strafvorschrift verstößt, ist auch eine strafbare Anstiftung und Beihilfe zu seiner Tat nicht möglich“ (Roxin 1978). Für weitere Ausführungen zu Täterschaft und Tatherrschaft s.a. Roxin (2019).

⁴⁸ „Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.“ (§ 216 Abs. 1 StGB)

wenn die ärztliche Person über die sogenannte „Tatherrschaft“ verfügt, also das Geschehen im Sinne von bestimmen mitlenken kann (Roxin 1978 und 2019). Solange von ärztlicher Seite dem:der Patient:in nur ein Glas mit dem Tod bringenden Medikament auf den Nachttisch gestellt wird, macht die ärztliche Person sich nicht strafbar: Dies erfüllt weder ein Tatbestandsmerkmal, noch hat er:sie Tatherrschaft, da die bestimmende Entscheidung bei dem:der Suizident:in liegt. Wird dagegen beispielsweise einer querschnittsgelähmten Person dabei geholfen, das betreffende Medikament zu sich zu nehmen, ihr also unmittelbar eingeflößt oder durch Starten einer Infusion verabreicht, kommt es zu einem Tatherrschaftswechsel. Der:die Ärzt:in (und ebenso jede:r andere Suizidhelfer:in) hat in diesem Falle die Tatherrschaft inne und muss sich strafrechtlich verantworten. (vgl. Brunhöber 2011)⁴⁹

In einem Versuch, die kommerzielle Unterstützung beim Suizid durch Sterbehilfevereine zu unterbinden, hat der Gesetzgeber im Dezember 2015 die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ gemäß § 217 StGB für strafbar erklärt. Hierunter fiel jede Person, die regelmäßig und entgeltlich Suizidunterstützung anbot oder vermittelte, somit auch ärztliche Suizidbegleiter:innen (Hilgendorf 2018). Nach Verfassungsbeschwerden von Sterbehilfevereinen sowie verschiedenen Ärzt:innen und Patient:innen wurde der § 217 am 26.2.2020 vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig und damit für nichtig erklärt (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310).

3.1.5 aktuelle Entwicklungen der Rechtsprechung zur Unterstützung beim Suizid

Bereits einige Jahre vor dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zeigte die Rechtsprechung zum assistierten Suizid eine Tendenz, welche nach dem Vorbild der Regelung in den Niederlanden⁵⁰ die Unterstützung bei der Selbsttötung im Ausnahmefall unerträglichen Leidens auf dem Boden schwerster körperlicher Erkrankung unter der Voraussetzung vorhandener freier Entscheidungsfähigkeit erleichtern sollte. So hatte das Bundesverwaltungsgericht in Bezug auf die Medikamentenabgabe zum Zweck eines Suizids im März 2017 ein erstes grundlegendes Urteil getroffen (BVerwG, U. v. 2.3.2017 - 3 C 19/15, BVerwGE 158, 142-163). Seine Rechtsposition fasst das Gericht in den folgenden vier Leitsätzen zusammen:

⁴⁹ Das Verlangen des:der Patient:in gemäß § 216 schließt die Tatherrschaft des:der Ärzt:in nicht aus, denn die bestimmende, todbringende Entscheidung liegt letztlich bei dem:der Ärzt:in. Aufgrund des Verlangens erfolgt jedoch ein strafrechtlicher Wechsel von § 212 (Totschlag) auf § 216 (Tötung auf Verlangen). Der:die Suizident:in muss allerdings ernstlich und ausdrücklich die Tötung verlangen, nicht nur den eigenen Todeswunsch artikulieren.

⁵⁰ s. hierzu auch Kap. 3.2 bzw. 4.2.2 dieser Arbeit

„1. Der Erwerb eines Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung ist grundsätzlich nicht erlaubnisfähig.

2. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG umfasst auch das Recht eines schwer und unheilbar kranken Menschen, zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben enden soll, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln.

3. Im Hinblick auf dieses Grundrecht ist § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG dahin auszulegen, dass der Erwerb eines Betäubungsmittels für eine Selbsttötung mit dem Zweck des Gesetzes ausnahmsweise vereinbar ist, wenn sich der suizidwillige Erwerber wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet.

4. Eine extreme Notlage ist gegeben, wenn - erstens - die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können, - zweitens - der Betroffene entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entschieden hat, sein Leben beenden zu wollen und ihm - drittens - eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht.“

Besteht also eine Situation, in der ein Sterbewunsch auf unerträglichem physischen Leiden ohne alternative medizinische Linderungsmöglichkeiten beruht und keine Einschränkung der freien Entscheidungsfähigkeit erkennbar ist, darf die betreffende Person ein todbringendes Medikament erwerben. Zugleich ist damit dessen Aushändigung unter bestimmten Bedingungen erlaubt, also der betreffenden Person mit dem Verkauf den ausnahmsweise erlaubten Zugang zu ermöglichen (§ 3 Abs. 2 BtMG). Begründet wird dies jedoch nicht durch ein grundsätzliches Anspruchsrecht auf Suizidassistenz, sondern durch eine ganz spezifische Notlage. Im Grunde genommen wird also dem:der Einzelnen nur die Möglichkeit zugestanden, sich aus einer ausweglosen Situation zu befreien. Es geht nicht um den Anspruch auf Hilfe beim Suizid, sondern um das Recht auf Hilfe in einer Notlage. Weiterhin geht es nicht um die Verabreichung, sondern um die Aushändigung eines Medikaments. Die Frage nach der Tötung auf Verlangen wird von dieser Regelung also nicht berührt. Ebenso wenig wird die ärztliche oder geschäftsmäßige Suizidbegleitung geregelt, es geht allein um einen Anspruch von Bürger:innen gegenüber dem Staat in einer existenziellen Notlage. Festzuhalten ist darüber hinaus, dass das Urteil sich allein auf eine objektivierbar schwerwiegende körperliche Erkrankung bezieht. Notlagen aufgrund von psychischen Leiden sind davon ausgeschlossen, vielmehr gelten diese ab einem gewissen Schweregrad sogar als Ausschlusskriterium dieser Erlaubnis, wenn von einer Einschränkung der freien und ernsthaften

Entscheidung durch die betreffende psychische Erkrankung auszugehen ist. Dennoch liegt die Befürchtung nahe, dass diese Tendenz früher oder später zumindest zu einem Dienstleistungsanspruch führen könnte. So bekräftigte auch der Deutsche Ethikrat (2017) als Reaktion auf das Urteil in einer erneuten ad hoc Empfehlung, dass zwar „im freiheitlichen Verfassungsstaat keine Rechtspflicht zum Leben besteht“, zugleich aber Suizidhilfe als „wählbares Regelangebot von Ärzten oder speziellen Vereinen“ vermieden werden müsse. Zudem bedeute die Vorstellung, Suizidwünsche könnten anhand der „Erfüllung materieller Kriterien“ gemessen und „staatlicherseits bewertet“ werden, „die höchstpersönliche Natur solcher Wünsche infrage zu stellen“ (Deutscher Ethikrat 2017: 2).

Auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sah in der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts seinerzeit eine den Angestellten nicht zumutbare, verfassungswidrige Zuweisung der existenziellen Entscheidung über Leben und Tod an eine Verwaltungsbehörde. Aufgrund dieser Einwände beauftragte es den ehemaligen Bundesverfassungsrichter Udo DiFabio mit der Erstellung eines Rechtsgutachtens zur Prüfung des Urteils. Das Gutachten kommt zu dem Schluss, dass die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts verfassungsrechtlich nicht haltbar ist. Es setze „an die Stelle des Willens des Gesetzgebers seinen eigenen rechtspolitischen Willen“ und verstoße damit gegen das Prinzip der Gewaltenteilung und den Grundsatz des Gesetzesvorbehalts (DiFabio 2017: 99). Denn dem Gesetzgeber stehe es sehr wohl zu, im Hinblick auf die drohende Gefahr eines gesellschaftlichen Drucks zur Selbsttötung mit der Verweigerung der entsprechenden Mittel „einer künftigen Würdegefährdung in anderen Kontexten“ vorzubeugen. Dagegen könne trotz des hohen Stellenwertes des Selbstbestimmungsrechts nicht von dessen „absoluten Geltungsanspruch mit dem Ergebnis einer Pflicht zur Beteiligung des Staates an einer höchstpersönlichen Entscheidung“ wie dem Suizid ausgegangen werden (DiFabio 2017: 100). Zudem fehle es der Behörde an fachlichen Kompetenzen, die erforderlichen Kriterien einer existenziellen Notlage mit der gebotenen Sorgfalt zu prüfen. Obschon sie trotz des Verdachts auf einen Verfassungsverstoß die Umsetzung einer höchstrichterlichen Entscheidung befolgen müsse, könne sie sich unter Inkaufnahme einer Rechts- und Amtspflichtverletzung „weigern, eine Erwerbserlaubnis nach § 3 BtMG auszusprechen“ (DiFabio 2017: 101). Auf DiFabios Empfehlung hin wurde das BfArM vom Bundesgesundheitsministerium im Juli 2018 in einem Nichtanwendungserlass angewiesen, die eingegangenen Anträge auf eine tödliche Medikamentendosis abzulehnen. Scharf kritisiert wurde dieser Schritt seinerseits als Missachtung

der Gewaltenteilung, insofern als ohne demokratische Legitimation ein höchstrichterliches Urteil ignoriert wurde (Nicolai 2019).

Das Bundesverfassungsgericht bestätigte schließlich mit seiner Entscheidung vom 26. Februar 2020, in der es den § 217 StGB für nichtig erklärte, indirekt das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts. Angesichts des hohen Stellenwerts des Selbstbestimmungsrechts umfasse die dem:der Einzelnen zugestandene Entscheidung, „dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen“ auch „die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und sie, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen“ (zum Folgenden s. BVerfG, U. v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, hier Rn. 210 und 208). Diese im Rahmen des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) grundrechtlich garantierte Freiheit könne auch durch „staatliche Maßnahmen, die eine mittelbare oder faktische Wirkung entfalten“, verletzt werden (Rn. 215). Die Regelung des § 217 StGB habe eben jene Wirkung zur Folge, indem durch sie „das Recht auf Selbsttötung in weiten Teilen faktisch entleert“ werde (Rn. 278). Zwar seien die Befürchtungen des Gesetzgebers, dass eine geschäftsmäßige Förderung des Suizids zu dessen Normalisierung in Verbindung mit einem entsprechenden gesellschaftlichen Druck auf alte und pflegebedürftige Menschen beitragen könnte, plausibel. Der sozialpolitischen Verpflichtung, solchen Tendenzen entgegenzutreten, dürfe der Gesetzgeber sich jedoch „nicht dadurch entziehen, dass er autonomiegefährdenden Risiken durch die vollständige Suspendierung individueller Selbstbestimmung entgegenzuwirken sucht“ (Rn. 277). Einen Schritt weiter als das Bundesverwaltungsgericht geht das Urteil des Bundesverfassungsgerichts insofern, als das Recht auf einen selbstbestimmten Tod „nicht auf fremddefinierte Situationen“ wie „schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen“ beschränkt werden dürfe (Rn. 210). Dies bedeutet jedoch nicht, dass nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts von nun an Unterstützung beim Suizid beliebig gewährt werden darf.⁵¹ Im Gegenteil räumt es dem Gesetzgeber weitreichende Kompetenzen ein, um die Suizidbegleitung zu regulieren. So sei es unzureichend, vor der Verschreibung einer letalen Medikamentendosis lediglich zu überprüfen, ob Anhaltspunkte für eine eingeschränkte Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorliegen, ohne die medizinische Krankenakte oder ein fachärztliches Gutachten hinzuzuziehen.

⁵¹ so setzt dem BVerfG zufolge eine freie Suizidentscheidung voraus, dass diese „unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung“ entstanden ist (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 241).

Ebenfalls sei, anders als häufig gehandhabt, eine adäquate Beratung und Aufklärung sicherzustellen (Rn. 232-235). Das BVerfG lässt damit die Möglichkeit offen, durch strenge Vorgaben unseriöse Vorgehensweisen von Sterbehilfevereinen sogar wesentlich stärker zu unterbinden als dies vor Inkrafttreten des § 217 StGB der Fall war (Rn. 249) und gleichzeitig die Suizidprävention zu stärken (Rn. 276).⁵²

3.2 Die Rechtslage und Praxis des ärztlich assistierten Suizids im internationalen Vergleich

Im Schweizerischen Strafrecht ist zwar die Beihilfe zum Suizid, wenn sie aus selbstsüchtigen Motiven erfolgte, ebenso strafbar wie die Tötung auf Verlangen (Art. 115 bzw. Art. 114 StGB-CH).⁵³ Dagegen wird die Suizidassistenz bei einem wohlwogenen, dauerhaften und ohne äußeren Druck entstandenen Sterbewunsch nach Prüfung der Urteilsfähigkeit der Betroffenen als persönliche Gewissensentscheidung des:der jeweiligen Ärzt:in toleriert. Dabei ist gemäß eines Bundesgerichtsentscheidens aus dem Jahr 2006 die Suizidhilfe auch bei psychisch kranken Menschen zumindest nicht grundsätzlich ausgeschlossen, sofern es sich um einen sogenannten Bilanzsuizid handelt. Der Suizidwunsch darf also nicht Ausdruck bzw. Symptom der psychischen Erkrankung sein, zur Vergewisserung dessen muss ein psychiatrisches Fachgutachten hinzugezogen werden (DRZE 2022a). Anders als in den BeNeLux-Staaten ist in der Schweiz bei psychisch Gesunden dagegen kein ärztliches Zweitgutachten, sondern lediglich ein Miteinbeziehen einer „unabhängigen Drittperson“ erforderlich. De facto wird diese Position von den Mitarbeiter:innen der Sterbehilfeorganisationen ausgefüllt. (Bosshard 2017: 32)

⁵² ein entsprechender Schwerpunkt wurde vom fraktionsübergreifenden Gesetzesentwurf der Bundestagsabgeordneten um Lars Castellucci aufgegriffen, der konkrete inhaltliche Forderungen zum Ausbau der Suizidprävention stellt, etwa die Einrichtung von Krisenbewältigungsangeboten in Jobcentern sowie die Förderung von Forschungsprojekten, Weiterbildungsmöglichkeiten und Aufklärungsprojekten zur Enttabuisierung von Suizidalität bei gleichzeitiger Erschwerung der Zugänglichkeit von Suizidmitteln (Bundestagsdrucksache, 20/904 und 20/1121, 2022). Umfassend wird das Nebeneinander von effektiver Suizidprävention und dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben auch in einem 2021 von Rechtswissenschaftler:innen der MLU Halle-Wittenberg und LMU München vorgelegten Gesetzesentwurf ausgestaltet. Der sogenannte AMHE-SterbehilfeG-Entwurf bindet die Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit an unabhängige, interdisziplinäre Kommissionen sowie eine verpflichtende Beratung zu alternativen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten, etwa palliativmedizinische Möglichkeiten. Gleichzeitig konkretisiert er in einem eigenen Abschnitt die staatliche Verpflichtung zur Stärkung der Suizidprävention und zur Einrichtung niedrigschwelliger Beratungsangebote (Dorneck et al. 2021).

⁵³ Art. 115 des StGB-CH zur „Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord“ besagt: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft“ (Art. 115 StGB-CH)

In den Niederlanden (ebenso wie in Belgien und Luxemburg) zählt der ärztlich assistierte Suizid gemeinsam mit der (dort als euthanasia bezeichneten) ärztlichen Tötung auf Verlangen zur gesetzlich geregelten Sterbehilfe (Government of the Netherlands 2022). Beide Formen der Sterbehilfe sind zulässig, sofern der:die Ärzt:in von der Unerträglichkeit und Hoffnungslosigkeit des Leidens überzeugt ist und keine Zweifel an der Freiwilligkeit und Wohlwogenheit der Entscheidung bestehen. Die genannten Kriterien müssen von dem:der involvierten Ärzt:in überprüft und von einem:einer unabhängigen Zweitgutachter:in bestätigt werden (van der Heide 2017: 22).⁵⁴ Die niederländische Regelung schließt dabei auch psychische Erkrankungen, sofern sie unerträgliches Leid verursachen, nicht grundsätzlich aus (Schildmann & Vollmann 2006). Allerdings muss als Voraussetzung gegeben sein, dass besagtes Leid Folge einer spezifischen psychischen oder physischen Erkrankung ist; „Lebensmüdigkeit“ allein ist kein zulässiger Grund, Suizidassistenz zu gewähren. Neben der Aufklärung über den aktuellen Zustand und die künftigen Aussichten liegt es in der ärztlichen Verantwortung, sich zu vergewissern, dass keine angemessenen alternativen Möglichkeiten der Leidenslinderung zur Verfügung stehen. (van der Heide 2017: 22) Wenngleich seitens der medizinischen Fachgesellschaften die Empfehlung besteht, nach Möglichkeit den ärztlich assistierten Suizid der Tötung auf Verlangen vorzuziehen (van der Heide 2017: 24), macht letztere mit 97% der Fälle den bei Weitem überwiegenden Anteil der ärztlichen Sterbehilfe aus (Berghäuser et al 2020).

Als erster US-amerikanischer Bundesstaat legalisierte Oregon im Jahr 1997 den ärztlich assistierten Suizid durch den sogenannten „Death with Dignity Act“. Er ist hier allerdings nur im Falle einer terminalen körperlichen Erkrankung zulässig. Voraussetzung ist darüber hinaus die Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen sowie eine Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten. Der Verschreibung der tödlichen Medikation muss ein Zeitraum von 15 Tagen vorangegangen sein, innerhalb dessen die Patient:innen zwei mündliche und eine schriftliche Anfrage gestellt haben und ein ärztliches Zweitgutachten eingeholt wurde. (Ganzini 2017: 8) Als weiterer US-amerikanischer Staat billigte 2008 Washington State nach einer Volksabstimmung den ärztlich assistierten Suizid. Der Supreme Court des Bundesstaates Montana urteilte 2009, dass es keine Gesetzesgrundlage zur Strafverfolgung von Ärzt:innen gebe, die terminal kranken, einwilligungsfähigen Patient:innen ein tödliches Medikament

⁵⁴ In den Niederlanden ist die Euthanasie seit 2001 gesetzlich geregelt, wurde allerdings bereits seit den 80er Jahren praktiziert (van der Heide 2017: 21f.)

verschreiben. Im Jahr 2013 ließ Vermont den ärztlich assistierten Suizid als erster US-Bundesstaat im regulären Gesetzgebungsverfahren zu. Zwei Jahre später verabschiedete Kalifornien den sogenannten „End of Life Option Act“, der die Verschreibung einer tödlichen Medikation an terminal erkrankte Patient:innen ebenfalls erlaubt, gefolgt von Colorado im selben Jahr. Im Bundesstaat Columbia gibt es seit 2016, in Maine seit 2019 ebenfalls einen „Death With Dignity Act“. Zuletzt schlossen sich auch die Staaten Hawaii mit dem „Our Care, Our Choice Act“ (2018/2019) und New Jersey mit dem „Aid in Dying for the Terminally Ill Act“ (2019) der Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids an. (Death with Dignity 2022; DRZE 2022a; Ganzini 2017)

In Kanada wurde 2015 das Verbot des ärztlich assistierten Suizids vom Supreme Court für ungültig erklärt. Ein entsprechendes Gesetz zur Regelung der medical assistance in dying (MAID) wurde 2016 verabschiedet, welches auch die Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen umfasst. In einigen Provinzen dürfen beide Formen der Sterbehilfe nicht nur durch ärztliches, sondern auch durch pflegerisches Fachpersonal durchgeführt werden. Gemäß einem Vorschlag zur Gesetzesänderung vom Februar 2020 sollen die MAID-Kriterien künftig zudem auf unheilbare Leidenszustände ausgeweitet werden, bei denen der natürliche Todeseintritt nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Für Menschen mit ausschließlich psychischem Leiden ist MAID derzeit noch unzugänglich, derzeit findet jedoch eine Überarbeitung der Regelungen statt. (Government of Canada 2022)

Die australische Provinz Victoria gestattet im Voluntary Assisted Dying Act von 2017 ihren seit mindestens 12 Monaten ansässigen volljährigen Bürger:innen, im Falle eines unheilbaren, fortschreitenden Leidens mit einer verbleibenden Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten ärztliche Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen. Falls eine selbständige Einnahme der tödlichen Medikation nicht möglich ist, darf in solchen Ausnahmefällen die Sterbehilfe auch in Form einer tödlichen Injektion erfolgen. (DRZE 2022a)

In Kolumbien war bereits im Jahr 1997 in Folge eines Verfassungsgerichtsurteils sowohl der ärztlich assistierte Suizid wie auch die Tötung auf Verlangen bei terminal Kranken entkriminalisiert worden. Eine entsprechende gesetzliche Regelung ist, wohl auch aufgrund des Widerstands der katholischen Kirche, vom Kongress bis heute nicht verabschiedet worden. 2014 wurden daher, ebenfalls vom kolumbianischen Verfassungsgericht, folgende Bedingungen für das Stattgeben eines Gesuchs um Euthanasie festgelegt: Die Betroffenen

müssen an einer terminalen Erkrankung leiden und die Wohlinformiertheit sowie Beständigkeit des Wunsches nach Euthanasie erkennbar sein. Die Umsetzung darf nur von ärztlicher Seite erfolgen. Seit 2017 ist in Kolumbien, als einzigem Staat neben Belgien, den Niederlanden (ab dem 12. Lebensjahr) und Luxemburg (ab dem 16. Lebensjahr), auch die Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen erlaubt. (Benavides 2018)

4. Ziel der Arbeit

4.1 Fragestellung

Durch die neue Rechtsprechung in Deutschland drängt sich einmal mehr die Frage auf, wie der Nachweis einer selbstbestimmten Entscheidung zum Suizid gelingen kann. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26.02.2020 betont, dass ein Abstellen auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit allein unzureichend ist, um einen selbstbestimmten Suizidentschluss zu attestieren. Ebenso fehle es üblicherweise an nachvollziehbaren Plausibilitäts Gesichtspunkten, wenn Suizidwünsche auf einen freien Willen zurückgeführt würden (BVerfG, U. v. 26.02.2020 – BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 249). Zwar ist der Terminus der Freiverantwortlichkeit in der juristischen Fachdiskussion zum Suizid im Zusammenhang mit der Verantwortlichkeit Dritter als hinreichende Bedingung zum Strafbarkeitsausschluss etabliert. Auch herrscht – zumindest in der Theorie – weitestgehend ein Konsens zu den hierfür erforderlichen Kriterien (vgl. BGH, U. v. 03.07.2019 - 5 StR 132/18, BGHSt 64, 121-135, Rn. 21; BGH, U.v. 03.07.2019 - 5 StR 393/18, BGHSt 64, 135-146, Rn. 17; Schroth 2018; Hillenkamp 2018; Hoven 2018; Spittler 2020). Bemerkenswerterweise spricht jedoch das Bundesverfassungsgericht in jenen Abschnitten seiner Urteilsbegründung, die relevant für das künftige Gewähren der Suizidbegleitung sind, nicht von den Voraussetzungen einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung. Vielmehr werden Begriffe wie freie bzw. autonome Selbstbestimmung, Willensfreiheit und autonom gebildeter Wille verwendet (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 232-241). Hierbei handelt es sich keineswegs um Kategorien des alltäglichen Sprachgebrauchs, sondern um anspruchsvolle philosophische Konzepte vor dem Hintergrund eines umfangreichen, jahrhundertealten Diskurses. Obschon eine straf- und verfassungsrechtliche Debatte sich auf die philosophischen Anforderungen an die Willensfreiheit nicht in Gänze einlassen kann⁵⁵

⁵⁵ so wird die vereinfachte juristische Konzeption der Willensfreiheit nach der vom Staatsrechtslehrer Eduard Kohlrausch 1910 geprägten Formulierung auch als „staatsnotwendige Fiktion“ bezeichnet, vgl. Stuckenberg (2008)

und auch die seitens der praktischen Philosophie vorgeschlagenen Konzepte zum selbstbestimmten Suizid⁵⁶ in der Realität an ihre Grenzen stoßen, zeigt sich damit zugleich: Die Frage, wie die grundrechtlich garantierte Freiheit zur selbstbestimmten Beendigung des eigenen Lebens auf einen verantwortungsvollen und autonomiewahrenden Umgang mit Suizidalität übertragen werden kann, ist längst nicht abschließend geklärt.

Eben jene auch vom Bundesverfassungsgericht (Rn. 249) angesprochene Diskrepanz zwischen dem theoretischen Konzept des freiverantwortlichen Suizids und seine fragwürdige Handhabung in der etablierten Praxis der Suizidbegleitung war auch Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit. Dabei sollte zunächst das anwendungsbezogene Konstrukt der Freiverantwortlichkeit auf seine philosophischen Grundlagen zurückgeführt und die jeweiligen Unterschiede deutlich gemacht werden. Gegenstand des theoretischen Teils dieser Arbeit war es somit festzustellen, ob (1.) ein einheitliches Konzept des freiverantwortlichen Suizids erarbeitet werden kann, inwiefern (2.) ein solches dem philosophisch geprägten Vorverständnis von personaler Selbstbestimmung standhält und (3.) welche Hürden bei seiner Überprüfung in der Praxis überwunden werden müssen.

Im Anschluss an die Frage, ob es aus theoretischer Sicht eine autonome Entscheidung zum Suizid geben kann und welche Kriterien sie in der Praxis erfüllen muss, wurde empirisch untersucht, inwieweit eine solche Konzeption vom Suizid sich in der subjektiven Wirklichkeit suizidaler Menschen wiederfinden lässt. Für diese Fragestellung wurde eine klinisch-ethische Studie mit Patient:innen nach einem Suizidversuch durchgeführt. Teile der Studie wurden im März 2022 in der Fachzeitschrift *Social Science and Medicine* vorveröffentlicht (Mroczynski & Kuhn 2022). Durch einen phänomenologischen Zugang zum individuellen Verständnis von Freiheit und Autonomie der Patient:innen hatte die empirische Untersuchung eine Weiterentwicklung bestehender Konzepte im Kontext von Suizidalität und Selbstbestimmung zum Ziel. Methodisch wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, der die subjektive Perspektive der Patient:innen betont. Die hierfür herangezogene narrativistische Methodologie biographischer Fallrekonstruktionen eignet sich besonders, um die Bedeutung der individuellen suizidalen Entwicklung hervorzuheben, die in den Kontext der

⁵⁶ so z.B. die im Folgenden dargestellten Konzepte zum rationalen Suizid von Margaret P. Battin und Dagmar Fenner

erzählten Lebensgeschichte eingeordnet wird.⁵⁷ Dadurch wird eine zusätzliche Informationsebene zu individuellen Wertvorstellungen und persönlichem Entscheidungsprozess suicidalen Patient:innen eröffnet.

Narrative Ansätze in der Bioethik gehen davon aus, dass Phänomene wie die Identität, das Selbstbild und das Wertgefüge einer Person nur über die Einbettung in deren individuelle Geschichte zugänglich sind, während die Untersuchung dieser Themenfelder anhand von festgelegten Kriterien oder eines vorgegebenen Fragenkataloges unvollständig bleibt. Der Begriff „Narrative Ethik“ als solcher lässt dabei zunächst einmal offen, ob er so viel wie „erzählende Ethik“ oder „Ethik des Erzählens“ bedeutet. Entsprechend umfasst das Gebiet eine Vielzahl von Auseinandersetzungen mit den unterschiedlichsten Formen des Erzählens und der Geschichte im Bereich von Moral, Ethik und Ästhetik (vgl. Joisten 2007; Haker 2007). Gleichwohl findet sich eine den verschiedenen Schulen gemeinsame Lehre, die sich auf die enge Beziehung von Erzählen und moralischer Reflexion beruft:

“[S]tories portray the way a culture’s values and an individual’s biography form the foundations for ethical choices within a narrative understanding of the virtuous and worthy life.” Trennt man narrative Elemente wie “meaning, character, and contingency from ethical thinking”, so verzerrt man jegliches Abbild moralischer Erfahrung: “[P]ractical reasoning is inseparable from the particularities of context unfolding over time.” (Montello 1997: 186f.)

Das für diese Arbeit entscheidende Verständnis der Narrativen Ethik verfolgt einen Ansatz, der narrative Elemente in die empirische Untersuchung bioethischer Fragestellungen zu integrieren versucht. Auf diese Weise lassen sich ethische Theorien und Konzepte, die zugunsten ihrer Universalisierbarkeit von der Wirklichkeit abstrahiert wurden, mit den subjektiven Perspektiven kontrastieren. So kann der Ansatz hochindividualisierten Wertvorstellungen, wie sie die Entscheidung zum Suizid ausmachen, gerecht werden und dadurch einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn ermöglichen.

4.2 Forschungsstand: Empirische Untersuchungen zum Thema

Das Forschungsinteresse empirischer Untersuchungen zur Thematik von Suizidalität und Autonomie bezieht sich vornehmlich auf Fragestellungen zum ärztlich assistierten Suizid.

⁵⁷ Bei diesem Ansatz wird die Selbstdarstellung der Erzählenden als Geschichte verstanden, der nicht nur durch explizite inhaltliche Angaben, sondern auch durch ihre formale Strukturierung subjektiv Sinn verliehen wird, s. hierzu ausführlich Teil B dieser Arbeit.

Dabei stammt die überwiegende Anzahl der verfügbaren empirischen Daten aus Umfragen zu Todeswünschen und Einstellungen zur ärztlichen Suizidbegleitung und Sterbehilfe. So haben mehrere solcher Untersuchungen ergeben, dass sich etwa eine:r von zehn terminal erkrankten Patient:innen mit der Frage nach dem sogenannten hastened death auseinandersetzt (Pestinger et al. 2015). Eine Befragung unter niederländischen Ärzt:innen besagt, dass nicht die Selbstbestimmung, sondern die Aussichtslosigkeit des Leidens als häufigster Grund für die Bitte um Sterbehilfe genannt wird (Schildmann & Vollmann 2006). Dies spiegelt auch eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS) wider: Ihr zufolge befürworteten 77% der teilnehmenden Bürger:innen eine Zulassung des ärztlich assistierten Suizids bei tödlicher Erkrankung und Lebenserwartung < 6 Monate, 48% von ihnen jedoch nur im Falle großer psychischer und physischer Schmerzen in dieser Phase (DGHS 2012). Dennoch stößt der ärztlich assistierte Suizid gerade im entsprechenden medizinischen Fachgebiet auf überwiegende Ablehnung unter der Ärzteschaft: Laut einer Umfrage innerhalb der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin aus dem Jahr 2002 sprachen sich 75% der Ärzt:innen gegen Suizidassistenz aus (Müller-Busch et al. 2004). Allerdings befürworteten in einer späteren Umfrage aus dem Jahr 2015 bereits 51% der Palliativmediziner:innen eine Zulassung des ärztlich assistierten Suizids unter strengen Auflagen. Unter Mitgliedern der Bundesärztekammer allgemein galt dies für 40,2% der Ärzt:innen, wobei 20,7% der Befragten in ihrem Berufsleben bereits um ÄAS gebeten worden waren (Schildmann & Vollmann 2017). Innerhalb der Onkolog:innen traf dies mit 43% für gut doppelt so viele der Befragten zu. 3% von ihnen gaben an, bereits Suizidassistenz im weiteren Sinne (z.B. durch Bereitstellen von Informationen) geleistet zu haben, davon allerdings nur 1% durch tatsächliche Rezeption einer tödlichen Medikation (Schildmann et al. 2015).

Mittlerweile liegen zudem einige Studien vor, die sich unmittelbar mit individuellen Motiven und Entwicklungsprozessen zum freiverantwortlichen Suizid befassen. Dass diese nicht sehr zahlreich sind, mag der Tatsache geschuldet sein, dass Patient:innenkollektive für repräsentative Studien hauptsächlich in Ländern mit legalisierter Suizid- bzw. Sterbehilfepraxis gefunden werden konnten. So wurde kurze Zeit nach der Einführung des Death with Dignity Act in Oregon im Jahr 1997 eine erste qualitative Erhebung von Ganzini et al. (2004) durchgeführt, die sich mit der Einschätzung von Ärzt:innen befasst, die von terminal erkrankten Patient:innen um die Verschreibung einer tödlichen Medikamentendosis gebeten worden waren. Dabei zeigte sich, dass vor allem Menschen, die sich durch ein hohes Maß an Unabhängigkeit auszeichnen, den Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid äußern. Sie

wurden von den Ärzt:innen als zielstrebig, willensstark und überzeugend beschrieben, zugleich aber auch als unflexibel, eigensinnig und verschlossen gegenüber alternativen Perspektiven und Möglichkeiten. Letzteres führte mitunter dazu, dass die Betroffenen die vorhandenen Angebote der Palliativmedizin nicht voll ausschöpften bzw. diese erst annehmen konnten, nachdem sie sich die Zusicherung eines ärztlich assistierten Suizid eingeholt hatten. So wurde das Bedürfnis nach Wahrung von Kontrolle – im Sinne einer allgemeinen Eigenschaft, aber auch Furcht vor künftigem Kontrollverlust – als ein bedeutsames Hauptmotiv für den Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid identifiziert. (Ganzini et al. 2004) Die Bedeutung von Abhängigkeit und Kontrolle wurden als wichtige Themenkomplexe auch in weiteren Studien beobachtet, so z.B. in retrospektiven Interviews mit Angehörigen von Menschen, die durch assistierten Suizid in der Schweiz verstarben (Gamondi et al. 2013).

Aus der Schweiz liegt eine weitere retrospektive, im Jahr 2009 veröffentlichte Studie vor, die sich nicht nur mit den Perspektiven der involvierten Ärzt:innen, sondern auch mit denen der Patient:innen auseinandersetzt. In der von Fischer et al. (2009) durchgeführten Studie wurden alle registrierten Fälle der im Zeitraum zwischen 2001 und 2004 in der Stadt Zürich mit Hilfe von Sterbehilfeorganisationen durchgeführten Suizide untersucht. Analysiert wurde zum einen die schriftliche Dokumentation seitens der beteiligten Ärzt:innen. Dort muss die Urteilsfähigkeit der Betroffenen attestiert und der medizinische Zustand, mit dem der assistierte Suizid gerechtfertigt wird, festgehalten werden. Solche medizinischen Stellungnahmen sind in der Schweiz im Zuge der Vorschriften zum Ablauf assistierter Suizide, die von den Behörden stets als nicht natürliche Todesfälle registriert und untersucht werden, verpflichtend. Zusätzlich wurden, sofern vorhanden, die optionalen schriftlichen Begründungen der Suizident:innen aus der Patientenakte untersucht und mit den Angaben der Ärzt:innen verglichen. Neben körperlichen Ursachen wurde eine soziale und psycho-existenzielle Ebene der Suizidmotive herausgearbeitet und statistisch ausgewertet. Hierbei fiel auf, dass die Ärzt:innen das Gesuch um Suizidassistenz überwiegend mit krankheitsbedingten körperlichen Zuständen begründeten, während in den entsprechenden Notizen ihrer Patient:innen signifikant häufiger zusätzliche Ursachen wie Würdeverlust, Schwäche, Aktivitätsverlust, Schlaflosigkeit und Konzentrationsstörungen sowie Lebensüberdruß genannt werden. Allerdings war bei beiden Gruppen Schmerz als häufigstes Motiv führend. (Fischer et al. 2009)

Auch aus Deutschland liegt eine retrospektive Untersuchung zu den Motiven assistierter Suizide vor. Die von Bruns et al. (2016a) durchgeführte Studie analysiert alle 118 im Zeitraum von 2010 und 2013 durch die Organisation Sterbehilfe Deutschland e.V. (STHD) veröffentlichten Fallberichten von Suizidbegleitungen im Hinblick auf die genannten zugrunde liegenden Diagnosen und Suizidmotive. Die Dokumentationen beruhen auf den durch die Sterbehelfer:innen präsuizidal durchgeführten Befragungen der Betroffenen. Darauf basierend konnten sechs Erkrankungskategorien und fünf Hauptmotivkategorien herausgearbeitet werden. Die Autor:innen kommen zu dem Ergebnis, „dass sowohl die Diagnosen als auch die Beweggründe von Menschen, die organisierte Suizidbeihilfe in Anspruch genommen haben, heterogener und weniger eindeutig sind, als mitunter suggeriert wird.“ (Bruns et al. 2016a) Besonders auffallend ist dabei, dass gerade nicht unerträgliches körperliches Leiden, sondern Motive wie fehlende Lebensperspektiven oder die Angst vor Pflegebedürftigkeit überwiegen. Demnach litten weniger als die Hälfte der Patient:innen an terminalen Tumorerkrankungen oder schweren neurologischen Erkrankungen. Bei über zehn Prozent der Patient:innen stand eine psychische Erkrankung im Vordergrund. Insofern konnte die überwiegende Relevanz des in der Debatte häufig als Kriterium und Bedingung für assistierte Suizide vorausgesetzten terminalen körperlichen Leidens nicht bestätigt werden. (Bruns et al. 2016a)

Eine qualitative Exploration des Todeswünschen zugrunde liegenden Leidens im unmittelbaren Kontakt mit den Betroffenen gelang in einer niederländischen Studie von Dees et al. (2011). Ziel der Untersuchung war es, das im Diskurs um den assistierten Suizid häufig erwähnte und in den Niederlanden als Kriterium seiner legalen Zulässigkeit erforderliche Phänomen des unerträglichen Leidens („unbearable suffering“) näher zu definieren. Hierfür wurden Gespräche mit 31 Patient:innen geführt, die explizit einen WTHD geäußert hatten. Es konnte gezeigt werden, dass sich das Verständnis von Leid aus der Perspektive der Patient:innen vor allem auf Schmerzen, physische und psychische Erschöpfung, körperlichen Verfall und Selbstverlust, Angst vor künftigem Leiden, Abhängigkeit und Autonomieverlust bezog. Eine weitere wichtige Rolle spielten häufig mangelnde soziale Teilhabe, Einsamkeit und das Gefühl, Anderen zur Last zu fallen, aber auch allgemeiner Sinnverlust und Lebensüberdruß. Unter den Antworten auf die Frage, was jenes Leid unerträglich mache, fand sich jedoch stets das Moment der Hoffnungslosigkeit: Es scheint demnach erst das Wissen um die durch einen progredienten Verlauf absehbare Zunahme o.g. Kriterien zu sein, die Leid als unerträglich erleben lässt. Wesentlich beeinflusst wurde dieses Empfinden auch von dem

Gefühl, nicht mehr diejenige Person zu sein, die man einmal war oder sein möchte. Das Phänomen unerträglichen Leides kann den Autor:innen zufolge also nicht allein durch die objektive gegenwärtige Last, sondern nur aus der individuellen Perspektive heraus unter Berücksichtigung vergangener Erfahrungen und Erwartungen an die Zukunft verstanden werden. (Dees et al. 2011)

Ebenfalls aus den Niederlanden liegen mehrere qualitative Studien von van Wijngaarden et al. zum Phänomen des „old age rational suicide“ vor. Besonders beleuchtet wurde hier das subjektive Erleben von betagten Menschen, die angesichts der mit dem Altern verbundenen Entfremdung vom eigenen Körper und ehemaligen Selbstbild erwägen, ihrem Leben einen selbstgewählten Endpunkt zu setzen. Dabei zeigte sich sowohl eine dynamische Veränderung solcher Wünsche über die Zeit als auch eine erhebliche Beeinflussung durch innere Spannungen, Ambivalenzen und äußere Umstände, die das Konzept eines nüchternen, rationalen Abwägungsprozesses durchaus in Frage stellen. (van Wijngaarden et al. 2016 a und b; van Wijngaarden et al 2021)

Erwähnt werden soll an dieser Stelle abschließend eine von Pestinger et al. (2015) veröffentlichte Untersuchung. Diese wurde auf Palliativstationen dreier deutscher Kliniken anhand von Gesprächen mit 12 Patient:innen durchgeführt, die dem Personal gegenüber den Wunsch nach medizinischer Lebensverkürzung geäußert hatten. Zielsetzung dieser Studie war es, der Motivation solcher Wünsche in Deutschland als einem Staat, in dem Suizidhilfe verboten ist,⁵⁸ nachzugehen und die Erwartungen der Patient:innen an das betreuende Personal zu ermitteln. Die Autor:innen kommen zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Äußerung der Bitte nach Lebensverkürzung um eine extreme Bewältigungsstrategie handelt, die oft weniger mit dem gegenwärtigen Zustand als mit antizipierten Bildern von Leiden und Siechtum im Sterbeprozess verbunden ist. Dabei wurde beobachtet, dass sich für die betreffenden Patient:innen WTHD und Palliativmedizin keinesfalls grundsätzlich gegenseitig ausschließen. Vielmehr stand das Bedürfnis im Vordergrund, vom medizinischen Personal gehört zu werden und den WTHD respektiert zu wissen, ohne dass zugleich dessen Erfüllung erwartet wurde. In Übereinstimmung mit diversen anderen Studien zum Forschungsgebiet fand sich

⁵⁸ zum Zeitpunkt der Durchführung besagter Studie war das Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe gem. § 217 StGB noch in Kraft

als weiteres Hauptthema das Bedürfnis nach Selbstbestimmung im Sinne der Wahrung von Kontrolle über jenen antizipierten körperlichen Verfall wieder. (Pestinger et al. 2015)

4.3 Überblick und Gang der Untersuchung

Im ersten Teil der Arbeit werden die verschiedenen Teilaspekte des freiverantwortlichen Suizids betrachtet, die den theoretischen Diskurs beeinflussen. Zunächst werden wesentliche Positionen zum Zusammenhang von Freiheit und Suizid betrachtet. Weiter wird die Frage nach der Möglichkeit einer rationalen Entscheidung zum Suizid untersucht. Schließlich werden die verschiedenen Aspekte von Autonomie und Suizidalität im Hinblick auf theoretische Konzepte und anwendungsbezogene Ansätze differenziert.

Schwerpunkt dieser Arbeit ist es jedoch – anders als in bislang zum Thema vorliegenden Beiträgen – den Reflexionen über die Möglichkeit eines selbstbestimmten Suizids nicht nur auf theoretischer Ebene, sondern auch im Gespräch mit suizidalen Patient:innen nachzugehen. Der empirische Teil der Arbeit hat zum Inhalt, den subjektiven emotional-kognitiven Entscheidungsprozess beim Entschluss zum Suizid nachzuvollziehen. Dieser wird dabei nicht nur im Hinblick auf zeitnahe Auslöser untersucht, sondern in den Kontext der Lebensgeschichte eingeordnet. So können abschließend die erarbeiteten theoretischen Konzepte mit der subjektiven Wirklichkeit suizidaler Menschen in Beziehung gesetzt werden. Gerade in Grenzbereichen wie der Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid trägt dieses Vorgehen dazu bei, die in hohem Maße individualisierte Bedeutung von Todeswünschen hervorzuheben.

B: Quellen und Methoden

1. Auswahl der Methode und erstrebter Erkenntnisgewinn

Die klinisch-ethische Studie „Suizidalität und Autonomie“ wurde nach einem zustimmenden Votum der Ethikkommission der Technischen Universität München im Zeitraum von Dezember 2012 bis Juli 2014 auf der Toxikologischen Überwachungsstation des Klinikums Rechts der Isar durchgeführt. Es fanden Gespräche mit insgesamt 12 Patient:innen (9 weiblich, 3 männlich) statt, die auf Tonband aufgenommen und anschließend wörtlich transkribiert wurden. Eine Patientin lehnte die Aufnahme des Gesprächs auf Tonband sowie den Abdruck des Gedächtnisprotokolls in der publizierten Fassung der Arbeit ab. Interviewpartnerin war in allen zwölf Gesprächen die Verfasserin der Dissertation. An insgesamt sechs der Gespräche nahm als zusätzlicher Interviewpartner jeweils ein Arzt (Psychiater und Medizinethiker bzw. Internist und Psychotherapeut) teil. Die Auswertung der Interviews erfolgte durch die Verfasserin dieser Dissertation. Als Interviewmethode wurde eine offene Form der Gesprächsführung gewählt, die es den Patient:innen erlaubte, ihre Entwicklung zum Suizidversuch so darzustellen, wie sie von ihnen selbst erlebt wurde. Es sollten Antworten auf die Fragen gefunden werden, welchen Sinn die Patient:innen in ihrem Leben und ihren Beziehungen sehen, innerhalb welcher Wertgefüge und Idealvorstellungen sie leben und wie die Entscheidung zum Suizid in ihnen wiederzufinden ist. Zugrunde liegt die Annahme, dass uns die Dinge, die im Leben für uns Bedeutung haben, oft nicht als greifbare Werte bewusst sind oder zumindest nicht als solche Anderen gegenüber artikuliert werden können (Childress 2002). Die gewählte narrative Interviewform überlässt es mit wenigen, offenen Fragen den Patient:innen selbst, wie sie ihre persönliche Lebensgeschichte darstellen möchten. Im Hintergrund steht eine Ethik, die einerseits dem Individuum eine Stimme verleihen will und andererseits davon ausgeht, dass die narrative Gestaltung der eigenen (Lebens-)geschichte Rückschlüsse auf die biographische Identität einer Person erlaubt. Darüber hinaus kann das Erzählen und Reflektieren der eigenen Geschichte für die Patient:innen eine Entlastung in der seelischen Krisensituation bedeuten und eine Veränderung des Verständnisses und Umgangs mit ihr bewirken. Die Ergebnisse der Studie sollen dadurch einen neuen Beitrag zur ethischen Diskussion leisten und helfen, individuelle Sterbewünsche besser beurteilen zu können.

2. Begründung der Methodenwahl für die Fragestellung der Arbeit unter Bezugnahme auf eine Narrative Ethik

2.1 Formen narrativ-ethischer Reflexion

Der Begriff der narrativen Ethik beinhaltet verschiedene Bereiche, Möglichkeiten und Ebenen ethischer Reflexion. So kann er zunächst einmal das Erzählen ethischer Konflikte wie auch ethischer Handlungsmodelle, also den „Vollzug der Reflexion auf moralische Phänomene und Normen“, bedeuten (Joisten 2007: 10). Weiter wird er zur Bezeichnung einer ethischen Analyse des Erzählten verwendet: Einerseits in kommentierender oder interpretierender Form zur Literaturanalyse, sozusagen als „Literatur-Ethik“ (Haker 2007: 259), andererseits aber auch zum Verständnis und zur Deutung von durch einzelne Personen erzählte Erfahrungen und Lebensgeschichten. Darüber hinaus kann das Erzählen gezielt als Medium im ethischen Diskurs genutzt werden, wie z.B. der Untermauerung des eigenen Standpunktes durch Fallgeschichten.⁵⁹ Darüber hinaus verstehen einige Vertreter:innen die narrative Ethik im Sinne einer „narrativen Dimension des Ethischen“, da diese „die primäre Zugangsweise zum handelnden Menschen darstellt“. Das bedeutet, dass der Mensch auch insofern nie unabhängig von Narrativität zu sehen ist, als man „im Handeln und Leben selbst bereits narrative Strukturen“ zu erkennen versuche (Joisten nach Mieth in Joisten 2007: 12). Die Annahme, dass das gute Leben im ästhetischen Sinne die Form einer Erzählung haben muss, geht unter anderem auf die Philosophie von Alasdair MacIntyre zurück. Eine Lebensgeschichte werde dann in sich konsistent gelebt, wenn ihre Erzählung eine Einheit ergibt.⁶⁰ In dieser Erzählung sei wiederum das „narrative Selbst“ und mit ihm die individuelle Bedeutung der Lebensgeschichte zu finden:

„When someone complains – as do some of those who attempt or commit suicide – that his or her life is meaningless, he or she is often or perhaps characteristically complaining that the narrative of their life has become unintelligible to them, that it lacks any

⁵⁹ wie z.B. der Film „Das Meer in mir“ (Haker 2007: 259)

⁶⁰ Ebenso wie sich MacIntyres Auffassung zufolge die kulturelle Entwicklung sowie die Traditionen und Normen einer Gesellschaft durch die von ihren Mitgliedern erzählten Geschichten erschließen lassen, sei das Leben und die Identität einer einzelnen Person nur im Kontext ihrer Geschichte in der Form einer Erzählung zu begreifen. Der Mensch als „story-telling animal“ könne sich die Frage danach, was er tun soll, nur unter Bezugnahme auf die Frage danach, als Teil welcher Geschichte er sich versteht, beantworten. Zum anderen erlaube es die Erzählung, die Lebensgeschichte eines Menschen als Ganzes, als Einheit, zu betrachten, was eine zwingende Voraussetzung für die Kenntnis von dessen moralischer Orientierung sei. (MacIntyre 1981: 191-203)

point, any movement towards a climax or a telos. Hence the point of doing any one thing rather than another as crucial junctures in their lives seems to such a person to have been lost.“ (MacIntyre 1981: 202)

Andere Ansätze gehen von einer Ausbildung unserer Fähigkeit, moralisch zu urteilen und zu handeln, anhand von Geschichten aus. Martha Nussbaum zufolge erlauben die beim Lesen von Romanen durchlebten moralischen Konflikte eine vollständigere Wahrnehmung der Vielschichtigkeit von ähnlichen Situationen in der Realität. Die Auseinandersetzung mit den Charakteren des Romans fördere unser Einfühlungsvermögen und erweitere unseren Horizont für komplexe Einzelheiten. Die beobachteten Szenarien könnten anschließend auf das eigene Leben übertragen werden (Nussbaum 1990: 162). Die Rolle des Romans bei der Ausbildung eines derartigen Wahrnehmungsvermögens ist für sie ausschlaggebend, da es nicht in diesem Maße durch das Studium abstrahierter philosophischer Fachliteratur erworben werden könne:

“Moral knowledge [...] is not simply intellectual grasp of propositions; it is not even simply intellectual grasp of particular facts; it is perception. It is seeing a complex, concrete reality in a highly lucid and richly responsive way; it is taking in what is there, with imagination and feeling.” (Nussbaum 1990: 152)

Es sind also die konkreten Einzelheiten, die ein ethisches Urteil erst vervollständigen. Erzählungen können in diesem Verständnis auch die Funktion von Mustern für ethisches Handeln einnehmen. Zwar geben solche ethischen Modelle keine Richtlinien oder eindeutigen Lösungsstrategien für moralische Konflikte vor. Denn es geht „hier nicht um Nachahmung und Befolgung des Guten, sondern um Nachfolge im Finden des Richtigen.“ Durch die Identifikation mit oder die Distanzierung vom erfassten Modell gelingt es einer solchen Ethik, „menschliche Haltungen zu ermöglichen“ und eine rein normative Ethik sinnvoll zu ergänzen. Sie ist „nicht vorschreibend, sondern anbietend“. (Mieth 1999: 113) Letztendlich kann sie so individuelle Besonderheiten besser erfassen, was ihr einen entscheidenden Vorteil für die praktische Anwendung verschafft: Dagegen scheitern abstrakte Prinzipien an dieser Aufgabe, „telling us what we cannot do, rather than as a sufficient condition, telling us what we must do in specific circumstances“ (Arras 1997: 74f.).

2.2 Narrative Ansätze in der Bioethik

Wie in einigen der bisher vorgestellten Ansätze deutlich wird, versteht sich das Feld der Narrativen Ethik mitunter als Gegenentwurf, zumindest aber als Ergänzung zu einer den

Einzelfall vernachlässigenden Moralphilosophie. Dies trifft im Besonderen für das Teilgebiet der Narrativen Bioethik zu, deren Entstehung sich zum großen Teil vor dem Hintergrund einer auf naturwissenschaftliche Fakten reduzierten modernen Medizin erklären lässt. So wird Medizinstudierenden in ihrer Ausbildung zwar vermittelt, wie wichtig sorgfältiges Zuhören für die klinische Diagnostik ist, nicht jedoch die erforderlichen literaturanalytischen Techniken und Fertigkeiten, um den Eigenwert der von den Patient:innen erzählten Geschichte zu erfassen (Childress 2002: 123ff.). Jedoch werden durch das Ausklammern von Beobachtungen, die nicht nach naturwissenschaftlich objektivierbaren Methoden replizierbar sind oder für die diagnostische Zuordnung der gegenwärtigen Symptomatik nicht relevant scheinen, bedeutende Aspekte von Krankheit und Kranksein übersehen (Charon 2002; vgl. Haker 2005; Frank 1997). Es ist allerdings nicht nur der entindividualisierte Betrieb des klinischen Alltags, der von den Vertreter:innen der Narrativen Bioethik kritisiert wird. Im Gegenteil gilt der Vorwurf ebenso der konventionellen Medizinethik, „die lange Zeit von einer Theoriebildung dominiert war, die wegen der Allgemeinheit ihrer Prinzipien und der vermeintlichen Neutralität ihrer Entscheidungsverfahren die individuellen Konflikte aus dem Blick zu verlieren drohte, zu deren Lösung die Bioethik doch eigentlich einen Beitrag leisten sollte“ (Lesch 2003: 185).

2.3 Die Notwendigkeit der Erzählung für ärztliches Handeln und klinisch-ethische Entscheidung

Worin besteht nun der Vorteil der Integration narrativer Ansätze in die bioethische Diskussion und das ärztliche Handeln? Schließlich ist das Erzählen keineswegs ein neues Gebiet der Medizin, besteht doch eines ihrer wichtigsten diagnostischen Werkzeuge, die Anamnese, aus der Erhebung Krankengeschichte. Doch die Narrative Bioethik fordert mehr als nur das Anhören der Patientengeschichte im Hinblick auf Informationen, die vorgegebene Kategorien und Symptomkomplexe bedienen, aber erst durch „objektive“ Methoden wie Laborwerte, bildgebende Verfahren oder Scoring-Systeme gesichert werden müssen. Im Zuge dessen wird auch der übliche klinische und therapeutische Umgang mit Suizidalität kritisiert, bei dem allzu häufig allein das Interesse an der aktuellen Risikoeinstufung im Vordergrund stehe. Dabei würden jedoch die wesentlichen Bedürfnisse suizidaler Menschen übergangen: “Most behavioural health care professionals believe that their duty to assess risks and provide safety for their patients is more important than their duty to explore the deep moral and existential implications of suicide and suicidal thoughts” (Martinez 2002: 137). Dagegen

ermögliche eine gemeinsame Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Geschichte suicidal Patient:innen für beide Seiten eine Differenzierung zwischen bloßen Suizidgedanken und tatsächlichen Plänen zu deren Verwirklichung. Diese narrative Herangehensweise fördere bereits im Verhältnis von Erzählen und Zuhören eine moralische Dimension im Sinne einer ethischen Haltung zutage. Als Methode schaffe sie zudem eine langfristige, persönliche Vertrauensbasis, die in therapeutischen wie in ethischen Konfliktsituationen als hilfreicher und zuverlässiger Handlungsmaßstab dienen kann (Martinez 2002: 134ff.). Narration in der medizinischen Ethik ist also essentiell für die Wahrnehmung des Individuums und darüber hinaus in methodischer Hinsicht strukturgebend für die Beziehung von Helfenden und Patient:innen. Sie ist geeignet, um den ethischen Gehalt von individuellen Entscheidungssituationen zu erheben und kann damit dem Verständnis emotional-kognitiver präsuizidaler Entwicklungsprozesse besser gerecht werden als ein Abfragen vorgegebener Kategorien. Dies entspricht auch dem Erkenntnisinteresse des im Rahmen der vorliegenden empirischen Studie angewandten narrativen Interviews: Das Erzählen eigenerlebter Erfahrungen hat, so Rosenthal (2002), gegenüber argumentativen Darstellungen den Vorteil, der Perspektive der Vergangenheit mehr zu entsprechen. Es ermöglicht damit „die Annäherung an eine ganzheitliche Reproduktion des damaligen Handlungsablaufs oder der damaligen Erlebnisgestalt. Argumentationen hingegen werden stärker aus der Gegenwartsperspektive und unter dem Gesichtspunkt ihrer sozialen Erwünschtheit formuliert“ (Rosenthal 2002:13).

2.4 Die Bedeutung des Narrativen für Identität und Autonomie

Die Narrative Ethik weist also der Erzählung der Patient:innen als individuellem Erleben von Krankheit und Krisensituationen mit ihrer biographischen Bedeutung einen Eigenwert zu. Doch Narrativität in der Medizin dient nicht nur einem besseren Verständnis seitens der Helfenden. Sie wird auch als Ausdrucksform der Betroffenen verstanden, denn sie ermöglicht die „Artikulation und reflexive Auseinandersetzung in Krisensituationen, die die Stabilität der Identität erschüttern und eine Neuorientierung erfordern“ (Haker 2007: 262). Dies kann eine Erleichterung und seelische Bewältigung im Sinne einer „Veränderung des Verständnisses der Krankheit selbst, des Selbstverständnisses sowie des Umgangs mit einer Krankheit“ bewirken (Haker 2007: 264). Die Gestaltung des eigenen Krankseins und Krisenerlebens in Form einer Geschichte kann aber auch als Verwandlung der emotionalen Belastung durch den Schicksalsschlag in eine kreative Erfahrung erlebt werden (vgl. Frank 1997). Darüber hinaus wird sie im Sinne eines Zusammenschließens einer Gemeinschaft von Kranken gegen eine von der Medizin auferlegte Rollenzuweisung des passiven Opfers als

Ausdruck der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung verstanden (vgl. Frank 1995). Mit anderen Worten: Narrative können von ihren Protagonist:innen mitgestaltet und umgeschrieben werden, und zwar sowohl im Sinne einer Neubewertung für die Betroffenen selbst, als auch im Sinne einer Deutungshoheit über die eigene Geschichte. Sie stellen damit gewissermaßen zugleich Einforderung und Ausdruck von Autonomie dar. So hat auch die im Rahmen dieser Studie vorgestellte Methode des narrativen Interviews zum zentralen Anliegen, den Perspektiven und Selbstdeutungen der Patient:innen größtmöglichen Raum zu geben (vgl. Rosenthal 2015: 163). Durch die „Dynamik des Erzählstroms“ werden Erinnerungsprozesse in Gang gesetzt, die eine „Reorganisation der bisherigen, meist latenten biographischen Gesamtsicht“ ermöglichen (Rosenthal 2002: 14). So können beispielsweise traumatische, verdrängte Erfahrungen „im Sinne der Reflexion ihrer Bedeutung für die eigene Lebensgeschichte“ durch die „autonome Gestaltung der gesamten Lebenserzählung“ wieder in diese integriert und dadurch ein „Gefühl von Kontinuität“ zurückgewonnen werden (Rosenthal 2002: 15).

Mitunter kritisch werden innerhalb der Narrativen (Bio-)ethik hingegen Erzähltechniken im Sinne von Fallstudien bewertet. Diese stellen ein häufiges Instrument bioethischer Diskussionen und klinisch-ethischer Weiterbildung dar. So würden die betroffenen Kranken im medizinischen „case report“ auf ihren physischen Zustand reduziert (Hunsaker Hawkins 1993). In ähnlicher Weise bleibe auch in ethischen Analysen das Vorgehen auf den Blickwinkel der professionellen Seite beschränkt: „In the commentary on the case, which is where the ethical analysis takes place, the commentator typically acts as a judge, applying lawlike principles deduced from one or several of the standing moral theories to the situation described in the case“ (Lindemann Nelson 2002: 40). Der lebensgeschichtliche Kontext der Betroffenen werde dabei nicht weiter berücksichtigt. Ein narrativer Zugang hingegen könne dies gewährleisten, indem er den Entwicklungsprozess der Konfliktsituation, ihre Ursprünge und ihre möglichen Folgen mit in seine Betrachtungen einbezieht (Lindemann Nelson 2002: 39).

Darüber hinaus äußern einige Autor:innen Bedenken, dass eine interessengeleitete Konstruktion der Fallbeispiele den Diskurs manipulativ beeinflussen könnte (Haker 2007; Brody 1997). In diesem Kontext ist auch der Einsatz von Geschichten zu Einzelschicksalen in der Debatte um den freiverantwortlichen Suizid zu erwähnen. Eine Beschreibung individueller Leidenswege wird hier häufig dazu eingesetzt, um die Unumgänglichkeit der Entscheidung

zum Suizid zu betonen. Die Geschichte wird auf eine rationale Bewertung der Umstände reduziert und auf Kriterien zugeschnitten, die nur zu einer alternativlosen Negation des Weiterlebens führen konnten. Dabei werden jedoch wesentliche Aspekte des menschlichen Lebens ausgeblendet. Häufig wird der aktuelle Zustand dem „früheren“ Leben und der „eigentlichen“ Persönlichkeit gegenübergestellt, ohne den kontinuierlichen Prozess, der zur Verzweiflung führte und der das Leben ausmacht, zu berücksichtigen. Die in der vorliegenden empirischen Studie vorgestellte Methode hat hingegen zum Ziel, eben jenen Prozess zu betrachten und nicht nur die Suizidentscheidung selbst, sondern auch und vor allem die Entwicklung dorthin zu begreifen. Im Rahmen einer Gegenüberstellung der gegenwärtigen Selbstpräsentation mit dem subjektiven Erleben in der Vergangenheit soll gerade dieser Entscheidungsprozess rekonstruiert und erarbeitet werden, welche Handlungsalternativen es aus subjektiver und objektiver Perspektive gab und weshalb die Patient:innen sie nicht wahrnehmen konnten oder wollten.

2.5 Narrativität und lebensgeschichtlicher Kontext

Dies führt schließlich zum Verhältnis der Lebensgeschichte und ihrem Narrativ. Die Notwendigkeit, die Geschichte der Patient:innen eingebunden in ihren zeitlichen Kontext zu verstehen, kommt zu kurz, wenn bioethische Überlegungen nur auf das aktuelle klinische Setting fokussiert werden (Zoloth & Charon 2002), denn: „understanding how we got ,here‘ is crucial to the determination of where we might be able to go from here, and this is where narrative is indispensable.“ (Lindemann Nelson 2002: 39). Für eine angemessene Lösung ist es also unabdingbar, dass nicht nur querschnittartig die Umstände der gegenwärtigen Situation beleuchtet werden. Für Rita Charon kann allein die narrative Darstellung der Lebensgeschichte zeigen, wer eine Person wirklich ist:

„We learn who we are backwards and forwards, early memories taking on sense only in the light of far later occurrences and contemporary situations interpretable only in the web of time. [...] The events of medicine and bioethics must be captured in narrative order to be beheld in their organic, timeful whole. [...] What bioethics may gain by its current turn toward narrative knowledge and practice is a robust means of being accountable to time, answerable to its power, and cognizant of its hand.“ (Charon 2002: 63f.)

Allerdings wirft eine Fokussierung auf die von den Patient:innen selbst erzählten Geschichten auch Kontroversen um die Authentizität von autobiographischen Darstellungen auf: „[A]utobiographies are both epistemically and morally suspect“, wie John Hardwig (1997:

53) zu bedenken gibt, worüber die patient:innenzentrierte Bioethik bisher hinweggesehen habe. Denn mit hoher Wahrscheinlichkeit verzerrten Fehleinschätzungen seitens der Patient:innen bezüglich ihres Lebens und ihrer selbst die erzählte Darstellung. Dazu zähle auch Selbsttäuschung: Tatsachen, die die Erzählenden sich selbst nicht eingestehen möchten, werden sie auch nicht in ihrer Lebensgeschichte erwähnen (Hardwig 1997: 54). Die Strukturierung der eigenen Erfahrung in Form einer Geschichte interpretiert, selektiert, betont und ordnet Ereignisse anders an, weshalb eine Erfahrung durch ihre autobiographische Schilderung zwangsläufig verändert werde: „The past, then, is not simply recorded in the autobiographical act but given a structure, a coherence, a meaning. Thus the process of autobiographical recollection is part self-discovery and part self-creation” (Hunsaker Hawkins 1993: 15). Damit ist das Erzählen vom eigenen Kranksein “both less and more than the actual experience” (Hunsaker Hawkins 1993: 14).

Die Verzerrungen der Wirklichkeit kann man also auch als Modifikation der Vergangenheit in Abhängigkeit von den jeweiligen Umständen sehen, insofern als die Interpretation der eigenen Geschichte durch die Erzählenden immer von deren gegenwärtiger Situation beeinflusst wird. Auch Arthur Franks Auffassung zufolge muss die Artikulation einer Erfahrung in Form einer Geschichte nicht zwangsläufig aus einer wirklichkeitsgetreuen Abbildung der tatsächlichen Ereignisse bestehen. Vielmehr kann gerade deren veränderte Darstellung bezeugen, was sie für die betreffende Person und ihr Leben für eine Bedeutung haben:

“The stories we tell about our lives are not necessarily those lives as they were lived, but these stories become our experience of those lives. A published narrative of an illness is not the illness itself, but it can become the experience of the illness. The social scientific notion of reliability – getting the same answer to the same question at different times – does not fit here. Life moves on, stories change with that movement, and experience changes. Stories are true to the flux of experience, and the story affects the direction of that flux.” (Frank 1995: 22).

Angesichts der Hinweise, die das Erzählen des eigenen Lebens uns über dessen Bedeutung für die jeweilige Person gibt, gesteht auch Hardwig zu: „Right or wrong, honest or distorted, an autobiography is, after all, the way I see my life; it expresses the meaning my life has for me. And that is what is important for stories and for medical treatment decisions.” (Hardwig 1997: 56). Dies verbindet nun den theoretischen Hintergrund der narrativen Ethik mit dem Ansatzpunkt des im Folgenden dargestellten Forschungsanliegens, mittels narrativer Methoden der individuellen biographischen Bedeutung von Suizidentscheidungen nachzugehen.

3. Die Rekonstruktion der präsuizidalen Entwicklung anhand von narrativ-biographischen Interviews

Die für die vorliegende Studie verwendete Technik der Interviewerhebung und -auswertung orientiert sich am sogenannten „narrativen Interview.“ Diese Methode der interpretativen Sozialforschung geht auf die Arbeiten des Soziologen Fritz Schütze in den 70er und 80er Jahren zurück und hat die Zielsetzung, „Sinnkonstruktionen und Handlungen aus der Perspektive der handelnden und erleidenden Individuen zu erfassen und einer Analyse zugänglich zu machen“ (Jakob 1997: 445). Wie auch in den Ansätzen der Narrativen Ethik geht man hier davon aus, dass die Erzählenden im Rahmen einer autobiographischen Darstellung selbst eine Logik bzw. Sinnggebung innerhalb der eigenen Geschichte, ähnlich einer „Moral der Geschichte“, herstellen (Jakob 1997: 449). Im Gegensatz zu einem Interview mit vorgefertigten, abzuarbeitenden Fragen oder einem alltäglichen Gespräch mit weitgehend gleich verteilten Redeanteilen beschränkt sich die Rolle der Interviewenden optimalerweise auf die des:der Zuhörenden. Durch das Signalisieren von Interesse für die Geschichte sollen wiederum sogenannte „Zugzwänge des Erzählens“ generiert werden: Anstatt lediglich auf konkrete Zwischenfragen oder Einwände zu reagieren, werde die Erzählenden zum weiteren Ausführen und Erklären angeregt. Dadurch sorgen sie zwangsläufig dafür, das Dargestellte durch entsprechende Erläuterungen in sich konsistent und überzeugend für die Interviewenden zu gestalten (Jakob 1997: 450). Zu Beginn der Interviews steht eine möglichst offene Erzählaufforderung, die auf eine hypothesengeleitete Steuerung der durch sie generierten Erzählung verzichtet. Damit sollen zunächst die alltagsweltlichen Konstruktionen der Erzählenden in den Vordergrund gestellt werden. Auf diese Haupterzählung folgt ein sogenannter interner Frageteil: Unter Bezugnahme auf das Erzählte soll anhand von offenen Nachfragen das Erläutern von unklaren Abschnitten, Widersprüchen und Brüchen im Lebenslauf, möglichst im Sinne einer Fortführung der Erzählung, erreicht werden. Im Anschluss können schließlich in einem externen Frageteil noch einzelne darüberhinausgehende Fragen zum Forschungsinteresse gestellt werden. Das narrative Interview wird beispielsweise zur Untersuchung von Fragestellungen angewandt, die sich auf eine gemeinsame Geschichte der befragten Personengruppe (z.B. die Reaktion auf bestimmte Veränderungen) oder auf das Erleben zeitgeschichtlicher Ereignisse im größeren Kontext beziehen. Dabei

kann die initiale Erzählaufforderung auf einen zeitlichen Anfangspunkt oder auf bestimmte Themenbereiche eingeschränkt werden (vgl. Rosenthal 2015: 163-179).

Eine methodische Weiterentwicklung des narrativen Interviews stellt das sogenannte narrativ-biographische Interview dar. Hier ermöglicht eine noch offener gehaltene Erzählaufforderung, einzelne Lebensbereiche oder -phasen in ihrer Entwicklung zu verstehen und in ihren gesamtbiographischen Kontext einzuordnen. Die auf dieser Grundlage von Gabriele Rosenthal entwickelten Techniken der narrativistischen Methodologie biographischer Fallrekonstruktionen waren Grundlage für das Gesprächskonzept der vorliegenden empirischen Studie und die spätere Auswertung der Interviews (Rosenthal & Fischer-Rosenthal 2013; Rosenthal 2015).

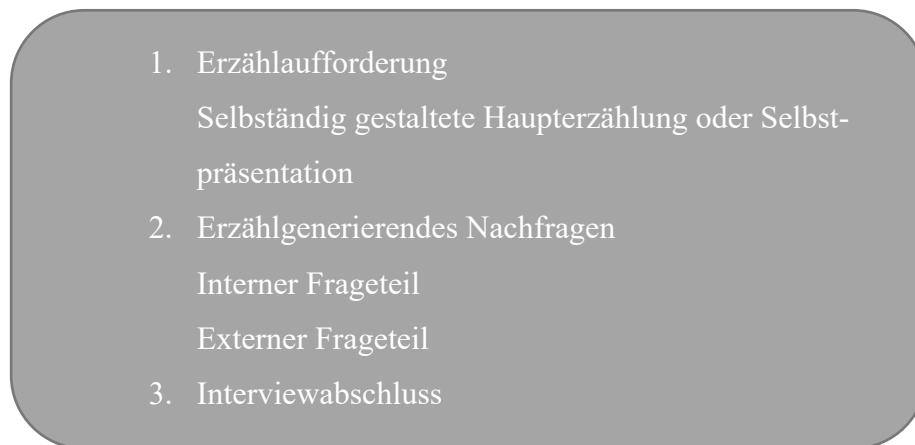


Abbildung 1: Ablauf des narrativen Interviews nach Rosenthal (2015: 170)

3.1 Vorbereitung und Durchführung der Gespräche

Vor Entwicklung der eigentlichen Vorgehensweise wurde eine Fragensammlung entworfen, die sich zunächst an wesentlichen, konkreten Punkten des Forschungsinteresses orientierte und aus dem zuvor bearbeiteten theoretisch-philosophischen Hintergrund hergeleitet wurde. Im Laufe der Vorbereitungsphase wurde dieser Katalog dann deutlich gekürzt und insofern modifiziert, als er dem Lebenshintergrund und der aktuellen Situation der Patient:innen stärker Rechnung tragen sollte. Eine wesentliche Rolle spielte hierbei die Tatsache, dass weder ein entsprechender Bildungsgrad noch eine vorangegangene intellektuelle Auseinandersetzung mit theoretischen Fragen zum Suizid vorausgesetzt werden konnten. Anschließend wurden einzelne Themenkomplexe zusammengefasst, die dann wiederum auf die Struktur des narrativen Interviews angepasst wurden: Hinsichtlich einiger Fragestellungen wurde von einem regelhaften Vorkommen im Rahmen der dargestellten suizidalen Entwicklung

ausgegangen, diese wurden daher dem internen Frageteil zugeordnet. Hierzu zählen Themenbereiche wie Beziehungsaspekte, unmittelbare Suizidmotive, Einfluss von Emotionalität und Verzweiflung sowie die Stellungnahme zur Rettung bzw. zum Überleben. Fragen, die sich auf die Eigeneinschätzung von Freiheit und Eigenverantwortlichkeit beim Suizidentschluss beziehen oder der Positionierung zum ärztlich assistierten Suizid nähern, sollten je nach vorangegangenem Gesprächsverlauf im externen Frageteil gestellt werden. Dabei handelt es sich optimalerweise nicht um geschlossene, konkrete Fragen.⁶¹ Vielmehr sollten bestimmte Themenkomplexe im Sinne eines "roten Fadens" als Hintergrundwissen von den Interviewenden berücksichtigt werden und je nach Gesprächsverlauf, möglichst unter Bezugnahme auf die erzählte Geschichte, einfließen. Das auf dieser „Fragensammlung“ basierende Gesprächskonzept, welches schließlich Ausgangspunkt für die durchgeführten Interviews war, findet sich im Anhang (S. 344).

3.2 Auswertung der Interviews

3.2.1 Die narrativistische Methodik biographischer Fallrekonstruktionen nach Gabriele Rosenthal

Die oben aufgeführten Themenkomplexe waren schließlich ebenfalls strukturgebend für die Analyse der Interviews. Als Ausgangspunkt dienten die Auswertungstechniken der biographischen Fallrekonstruktionen nach Gabriele Rosenthal.⁶² Dabei werden die Perspektive der Erzählenden in der Gegenwart und das Erleben der Handelnden in der Vergangenheit in analytisch getrennten Auswertungsschritten rekonstruiert. Dies beinhaltet einmal das Erschließen der Bedeutung der einzelnen Abschnitte für den Gesamtkontext der Narration. Hinzu kommt die sogenannte Feinanalyse der „zeitliche(n) Struktur sowohl von *erzählter* als auch von *erlebter* Lebensgeschichte“ (Rosenthal 2015: 202), um letztlich „die Genese der erlebten Lebensgeschichte zu klären und bei der Analyse der biographischen Selbstpräsentation die Genese der Darstellung in der Gegenwart zu entschlüsseln, die in ihren thematischen und temporalen Verknüpfungen prinzipiell von der Chronologie der Erlebnisse differiert“ (Rosenthal 2015: 203). Als methodisches Mittel dient im Besonderen die sogenannte sequenzielle Analyse der einzelnen Textstellen, bei der das Interview nach formalen

⁶¹ Zugrunde liegt die Annahme, dass durch direkte Fragen zum einen die Perspektive der Erzählenden unvollständig abgebildet wird, und zum anderen bei bestimmten Themen aus Gründen wie sozialer Erwünschtheit, Scham- oder Schuldgefühlen eher ausweichend geantwortet wird (vgl. Küsters 2009: 21).

⁶² Zur detaillierten Ausführung des Folgenden s. Rosenthal & Fischer-Rosenthal (2013: 461 ff.) sowie Rosenthal (2015: 202-229)

Kriterien wie Wechsel der Textsorte bzw. der Sprechenden oder inhaltlichen Sinnabschnitten zunächst in Segmente unterteilt wird. Diese werden im Anschluss hinsichtlich Struktur, Darstellungsweise und Inhalt des Erzählten analysiert. Daraus können sich Hinweise zum „expliziten“ wie auch zum „möglichen, aber verhinderten Geschehen“ ergeben (Rosenthal 2015: 76). Die Sequenzen werden dabei auch hinsichtlich ihrer „latenten Sinnebene“, beispielsweise Beziehungsmuster oder unterbewusste Schuldgefühle, sowie auf parasprachliche Auffälligkeiten wie Pausen oder Abbrüche im Redefluss untersucht (Rosenthal & Fischer-Rosenthal 2013: 467; Rosenthal 2015: 224).

Am Beginn steht die Analyse aller vorhandenen biographischen Daten bzw. Ereignisse, wie sie aus der Erzählung extrahiert oder aber aus davon unabhängigen Quellen der Lebens- und ggf. auch der Zeitgeschichte verwertet werden können. Daraufhin werden diese in den entsprechenden möglichen Kontext eingeordnet und „die Handlungsprobleme, die daraus resultierten, sowie die Alternativen, die [...] in der Situation zur Verfügung standen, [...] gedankenexperimentell entworfen.“ (Rosenthal 2015: 205) Es wird also gefragt, welche Handlungsoptionen den Erzählenden offenstanden und daraufhin Hypothesen über die davon ausgehenden verschiedenen potentiellen Verläufe der Biographie konstruiert. Diese können in einem späteren Schritt den Selbstdeutungen und -erklärungen der Erzählenden gegenübergestellt werden.

Anschließend folgt die Rekonstruktion der Lebenserzählung.⁶³ In diesem Schritt wird die Rolle einzelner Erzählsequenzen im Kontext der gesamten Narration bzw. Selbstpräsentation behandelt und aus der Tatsache, warum eine Episode an einer bestimmten Stelle aufgeführt wird, auf deren lebensgeschichtliche Relevanz rückgeschlossen. Es wird hier „nicht nach dem Erleben zum Zeitpunkt eines Ereignisses gefragt“, sondern danach, weshalb sich ein Biograph oder eine Biographin – ob nun bewusst intendiert oder latent gesteuert – so und nicht anders darstellt“ (Rosenthal 2015: 213). Dabei wird der Blick auch darauf gerichtet, zu welchen anderen Themenkomplexen die behandelte Sequenz in Beziehung steht und welche Bedeutung z.B. dem Inhalt der Eröffnungssequenz zukommt. Ferner wird betrachtet, weshalb bestimmte Lebensphasen hervorgehoben oder ausführlicher dargestellt werden als

⁶³ Bei Rosenthal wird dieser Punkt im Rahmen des Analyseschrittes "Text- und thematische Feldanalyse" unter Bezugnahme auf die Arbeiten von Fritz Schütze (1983) und Wolfram Fischer (1982) behandelt.

andere, welche Bereiche erst im Nachfrageteil zur Sprache kommen oder sogar vollständig ausgespart bleiben (Rosenthal 2015: 214-218).

Im darauffolgenden Schritt wendet man sich schließlich von der Rekonstruktion der erzählten der erlebten Lebensgeschichte zu. Die Gewichtung liegt somit wieder primär auf dem subjektiven Erleben in der Vergangenheit mit der daraus resultierenden Bedeutung der entsprechenden Ereignisse für die Biographie und deren Verlauf (Rosenthal 2015: 219). Es können nun vergleichend die „im ersten Analyseschritt aufgestellten Hypothesen [...] anhand der Analyse des Interviewtextes falsifiziert oder belegt oder [...] weitere und neue Lesarten gewonnen“ werden (Rosenthal 2015: 220).

Zuletzt gilt es, die aus den bisherigen Schritten gewonnenen Erkenntnisse über das Erleben in der Vergangenheit und die Selbstpräsentation in der Gegenwart kontrastierend einander gegenüber zu stellen: Hierdurch sollen „mögliche Erklärungen für die Differenzen zwischen diesen beiden Ebenen“ erarbeitet werden, „um den damit verbundenen Unterschied in der Temporalität und den thematischen Relevanzen von erzählter und erlebter Lebensgeschichte“ zu erschließen (Rosenthal 2015: 224f.). Aus diesem Vergleich resultiert schließlich die sogenannte „Typenbildung“: Dies bedeutet die Einteilung der Fallgeschichten im Sinne bestimmter Darstellungsweisen der eigenen Biographie bzw. der Haltung zu ihr aus der individuellen Entwicklung heraus. Auch können von diesen Ergebnissen ausgehend ggf. Rückschlüsse auf Merkmale einer Generation oder sozialen Gruppe gezogen werden. (Rosenthal 2015: 225-227) Ein Schema zur Erläuterung der Auswertungsschritte nach Rosenthal (2013; 2015) findet sich im Anhang (S. 344).

3.2.2 Modifikation der Methodik biographischer Fallkonstruktionen nach Rosenthal zur Analyse präsuizidaler Entscheidungsprozesse

Nun weicht das Schema unserer Auswertungen durch die Tatsache, dass eine streng narrative Interviewführung im Rahmen des Studiensettings nicht immer eingehalten werden konnte, in verschiedenen Punkten von diesem Analyseschema ab. So ist bereits die Beschränkung der Eingangsfrage auf die Entwicklung der Suizidentscheidung je nach individueller Situation unter Umständen mit einer sehr kurzen Einstiegsnarration verbunden. Beispielsweise werden Patient:innen, die ihren Suizidversuch im Rahmen zeitlich begrenzter, vorübergehender Umstände deuten, erst auf Nachfragen Zusammenhänge zu ihrer langfristigen Biographie herstellen. Darüber hinaus sind teilweise aufgrund einer anhaltenden

Krisensituation und mitunter fortbestehender akuter Suizidalität häufigere spiegelnde oder intervenierende Nachfragen zum Aufzeigen positiver Perspektiven im Sinne einer therapeutischen Beziehung erforderlich.⁶⁴ Dadurch entwickeln sich bei einigen Gesprächen mitunter Diskussionsanteile, die zwar eine Abweichung von den erzählgenerierenden Techniken darstellen, dafür aber dem dialogischen Moment eines Abwägungsprozesses näherkommen. Wenngleich das Hauptanliegen narrativer Methoden in der Bioethik darin besteht, den Patient:innen eine Stimme zu verleihen, kann die widerspruchslöse Hinnahme einer monologischen Selbstnegation von suizidalen Menschen als Zustimmung gewertet werden und ist damit in einer akuten suizidalen Krise ethisch problematisch. Es muss daher stets zwischen dem Erkenntnisinteresse der Wissenschaftler:innen und ihrer therapeutischen Mitverantwortung als Zuhörende vermittelt werden. Sowohl das Schema der streng narrativen Interviewführung als auch die biographische Fallrekonstruktion nach Gabriele Rosenthals Modell sind also nicht konkrete Vorlage, sondern lediglich methodologischer Ausgangspunkt für ein eigenes Gesprächskonzept und Analyseschema. Diese wurden modifiziert, um auf unser Forschungsziel angewandt werden zu können. Das nach Rosenthal (2015) modifizierte Auswertungsschema findet sich im Kapitel 5.1, Abb. 2 (S. 172).

3.2.2.1 Analyse der biographischen Daten

Eine weitere Abwandlung ergibt sich daraus, dass wir nicht von allen Patient:innen das Einverständnis erhielten, die Krankenakte einzusehen, was sich auf die Analyse der biographischen Daten („Ereignisdaten“) auswirkte. Mithin waren die Informationen aus externen Quellen im Wesentlichen beschränkt auf Daten über vergangene Suizidversuche und ggf. vorhandene psychiatrische Diagnosen. Letztere sollten jedoch explizit nicht in den Vordergrund der Studie gerückt werden. Als Ereignisdaten wurden daher ähnlich eines „Lebenslaufs“ Informationen zu Kindheit, Familie, Ausbildung und zentralen Lebensphasen verwertet. Auch gestaltete es sich angesichts der vergleichsweise kurzen Interviews von etwa vierzig bis sechzig Minuten⁶⁵ und der geringen Fallzahl schwierig, bei der Analyse unser Vorwissen über den Fortgang der Geschichte auszuklammern. Aus diesem Grund beschränkten

⁶⁴ auch Gabriele Rosenthal empfiehlt ein Abweichen von einer streng narrativen Interviewgestaltung im Rahmen von Gesprächsphasen mit der Reaktivierung belastender Erinnerungen. Gesprächstechniken des aktiven Zuhörens im Sinne von Trösten, Signalisieren von Verständnis oder die Artikulation von durch die Erzählenden schwer zu verbalisierenden Gefühlen seitens der Interviewenden können also durchaus Bestandteil eines narrativen Interviews sein. (Rosenthal 2015: 177)

⁶⁵ eine längere Interviewdauer war aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Suizidversuch nicht vertretbar und konnte auch organisatorisch auf der geschlossenen Überwachungsstation nicht gewährleistet werden

wir uns bei der Konstruktion von Hypothesen – die ja im Rahmen der sequenziellen Analyse von maßgeblicher Bedeutung ist – auf entscheidende Wendepunkte im Lebenslauf, um den Selbstdeutungen der Patient:innen ausreichend Raum zu lassen. Dies ist im Gegensatz zu einem sozialwissenschaftlichen Projekt dem primär narrativ-ethischen Hintergrund der Studie geschuldet, der gerade die Selbstdeutungen der Patient:innen als Ausdruck von Autonomie versteht und in den Vordergrund zu rücken versucht. Im Zuge dessen wurde es den Erzählenden überlassen, inwieweit sie den gesamtbiographischen Kontext ihrer Geschichte offenbaren wollten. Dies stellt jedoch keineswegs eine methodisch unzulässige Abweichung von den Regeln der narrativ-biographischen Interviewführung dar: So empfiehlt auch Rosenthal für Gespräche in akuten Krisensituationen, eine Fokussierung auf die gegenwärtigen Belastungen zuzulassen und nicht auf das erkenntnistheoretische Interesse an einer möglichst vollständigen Erhebung der Lebensgeschichte zu insistieren (Rosenthal 2002).

3.2.2.2 Analyse der Selbstpräsentation

Nach Zusammenstellung der wesentlichen biographischen Daten sowie zentraler Lebensphasen und -ereignisse folgt wie beim Schema von Rosenthal (2015) ein stichwortartiger Überblick zum Aufbau der Narration. Hier lässt sich manchmal bereits ein grober Handlungsstrang bzw. eine Strukturierung der erzählten Geschichte erkennen. Bei den Gesprächen mit geringem Anteil an längeren narrativen Passagen kann nur eine grobe Untergliederung des Aufbaus vorgenommen werden. Das Interview bzw. einzelne Abschnitte werden nun nach thematischen Schwerpunkten geordnet einer formalen Analyse unterzogen. In diesem Schritt können bereits wesentliche Themenkomplexe extrahiert werden. Das Interesse richtet sich neben der dargestellten inhaltlichen Anordnung und zeitlichen Reihenfolge der Ereignisse darauf, welche Themengebiete sich häufig wiederholen und ob in chronologischer Weise oder mit zeitlichen Sprüngen erzählt wird. Die Tatsache, mit welchem Thema die Erzählung begonnen wird, kann bereits Hinweise darauf geben, wie die Patient:innen verstanden werden möchten und ob sie bereits eine eigene Erklärung entwickelt haben. Was ist also das erste, was ihnen einfällt, wenn sie gefragt werden, wie es zum Suizidversuch kam? Dies kann bereits wichtige Hinweise auf die subjektiv relevanten Beweggründe und damit die Selbstdeutung geben. Müssen wir häufig zum Weitererzählen anleiten, haben sie dagegen eine solche Selbstdeutung möglicherweise entweder noch nicht entwickelt oder wollen diese für sich behalten. Haben die Patient:innen einen Erzählstrang, den sie verfolgen möchten und auf den sie auch nach Unterbrechungen bzw. Nachfragen von unserer Seite zurückkommen? Daraus können Rückschlüsse auf eine Botschaft gezogen werden, die sie

uns mitteilen möchten. Wurden bereits kausale Zusammenhänge für die eigene suizidale Entwicklung erarbeitet, weist dies eher auf eine vorangegangene abwägende, wertende Auseinandersetzung hin als die Vermittlung von Ratlosigkeit, wie es dazu kommen konnte. Auch können anhand der Reaktion der Patient:innen auf Interventionen von unserer Seite und der Tatsache, ob die Entscheidung zum Suizid auf rhetorische Weise argumentativ verteidigt wird, Rückschlüsse auf eine Identifikation mit derselben gezogen werden. Erfolgt die Darstellung in emotionaler oder sachlicher, distanzierter Weise? Was löst das Erzählen der eigenen Geschichte aus? Mit diesen Fragen können wir uns der Aktualität der Entscheidung und der Frage nach einer fortbestehenden Krisensituation annähern. Dazu zählt auch, welchen quantitativen Raum Todeswünsche und die Darstellung des Suizidversuchs im Interview einnehmen. Werden sie nur am Rande erwähnt oder tauchen sie an mehreren Stellen auf? Weit zurückreichende, sich über einen längeren Zeitraum erstreckende Todeswünsche werden eher für einen kontinuierlichen, abwägenden Prozess sprechen als kurzfristig und krisenhaft aufgetretene Suizidalität. Ähnliches gilt für die Darstellung der präsuizidalen Entwicklung: Werden die kognitiv-bilanzierenden Anteile ausführlicher beschrieben oder stehen emotionale Aspekte wie Verzweiflung im Vordergrund? Aufschlussreich ist auch, ob die präsuizidale Entwicklung eher als der vorangegangene Zeitraum verstanden wird oder die akute Phase unmittelbar vor dem Suizidversuch: Wird das Ereignis detailliert nacherzählt oder lediglich in Kürze umschrieben? So wird beispielsweise eine Betonung der Entscheidungsphase eher für einen abwägenden, längerfristigen Prozess stehen.

Darüber hinaus wird die Darstellung des Suizidversuchs in Abhängigkeit von der aktuellen Perspektive betrachtet: Wie erleben die Patient:innen die Gegenwart auf der Überwachungsstation, wie beurteilen sie die Entscheidung im Nachhinein? Betrachten sie ihre Situation weiterhin als ausweglos oder sind sie dankbar über die Rettung? Wird der Suizidversuch als Kurzschlusshandlung zurückgewiesen? Im Falle von Letzterem muss natürlich kritisch hinterfragt werden, ob dies lediglich in der Hoffnung auf eine schnellstmögliche Entlassung oder aus Schamgefühl geschieht. Auch kann uns beispielsweise das Erwähnen von Schuldgefühlen gegenüber Angehörigen Hinweise auf eine moralische Bewertung des eigenen Suizidversuches geben. Wenn ähnliche Gedanken keine Rolle spielen oder nicht zur Sprache kommen, ist dies ebenfalls von Bedeutung für uns: Findet oder fand überhaupt eine intellektuelle Auseinandersetzung mit der suizidalen Entwicklung statt?

3.2.2.3 Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Um den Suizidentschluss nicht nur aus solch expliziten Aussagen heraus zu bewerten, liegt ein weiteres wesentliches Augenmerk unserer Analyse darauf, inwieweit sich die Entwicklung der Todeswünsche auch indirekt in der Lebensgeschichte wiederfindet. Nachdem im vorangegangenen Analyseschritt die wesentlichen Themenkomplexe erfasst wurden, erfolgt nun deren Rekonstruktion gemäß ihrer zeitlichen Abfolge als Lebensphasen oder im Sinne von biographisch bedeutsamen inhaltlichen Schwerpunkten. Im Vordergrund steht das direkt geäußerte wie auch das mutmaßliche, indirekt zum Ausdruck kommende Empfinden in der Vergangenheit. So lässt sich eine Annäherung an die erlebte Lebensgeschichte herstellen (Rosenthal & Fischer-Rosenthal 2013: 466f.). Wir beobachten, ob darin allgemeine Hinweise auf Ideale, ein bestimmtes Selbstbild oder Lebenskonzept erkennbar sind. Ob und in welcher Form Autonomieansprüche zum Tragen kommen, kann im Stellenwert von Unabhängigkeit und sozialer Interaktion deutlich werden. Es werden Beziehungsmuster und deren Bedeutung in der aktuellen Situation wie auch in der Vergangenheit untersucht. Spielten diese eine Rolle bei der Entscheidung zum Suizid? Welche Alternativen hätte es gegeben und weshalb konnten oder wollten die Patient:innen diese nicht wahrnehmen? Können sie im Nachhinein angenommen werden?

3.2.2.3 Gegenüberstellung: Gelebte vs. geforderte Autonomie

Die Frage, welche Handlungsoptionen in der Perspektive der Vergangenheit bestanden und wie sie rückblickend dargestellt und beurteilt werden, ist zudem von Bedeutung für die Kontrastierung der erlebten mit der erzählten präsuizidalen Entwicklung. In welchem Verhältnis steht die gegenwärtige Selbstdeutung mit aus einer Außenperspektive erkennbaren Zusammenhängen, aber auch der damaligen subjektiven Einschätzung der Situation? Stimmen die Perspektiven weitestgehend überein, mag dies eine fortbestehenden Identifikation mit der Suizidentscheidung auf kognitiver Ebene bedeuten, kann aber auch einem anhaltend hoch-emotionalen Verzweiflungszustand im Rahmen einer noch nicht überwundenen suizidalen Krise geschuldet sein. Hinweise wie Dankbarkeit oder Bedauern über die Rettung allein müssen also noch nichts über die Ernsthaftigkeit und Beständigkeit der Suizidentscheidung offenbaren. Aussagekräftiger dürfte hingegen sein, ob der Suizidversuch argumentativ in Übereinstimmung mit an anderer Stelle deutlich werdenden Wertvorstellungen und Lebenskonzepten verteidigt wird. Im Gegensatz dazu zeigt eine Zurückweisung des Suizidversuchs als Verzweiflungshandlung, die im Nachhinein nicht mehr nachvollzogen werden kann, die

Möglichkeit für bzw. einen bereits erfolgten Perspektivenwechsel. Auch eine etwaige rückblickende moralische Bewertung des Suizidversuchs kann dabei helfen, die vergangene mit der gegenwärtigen Perspektive zu vergleichen.

Neben diesen allgemeinen Evaluationspunkten liegt ein besonderes Augenmerk dieses Analyseschritts auf der Bedeutung von Freiheit und Autonomie in der Lebensgeschichte im Allgemeinen wie auch der suizidalen Entwicklung im Speziellen. Zunächst werden die verschiedenen Erscheinungsformen dieser Phänomene im Rahmen der individuellen Geschichte analysiert. Was scheinen die Patient:innen grundsätzlich unter Freiheit und Selbstbestimmung zu verstehen? Nicht in allen Interviews kommt die allgemeine Bedeutung dieser Begriffe explizit zur Sprache, wenn wenig Bezug zum zuvor Erzählten besteht. Es wird dann besonders darauf geachtet, inwiefern ihre Relevanz indirekt zu Tage tritt, beispielsweise im Sinne einer eigenständigen Lebensführung. Darauf deutet beispielsweise ein hoher Stellenwert von Zielstrebigkeit und Aktivität, aber auch wirtschaftliche Unabhängigkeit hin. Gegensätzliche Hinweise geben wiederum ein hilfsbedürftiges Auftreten uns gegenüber oder Abhängigkeitsmuster, die sich in den beschriebenen zwischenmenschlichen Beziehungen erkennen lassen.

Als direkte Frage wird in den Gesprächen allerdings – sofern nicht im Hinblick auf das zuvor Erzählte sehr unpassend erscheinend – formuliert, wie frei sich die Patient:innen bei der Entscheidung zum Suizid gefühlt haben. Neben der inhaltlich hierauf gegebenen Antwort ist aufschlussreich, ob die Patient:innen überhaupt etwas mit der Frage anfangen können. Womöglich wird sie zwar beantwortet, ein Zusammenhang zum dargestellten Entscheidungsprozess kann jedoch nicht wirklich hergestellt werden. Spielte Autonomie daher überhaupt eine Rolle im Rahmen der suizidalen Entwicklung? Sie kann als Artikulation eines Anspruchs zum Ausdruck kommen, aber auch als Verlust an Autonomie verstanden werden, der ein Weiterverfolgen des ursprünglichen Lebenskonzepts verhindert. Indirekt kann hierin wiederum die Einforderung von Autonomie im Sinne von Unnachgiebigkeit deutlich werden, die als entschlossenes, aber auch als eigenwilliges oder unflexibles Festhalten an besagtem Lebenskonzept gedeutet werden mag. Ähnlich zeugt ein Beharren auf bestimmten Ansichten, beispielsweise negativen Selbstkonzepten, von Autonomieansprüchen im Sinne einer Deutungshoheit über das eigene Narrativ. Zugleich kann in der Offenheit, nach dem Suizidversuch Hilfe anzunehmen, um diesem Narrativ eine neue Bedeutung zu geben, der Wunsch nach Rückgewinn von Autonomie erkannt werden.

Autonomie als Anspruch wird in Bezug auf den Suizid häufig mit der Ablehnung von Rettungsmaßnahmen und der Forderung nach Unterstützung beim Suizid verbunden. Besonders interessant war für das vorliegende Projekt daher die Einstellung von Patient:innen, deren Lebenskonzept ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit erkennen lässt, zu diesen Themen. Wie reagieren sie auf die entsprechenden Fragen von unserer Seite, beziehen sie von sich aus Stellung zum ärztlich assistierten Suizid oder wird das Thema erst auf unsere Initiative hin im externen Frageteil diskutiert? Wird diese Möglichkeit abgelehnt, befürwortet oder gefordert? Auch in anderen an das Gesundheitssystem formulierten Erwartungen kann indirekt die Einstellung zu Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung zum Ausdruck kommen: Erhoffen die Patient:innen sich von der nun anstehenden psychotherapeutischen Behandlung das Eröffnen neuer Perspektiven und sind sie bereit, sich auf einen Neuanfang einzulassen? Hätten sie sich auch zuvor mehr niederschwellige Therapieangebote und damit mehr Fürsorge gewünscht? Fühlten sie sich ihren Todeswünschen hilflos ausgeliefert? Letzteres spricht dafür, dass das Bedürfnis, Verantwortung abzugeben, gegenüber dem Wunsch nach Autonomie im Vordergrund steht. Ausgehend von diesen Beobachtungen wird die Einstellung der Patient:innen zu Selbstbestimmungsrecht und Suizid mit dem in ihrem Lebenskonzept zum Ausdruck kommenden Autonomieverständnis verglichen. Daraus wird schließlich abgeleitet, ob und inwieweit die deskriptive Darstellung und subjektive Bewertung des Begriffs sich mit der gelebten Freiheit deckt.

3.2.2.3 Typenbildung: Haltung zur eigenen Suizidentscheidung

Aus dem in den vorangegangenen Analyseschritten rekonstruierten individuellen emotional-kognitiven Entscheidungsprozess in der Vergangenheit wird im Vergleich mit der gegenwärtigen Perspektive abschließend der Versuch einer Typisierung vorgenommen. Sie besteht in der Differenzierung verschiedener Haltungen zur eigenen Suizidentscheidung: Liegt weiterhin eine Identifikation mit der Entscheidung vor oder wird sie zurückgewiesen? Wird die subjektive Ausweglosigkeit auf eine vorübergehende Überforderungssituation zurückgeführt oder in ihren Ursachen dem Scheitern eines langfristigen Lebenskonzepts zugeschrieben? So soll der individuelle Suizidentschluss schließlich im Sinne einer Gegenüberstellung der Modelle der momentanen Krise vs. des Zusammenbruchs der Zukunftsperspektive, der ein Weiterleben unmöglich macht, eingeordnet werden.

Bevor im nachfolgenden Ergebnisteil der Arbeit die jeweiligen Haltungen zur eigenen Suizidentscheidung analysiert und die individuellen Bedeutungsschwerpunkte von Freiheit und Autonomie als Teil der empirischen Ergebnisse der Interviewstudie „Suizidalität und Autonomie“ vorgestellt werden (Teil C, Kap. 5), erfolgt in einem theoretischen Ergebnisteil (Teil C, Kap. 1-3) zunächst die Auseinandersetzung mit den philosophischen, juristischen und medizinethischen Hintergründen wie auch den praktischen Problemstellungen einer autonomen Suizidentscheidung. Auf dieser Grundlage lassen sich im anschließenden Diskussions- teil (Teil D) die theoretischen mit den empirischen Ergebnissen vergleichen und kontrastieren.

C: Ergebnisse

1. Der Suizid als Ausdruck von Freiheit

1.1 Die Vorstellung vom „Freitod“ als Akt der Freiheit und Willensstärke

Die verherrlichende Vorstellung vom „Freitod“ als der heldenhaften Bereitschaft, sich von allem Weltlichen zu entkoppeln und die lähmenden Fesseln der Gesellschaft hinter sich zu lassen, wurde maßgeblich geprägt von Jean Améry 1976 erschienenen „Diskurs über den Freitod“. Dass es den Freitod gibt, ist für ihn unstrittig, vielmehr erfülle sich gerade im Suizid die menschliche Freiheit. Er beschreibt ein allen Suiziden unabhängig von den jeweiligen Motiven und Umständen innewohnendes Moment der maximalen Willensstärke unmittelbar „vor dem Absprung“. Diese Situation sei, ob der Suizid nun gelingt oder nicht, „fundamental in allen Fällen die gleiche“: Der „Suizidär“⁶⁶, wie Améry ihn nennt, „schlägt mit seinem Kopf den rasenden Trommelwirbel gegen die anrückenden Wände und stößt schließlich mit diesem dünn gewordenen und schon wunden Schädel durch die Mauer“ (Améry 2015: 20). Das bedeutet für ihn jedoch keineswegs einen Zustand der Hilflosigkeit und Verzweiflung, sondern zeugt im Gegenteil von der Überlegenheit des Suizidärs, indem er „aus der Logik des Lebens“ ausbricht, die sich letztlich in einem passiven Warten auf den Tod erschöpfe (Améry 2015: 24 und 60).

Diese Vorstellung der Überwindung des „Lebenstrieb“ zugunsten der „Todesneigung“ (Améry 2015: 90f.) entlehnt er einer modifizierten Übernahme von Freuds „Todestrieb“-Theorie.⁶⁷ Besagte Todesneigung bedingt seiner Auffassung zufolge den Freitod als langen Prozess des „sich Hinneigens, der Annäherung an die Erde, ein Aufsummieren vieler Ziffern von Demütigungen“ (Améry 2015: 91f.). Die Entscheidung derjenigen, die dem Lebenstrieb trotzen und die schwächere Neigung zum Tod wählen, zeugt Améry zufolge von Entschlossenheit und Charakterstärke (Améry 2015: 92).

⁶⁶ aus Gründen der Lesbarkeit wird im folgenden Abschnitt das Schriftbild aufgrund von wiederholten Zitaten der Sprache Amérys angepasst und der von ihm geprägte Begriff des „Suizidärs“ übernommen. Ebenso wird vorübergehend auf eine gendergerechte Sprache verzichtet, gemeint sind jedoch auch hier alle Geschlechter.

⁶⁷ Freud spricht von einem Todestrieb, der in seinem Verständnis jedoch nicht zur heroischen Selbstaufgabe führen, sondern das Annehmen der Vergänglichkeit des Daseins ermöglichen soll und damit auf psychoanalytischer Ebene dessen Verarbeitung ermöglichen kann, vgl. hierzu die Erläuterungen von Bormuth (2008: 255 und 405f.)

Mit seiner Selbstaufgabe im Freitod beweise der Suizidär, dass er unabhängig vom trivialen weltlichen Dasein und gesellschaftlichen Zwängen ist hebe sich dadurch gegenüber der Mehrheit ab. Während diese sich sinnloserweise im Kampf gegen ein offensichtliches und unausweichliches Scheitern des Lebens aufreibe, stelle der Suizidär sich diesem „échec“ des Lebens erhobenen Hauptes mit dem Suizid als einzig würdiger Konsequenz (Améry 2015: 61f.). In der so verstandenen Größe und Überlegenheit des Suizidärs gegenüber der Passivität seiner gewöhnlichen Mitmenschen empfindet Améry es umso mehr als Hohn, dass eben jene ihn an seiner Heldentat hindern (Améry 2015: 67). Er „feiert [...] den extremen Selbstbezug des Suizidenten als befreiende Möglichkeit der Moderne, die nicht durch die erzwungene Einbindung in die Gemeinschaft zu nehmen sei“ (Bormuth 2008: 254) und wehrt sich gegen zeitgenössische Auffassungen zum Krankheitswert des Suizids, die er mit der kirchlichen Ächtung des Suizids im Rahmen eines religiösen Suizidverbots in der Vergangenheit gleichsetzt (Bormuth 2008: 251). Die Bemühungen seitens der Psychiatrie zur Suizidverhinderung betrachtet er nicht als Hilfe zur Eröffnung einer neuen, positiven Sichtweise auf das Leben, sondern als Einschränkung von persönlicher Freiheit und Selbstbestimmungsrecht des Suizidenten. Er versteht sich als Vertreter einer Art Avantgarde und fordert, „daß der Freitod anerkannt würde als das, was er ist: ein freier Tod eben und eine hochindividuelle Sache, die zwar niemals ohne gesellschaftliche Bezüge vollzogen wird, mit der aber letztlich der Mensch mit sich allein ist, vor der die Sozietät zu schweigen hat“ (Améry 2015: 112f.). Für ihn sind „Soziologie, Psychiatrie und Psychologie bestellte Träger der öffentlichen Ordnung“ (Améry 2015: 114f.), die den Freitod gezielt stigmatisieren. Grenzen zwischen gesund und krank würden allzu willkürlich nach dem jeweils geltenden Bezugssystem der Gesellschaft gezogen (Améry 2015: 116), die wiederum einer „heulenden arterhaltenden Zivilisationsmeute“ gleichkomme (Améry 2015: 61). Amérys Theorie zufolge ist der einzige Grund, weshalb man „Depressive“ und „Melancholiker“ psychiatrisch behandle, sie „aus- und einsperre“ (Améry 2015: 73), dass sie unproduktiv seien und damit für die Gesellschaft nicht zu gebrauchen. Mit ihrer Behandlung wolle man sie wieder ins System einpassen. Ihre besagte Einschränkung der „Funktionalität“ sei aber keinesfalls auf seelische Krankheit zurückzuführen, sondern auf einen „Widerwillen“ und ein kritisch reflektierendes Andersdenken (Améry 2015: 72f.). Dass er die Suizidverhinderung mit dem Holocaust vergleicht, soll ausdrücken, „[w]ie tief für sein Empfinden die Lebensrettung die persönliche Integrität verletzt“ (Bormuth 2008: 251). Der Suizidär gehört für ihn letztlich ähnlich wie auch ein homosexueller Mensch lediglich einer gesellschaftlichen Minderheit an (Améry 2015: 66f.), die den Suizid als ein „Projekt“ (Améry 2015: 13) in Erwägung zieht und der allein es

vorbehalten ist, über das Phänomen zu urteilen, denn: „Mitreden darf nur, wer da eingetreten ist in die Finsternis“ (Améry 1976: 192, zitiert nach Bormuth 2008: 252). So ist er der Auffassung, dass „der Diskurs über den Freitod erst dort beginnt, wo die Psychologie endet“ (Améry 2015: 27f.). Mit jedem Versuch der wissenschaftlichen Objektivierung entferne „der Betrachter, je mehr Daten und Fakten er sammelt, desto weiter sich vom Freitod“ (Améry 2015: 14). Er fordert eine antipsychiatrische Bewegung, „deren Ziel die bündige Anerkennung der Freiheit zum Freitod als unveräußerliches Menschenrecht“ (Améry 2015: 68) und die Bekämpfung der gesellschaftlichen Marginalisierung der Suizidäre sein müsse.

1978 nahm sich Jean Améry nach einem gescheiterten Suizidversuch vier Jahre zuvor in einem Hotelzimmer in Salzburg mittels Tablettenintoxikation das Leben. Ob er sich damit nun tatsächlich dem „échec“ des Lebens anlässlich einer durch den jüngsten Misserfolg seines aktuellen Romans ausgelösten Selbstwertkrise in letzter Konsequenz stellte (vgl. Bormuth 2008: 271f.), ob er darin sein künstlerisches Lebenswerk vollendete (vgl. Fenner 2008: 63f.) oder ob er unfähig war, seiner traumatischen Erfahrungen im Holocaust Herr zu werden (vgl. Bormuth 2008: 276), bleibt letztlich unklar. Mit seinem zwiespältigen Vermächtnis „Diskurs über den Freitod“ (1976) als einem „Traktat der moralischen Aufklärung, das im Namen der Opfer die Stimme erhebt, um den Tätern ihr Unrecht vorzuhalten“ (Bormuth 2008: 251), prägt er bis heute als „strahlende Legende philosophischen Tiefsinns und des moralischen Mutes“ den ethischen Diskurs (Bormuth 2008: 259f.).

1.2 Der Suizid als letzte Freiheit des Menschen

Anders als Améry, der die Gemeinsamkeit des im „Freitod“ zum Ausdruck kommenden Moments des „Lebensekels“ (Améry 2015: 60) und der Selbstüberwindung zum Tode betont, bleibt für den Psychiater und Philosophen Karl Jaspers der Suizid das „inkommunikable Geheimnis des Einsamen“ (Jaspers 1956: 304). Der Suizid als der „absolute Schritt“, mit dem „das Dasein verlasse[n]“ werden kann (Jaspers 1956: 300), ist für ihn zwischen den Extremen absoluter Freiheit und absolutem pathogenetischem Ursprung anzusiedeln. So ist er der Auffassung, dass die psychiatrische Bezeichnung Suizid „die Handlung in die Sphäre reiner Objektivität“ rücke, die „den Abgrund verhüllt“, während der literarisch-philosophische Terminus Freitod, der „durch die naive Voraussetzung höchster menschlicher Möglichkeit für jeden Fall die Handlung in ein blasses Rosenrot“ rückt, ebenfalls irreführend sei

(Jaspers 1956: 300f.). Dagegen drücke der von ihm verwendete Begriff „Selbstmord“⁶⁸ sowohl die Freiheit in der Vernichtung des eigenen Selbst, als auch den mit dieser Freiheit verbundenen Gewaltakt aus. Freiheit gesteht er dabei dem „Selbstmord“ auch insofern zu, als dieser die „eine einzige Handlung, die von allem weiteren Handeln befreit“, darstelle und es dem Menschen überlasse, zu „entscheiden, ob er leben will oder nicht.“ (Jaspers 1956: 301)

Trotz der Erkenntnisse von Soziologie und Psychiatrie stellt der Suizid für ihn ein philosophisches Problem dar, da die empirischen Wissenschaften keine Aussagen über die „Einzelseele“ treffen können, denn „sie lehren kein Gesetz, dem der Einzelne unterworfen wäre.“ Auch sei der Suizid „nicht so die Folge der Geisteskrankheit, wie das Fieber Folge der Infektion ist.“ Denn wer „einmal in seiner Nähe einen Selbstmord erlebt hat, wird [...] die Erfahrung machen, daß nicht ein einziger Beweggrund das Ereignis begreifbar macht. Immer bleibt zuletzt ein Geheimnis.“ (Jaspers 1956: 302) Auch wenn in Einzelfällen tatsächlich psychotische Zustände unmittelbare Ursache von Suizidgedanken und -handlungen sein könnten, trifft dies laut Jaspers keinesfalls auf alle Suizide psychiatrischer Patienten zu. Vielmehr könne der psychisch Kranke „auf seine Erkrankung mit seinem eigentlichen Selbstsein [...] reagieren, das sich im Selbstmord bewahrt.“ (Jaspers 1956: 303) Hinter der Vielfalt der benennbaren Einflussfaktoren und Motive für den Suizid des Einzelnen gibt es für Jaspers gewissermaßen noch einen Grund, der nicht notwendigerweise dem entspricht, den der Suizident nennt oder den wir zu erkennen meinen. Als „*unbedingte* Handlung“ sei das Phänomen weder „nach einem allgemeinen Kausalgesetz oder einem verstehbaren Typus zureichend zu begreifen“, noch könne „ein einziger Beweggrund das Ereignis begreifbar“ machen in seiner „*absolute[n] Einmaligkeit* einer sich in ihm erfüllenden Existenz“ (Jaspers 1956: 304). Er schließt es demnach aus, dass die Ursachen und Kausalzusammenhänge eines Suizids als einer individuellen Entscheidung vollständig aufgeklärt werden können. Nachforschungen könnten immer nur dazu beitragen, mögliche Anlässe zu rekonstruieren. Somit bleibe der „unbedingte Ursprung des Selbstmords [...] das inkommunikable Geheimnis des Einsamen.“ (Jaspers 1956: 304)

⁶⁸ aus Gründen der Lesbarkeit wird im folgenden Abschnitt das Schriftbild aufgrund von wiederholten Zitaten der Sprache Jaspers' angepasst und der Begriff „Selbstmord“ übernommen. Dies erfolgt ausschließlich aus stilistischen Gründen und stellt keine Wertung seitens der Autorin dar. Ebenso wird vorübergehend auf eine gendergerechte Sprache verzichtet, gemeint sind jedoch auch hier alle Geschlechter.

Wenn eine Person sich nun aufgrund der Erkenntnis der Sinnlosigkeit des Daseins zum Suizid entscheide, also die „Negation des Lebens aus dem Denken ins Handeln“ übersetze, ist das für Jaspers ein „Akt der Freiheit“ (Jaspers 1956: 304). Allerdings müsste dieser konsequenterweise „im Augenblick beginnenden Vollzugs zum Bewußtsein der Substanz führen [...] und plötzlich das Dasein wieder bejaht“ werden, „denn die Entschlossenheit ist der Sinn, zu leben“ (Jaspers 1956: 304f.) Wird die Suizidhandlung dennoch nicht abgebrochen, könne sie entweder keine unbedingte Handlung mehr sein, oder man müsse ihr eine „transzendente[...] Erfüllung im Nichts“ als „Ursprung der Unbedingtheit“ zugestehen, die jedoch erneut nicht endgültig nachvollziehbar sei (Jaspers 1956: 305). Ein solcher „Selbstmord“ stellt für Jaspers dann wieder eine „Lebensbejahung“ dar im Sinne der Entscheidung, „das Leben soll[e] reich, ursprünglich oder gar nicht sein“ (Jaspers 1956: 306). Der Suizident erfahre „die reine Negation des Daseins als seine einzige Freiheit“, so „daß er im Lebensjubiläum den Tod als die Wahrheit des Lebens“ begreife (Jaspers 1956: 307). Aus diesen Überlegungen ergibt sich für Jaspers andererseits die Frage, warum wir angesichts solcher Sinnlosigkeit des Daseins überhaupt am Leben bleiben. Einen großen Teil des Lebens hält er für einen bloßen Vollzug, und im Grunde genommen bliebe, „[s]ollte die Welt ganz und alles sein, [...] existenziell nur der Selbstmord“ (Jaspers 1956: 308). So ist es für ihn letztlich vor allem der passive Charakter des Weiterlebens gegenüber der aktiven Handlung der Selbsttötung sowie die Ungewissheit, die uns vom Selbstmord abhält. Angesichts von Bedingungen, die ein Fortführen des Lebens unerträglich machen und eine unumgängliche Aufgabe des eigenen Ich-Ideals, dem „Herabgleiten unter das Niveau des eigenen Wesens“ (Jaspers 1956: 308) bevorsteht, kann aber für Jaspers der Suizid dieses Ideal bewahren:

„ein tröstender Gedanke, sich das Leben nehmen zu können, weil der Tod wie eine Rettung erscheint. Wo unheilbare körperliche Erkrankung, Mangel aller Mittel und völlige Isolierung in der Welt zusammenkommen, kann in höchster Klarheit ohne Nihilismus das eigene Dasein nicht überhaupt, sondern das, welches jetzt noch bleiben könnte, negiert werden.“ (Jaspers 1956: 308f.)

Die Aufgabe eines solchen Daseins „ohne Trotz in Ruhe und Reife“ bedeute dann die „letzte Freiheit des Lebens“ (Jaspers 1956: 309). Wenn dagegen unmittelbar kausale Beweggründe im Sinne einer „Verstrickung“ den Suizid als Antwort auf Kränkung und Beleidigung sowie als Drohung, Rache-, Scham- oder Trotzreaktion bedingen, erkennt er ihn nicht als geeignete Lösungsstrategie an (vgl. Jaspers 1956: 310).

Was die Verhinderung und den Umgang mit dem Suizid seitens Dritter betrifft, ist Jaspers zufolge bei psychotisch verursachter Suizidalität „Bewachen für die Zeit der Gefahr das einzige Mittel“, im Fall der „verstehbaren endlichen Verstrickungen ist Lösung dieser Verstrickung die Aufgabe“ (Jaspers 1956: 310). Auch darf aktive Überredungsarbeit geleistet werden bei „hoffnungsloser Krankheit und anderer Bedrohung“ im Sinne von „überzeugende[r] Eröffnung günstiger Möglichkeiten“ (Jaspers 1956: 310). Dagegen komme dem Umgang mit einer „unbedingten“ Suizidhandlung vor allem die Aufgabe zu, die vom Suizidenten abgebrochene „Kommunikation“ wiederherzustellen, da die „unbedingte Negation als Ursprung des Selbstmords Isolierung“ bedeute (Jaspers 1956: 311). Jedoch kann diese für Jaspers nicht etwa hergestellt werden durch „die Menschenfreundlichkeit des Beichtvaters und Nervenarztes, nicht [durch] die Weisheit des Philosophen“, sondern allein durch die Liebe einer nahestehenden Person (Jaspers 1956: 311f.). Die Aufgabe des Arztes sei es nicht, den Patienten hinsichtlich seiner Todeswünsche zu bevormunden, vielmehr komme ihm die Rolle eines „Schicksalsgefährten“ zu, der dessen Wertvorstellungen respektiert. Damit sind der „medizinischen Krisenbewältigung [...] nach Jaspers Grenzen gesetzt, da der Arzt als möglicher ‚Schicksalsgefährte‘ nicht die letzte Verantwortung für die persönlichen Wertentscheidungen übernehmen kann“ (Bormuth 2008: 108). Gelingt diese Krisenbewältigung nicht, stehen wir vor dem „Abgrund einer Transzendenz, in der alles Urteil aufhört“ (Jaspers 1956: 313). Somit mag sich zwar der „Mensch, welcher in klarer Besonnenheit sich das Leben nimmt, [...] unserem Blick als der völlig Unabhängige“ präsentieren. Dennoch, wie Jaspers seine Überlegungen abschließt, „bleibt unser existenzielles Schaudern.“ (Jaspers 1956: 314)

1.3 Differenzierung des Freiheitspostulats

Die Vorstellung von der Freiheit zum Suizid als letzte Möglichkeit zur Bewahrung der eigenen Ideale bis hin zur Darstellung des Freitods als Märtyrerhandlung beeinflusste nicht nur die Infragestellung der professionellen Suizidverhinderung maßgeblich, sondern prägt bis heute die Debatte um die Legitimität des ärztlich assistierten Suizids. Matthias Bormuth differenziert in seiner Studie „Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert“ (2008) zwischen verschiedenen Erscheinungsformen des Freiheitspostulats im Diskurs um Suizidverhinderung und ärztlich assistierten Suizid.⁶⁹ So findet sich ausgehend von

⁶⁹ Dabei teilt er die Positionen im Diskurs gemäß einer Zuordnung zu einem hermetischen (Jean Améry, Herrmann Pohlmeier), kritisch-progressivem (Dieter Birnbacher), kritisch-defensivem (Jochen Vollmann)

Améry's Schrift „Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod“ (1976) ein Verständnis, das unabhängig von der jeweiligen Genese des Suizids die Freiheit als ein ihm zwangsläufig innewohnendes Element abstrahiert. Dieses hermetische Freiheitspostulat verschließt sich gegenüber pathogenetischen Erklärungsmodellen und betrachtet somit die Suizidverhinderung als Anmaßung (Bormuth 2008: 284). Améry's Darstellung des Suizids als edle, mutige Tat und Akt höchster Willensfreiheit rief große Sympathie beim späteren Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS) Herrmann Pohlmeier hervor. Dabei geht es ihm, so Bormuth, nicht wie Améry darum, den Freitod moralisch zu „feiern“, sondern ihn primär „von allem Ruch des Pathologischen zu befreien“ (Bormuth 2008: 286). Pohlmeier schloss sich Améry's Kritik gegenüber der zeitgenössischen Psychiatrie als durch ideologische und wirtschaftliche Aspekte motiviert an, ihrem psychopathologischen Verständnis von Suizidalität wirft er einen fundamentalen Widerspruch zu einem aufgeklärten humanistischen Menschenbild vor (Bormuth 2008: 281). Dabei argumentierte er unter anderem mit der zunehmenden Bedeutung der Patientenautonomie gegenüber dem traditionellen Paternalismus in der Medizin und folgerte hieraus den Vorrang des Todeswunsches gegenüber der Legitimität medizinischer Maßnahmen (Pohlmeier 1978, zitiert in Bormuth 2008: 281f.). Diese Auffassung schließt die Möglichkeit aus, „die lebensweltlichen Umstände der Entscheidung im eigenen Urteil zu berücksichtigen“ (Bormuth 2008: 282). In seiner Definition von Verzweiflung und Suizidalität als psychologisch nachvollziehbarem „Problemlösungsversuch“ angesichts traumatisierender Erfahrungen (Pohlmeier 1983: 113f., zitiert nach Bormuth 2008: 284f.) lässt er zwar biographische Faktoren nicht gänzlich außen vor, dies führt seiner Auffassung zufolge jedoch nicht zu einer Einschränkung der psychischen Freiheit des Suizidenten. Vielmehr könne Suizidalität „durchaus angemessen sein [...], um Konfliktsituationen zu lösen“ (Pohlmeier 1994: 364, zitiert in Bormuth 2008: 285). Eine derartige Übertragung des Freiheitspostulats auf den Suizid per se kann jedoch, wie Bormuth feststellt, allzu leicht zu einer Überforderung der Betroffenen führen, denen diese einseitige Auffassung zwar die ganze Freiheit, letztendlich aber auch die volle Verantwortung überlässt (Bormuth 2008: 289).

Als ein der Individualität eines jeden Suizids gerechter werdendes Freiheitskonzept stellt Bormuth die auf einer pathographischen Sichtweise von Suizidalität und Freiheit beruhende

und kritisch- tragischem Freiheitspostulat (standesrechtliche Regelung zur ärztlichen Suizidbeihilfe in der Schweiz) ein, s. hierzu Bormuth (2008: 279-304)

Auffassung – das kritische Freiheitspostulat – vor. Diese „bleibt zwar an die Annahme eines pathologischen Elements gebunden, ist aber zugleich für den lebensweltlichen Horizont geöffnet, an den die Entscheidung ebenso geknüpft ist wie an die biologischen und charakterlichen Bedingungen“ (Bormuth 2008: 286). Es ordnet die Entscheidung zum Suizid damit „im Übergangsbereich von gesundem und krankheitswertigem Erleben als Phänomen einer kritischen Freiheit“ an, die „konkrete Auslegungen im klinisch und kulturell umfassenden Rahmen“ benötigt (Bormuth 2008: 286f). Der Todeswunsch müsse im Hinblick auf die individuelle Biographie beurteilt werden und könne dann im Einzelfall tatsächlich „das Anliegen der Suizidverhütung überzeugend an seine Grenzen“ führen (Bormuth 2008: 291).

Diese relative Sichtweise der Freiheit im Suizid kommt nach Bormuths Unterteilung wiederum in einer progressiven und defensiven Form zum Tragen. Das progressive Verständnis erkennt sowohl das Vorkommen pathologisch bedingter als auch die Möglichkeit wohlwogener Selbsttötungen an.⁷⁰ Nach diesem Konzept darf das therapeutische Handeln aktive Überzeugungsarbeit zum Weiterleben leisten, der aber auch Grenzen gesetzt sind, wenn individuelle weltanschauliche oder religiöse Wertvorstellungen des Suizidenten überschritten werden. In der Akutsituation dürften zur weiteren Prüfung der Wohlerwogenheit des Todeswunsches vorübergehend Zwangsmaßnahmen angewandt werden. Hinsichtlich der Frage nach der Legitimität der Suizidhilfe wird zwar die Gefahr einer „diagnostischen Grauzone“ geäußert, die ärztliche Suizidassistenz in Fällen eines „irreversiblen Leideszustands“ sowohl physischer als auch psychischer Natur jedoch zugestanden (Bormuth 2008: 290ff.).⁷¹ Wenngleich defensiv-kritische Positionen⁷² zum Freiheitspostulat ebenfalls von der prinzipiellen Möglichkeit einer selbstbestimmten Entscheidung zum Suizid ausgehen, steht für sie unter Verweis auf die nationalsozialistische Vergangenheit die Gefahr im Vordergrund, „dass das psychiatrische Urteil über die Entscheidungsfreiheit einer ‚Kriteriumsvarianz‘ und ‚Beobachtungsvarianz‘ unterliege, die zu subjektiver Willkür führen könne“ (Bormuth 2008: 292f.)

⁷⁰ vertreten vom Philosophen Dieter Birnbacher (Bormuth 2008: 290) und dem Deutschen Juristentag (Bormuth 2008: 295)

⁷¹ verwirklicht unter Beschränkung auf Fälle terminaler Krankheit im Human Dignity Act in Oregon (Bormuth 2008: 304)

⁷² vertreten durch den Medizinethiker und Psychiater Jochen Vollmann (Bormuth 2008: 292f.), die Deutsche Hospiz Stiftung (Bormuth 2008: 294f.) und den ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe (Bormuth 2008: 295)

Zuletzt nennt Bormuth noch eine Lesart der Freiheit im Suizid, die sich auf die Tragik im Einzelfall bezieht.⁷³ Für dieses Verständnis steht weniger die freiverantwortliche Entscheidung im Vordergrund, sondern die moralische Freiheit der Suizident:innen, angesichts einer existenziell ausweglosen Situation die individuelle Entscheidung zum Suizid zu treffen. Damit meint diese Lesart jedoch nur das Recht, nicht an der Ausübung dieser Freiheit gehindert zu werden; ein Anspruchsrecht auf Unterstützung beim Suizid ist aus ihr nicht abzuleiten. Allerdings gesteht sie auch den Ärzt:innen die Freiheit zu, ihrerseits die Entscheidung zur Suizidbegleitung an einer persönlichen Gewissensentscheidung festzumachen. (Bormuth 2008: 302ff.)

1.4 Der Suizid als Freiheitsrecht? Das Postulat vom Rechtsanspruch auf den Suizid

Wird der Suizid als Ausdruck von Freiheit empfunden, ist dies meist mit der Forderung des Rechts verbunden, jene Freiheit auch ausüben zu dürfen. Es ist also zunächst einmal zu klären, inwiefern man von einem „Recht auf den Suizid“ sprechen kann und als welche Art von Recht man es in diesem Falle auslegen wird. Im Allgemeinen wird es mit dem Recht auf Selbstbestimmung begründet, welches sich wiederum von der im Grundgesetz garantierten Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 GG) und dem Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) ableiten lässt. Es wird aber auch als Verfügungsrecht des Menschen über sich selbst gesehen und dem Bereich der Unantastbarkeit der menschlichen Würde (Art. 1 Abs. 1 GG) zugeordnet. Das ebenfalls verfassungsrechtlich geschützte, unveräußerliche Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) kommt dagegen als Rechtfertigung der Suizidverhinderung zum Tragen. Dem wird wiederum unter Verweis auf die nicht vorhandene Pflicht zur Ausübung von Grundrechten widersprochen (vgl. Battin 1982; Fink 1992; Schork 2008).⁷⁴ Staat und Ärzt:innen müssen daher ihrerseits die Verhinderung des Suizids sowie die Zwangsunterbringung Suizidgefährdeter mittels anderer Gesetze rechtfertigen, etwa mit ihren Schutzpflichten gegenüber Urteilsunfähigen.

⁷³ Die tragische Variante des kritischen Freiheitspostulats ist gemäß Bormuth in der standesrechtlichen Regelung zur ärztlichen Suizidbeihilfe in der Schweiz verwirklicht (Bormuth 2008: 296)

⁷⁴ Der Staat muss zwar für die Gewährleistung der Grundrechte gemäß Art. 2 GG insofern Sorge tragen, als er sie vor Eingriffen seitens Dritter schützen muss. Dagegen muss er nicht dafür aufkommen, „[...] den Träger des Rechts auf Leben vor sich selbst zu schützen, wenn dieser auf die Ausübung dieses Rechts verzichten will [...]“ (Wildhaber 2004, zitiert in Fenner 2008: 60). Es wird jedoch in der Literatur darauf hingewiesen, dass der Sinn des absoluten Schutzes bestimmter unveräußerlicher Rechte nicht in deren Ausübung als Pflichten besteht, sondern darin, sie für andere zu garantieren und vor Missbrauch zu schützen (vgl. Battin 1982; Schork 2008)

Von letzterem gehen einige Positionen aus, die den Suizid allein im Sinne einer krankhaften seelischen Entwicklung verstehen: „*Als Täter ist jeder Selbstmörder krank und darum für sein Tun nicht verantwortlich. Als Opfer aber bedarf er des Schutzes vor sich selbst*“ (Klaus 1977: 35). Der Verweis auf den mutmaßlichen Willen einer Mehrzahl der Suizident:innen, eigentlich gar nicht sterben zu wollen, legitimiert im Nachhinein eine etwaige Freiheitsberaubung oder gewaltsame Suizidverhinderung.

Nach der gegenwärtigen Gesetzeslage in Deutschland fällt das Recht, sich das Leben zu nehmen,⁷⁵ in den Schutzbereich der allgemeinen Handlungsfreiheit, die im Rahmen von Art. 2 Abs. 1 GG Ausdruck des Grundrechtes auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit ist.⁷⁶ Als solches steht es ebenso unter der Schutzpflicht des Staates wie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG). Es kommt hier also zwangsläufig zu einer Kollision von zwei gleichermaßen geschützten Grundrechten, die sich gegenseitig in der Ausübung nicht hemmen können. Sie müssen im Einzelfall sorgfältig gegeneinander abgewogen werden und zu einem Ausgleich führen. Der Wahrnehmung der Persönlichkeitsrechte durch Einzelne sind darüber hinaus Schranken gesetzt, sobald sie ihrerseits die Rechte Dritter berühren.⁷⁷ Daher können andere Personen, darunter auch die Ärzt:innen, nicht zur Unterstützung beim Suizid verpflichtet werden. Es besteht somit nach deutschem Gesetz keine Rechtsgrundlage für den Anspruch auf ärztliche Suizidassistenz. Zugleich darf der Staat aber die durch Art. 2 Abs. 1 GG ebenfalls garantierte Freiheit zur Inanspruchnahme von Suizidbegleitung auch nicht grundsätzlich unterbinden, was jedoch nach der jüngsten Auslegung des Bundesverfassungsgerichts durch das Verbot entsprechender Angebote seitens Dritter gemäß dem ehemaligen § 217 der Fall war (BVerfG 2020).

Gibt es ein Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben als Eigentum?

Diese juristischen Fakten sind Gegenstand kontroverser rechtspolitischer, ethischer, philosophischer und nicht zuletzt öffentlich-medialer Diskussionen. Zugleich werden

⁷⁵ hier geht es zunächst einmal nur um den Suizid im Allgemeinen; die Besonderheiten in Bezug auf den freiverantwortlichen Suizid werden im letzten Abschnitt des Kapitels erläutert.

⁷⁶ dies sagt noch nichts über im Rahmen des Lebensschutzes erwachsende Pflichten für den Staat und Dritte aus. Es bedeutet lediglich, dass es weder eine Pflicht zu leben, noch ein Verbot, sich zu suizidieren, gibt. Der Suizid per se stellt damit in Bezug auf das Recht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 GG) weder eine Grundrechtsausübung noch einen Grundrechtsverzicht dar (Hillgruber 2015: 118)

⁷⁷ Denn gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 2 GG darf seine Persönlichkeit nur frei entfalten, wer damit „nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“

Formulierungen wie „Mein Tod gehört mir“⁷⁸ bzw. „Mein Ende gehört mir!“⁷⁹ als Argumente für eine liberalere Regelung der Sterbehilfe in Deutschland vorgebracht. Bei genauerer Betrachtung stellen solche populären Leitsätze jedoch äußerst schwache Ansprüche an ein Recht auf den Suizid: Beruft man sich nämlich allein auf ein Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben als persönliches Eigentum, so stößt dieses sehr viel schneller an Grenzen als im Rahmen der freien Entfaltung der Persönlichkeit. Zwar schützt Art. 14 Abs. 1 GG das Eigentum, zugleich unterliegt es jedoch ausdrücklich gesetzlichen Schranken und verpflichtet die Betroffenen, es zum „Wohle der Allgemeinheit“ zu gebrauchen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 GG). Damit müsste sich stärker als ein allgemeines Persönlichkeitsrecht der Prüfung durch sozialetische Argumente unterziehen (vgl. Wittwer 2003: 336f.). Es würde insofern die Entscheidung über Leben und Tod an Nutzen und Schaden für die Gesellschaft knüpfen: Bei vorhandener Option eines selbstbestimmten Todes müssten sich pflegebedürftige Menschen rechtfertigen, ihren Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen, und könnten sich somit zum Suizid verpflichtet fühlen (Spaemann, Hohendorf & 2015: 143). Von philosophischer Seite ist eine solche Herleitung des Rechts auf den Suizid längst verworfen worden, zumal man auf einen logischen Widerspruch stoße, wenn die Vernichtung des Lebens durch den:die Eigentümer:in zugleich diese:n selbst zerstöre (Battin 1982: 180; Wittwer 2003: 336). Man darf jedoch das philosophische „Eigentums-Argument“ nicht von seinem Entstehungshintergrund trennen, sondern wird es als Gegenposition zu traditionellen moralischen Suizidverboten verstehen müssen. Diese werden insbesondere aus Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft, dem Staat oder den Angehörigen hergeleitet: Allen voran das lange Zeit maßgebliche kirchliche Suizidverbot, das sich auf das menschliche Leben als Eigentum Gottes beruft (vgl. Battin 1982: 178f.).

Selbsttötung und Menschenwürde

Insbesondere im Rahmen der Debatte um ein menschenwürdiges Sterben zu einer Zeit, in der das technisch Machbare durchaus in Widerstreit mit dem medizinisch Sinnvollen geraten kann, hat die Gestaltung des eigenen Todes nach individuellen Wert- und

⁷⁸ So der Titel einer Fernsehdokumentation des Südwestdeutschen Rundfunks zum ärztlich assistierten Suizid in der Schweiz, s. SWR2 (2020)

⁷⁹ unter dem Slogan „Mein Ende gehört mir! Für das Recht auf letzte Hilfe“ wirbt eine durch den 2019 verstorbenen Arzt und Sterbehelfer Uwe-Christian Arnold initiierte Kampagne mit Unterstützung zahlreicher prominenter Persönlichkeiten um das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben, s. Arnold (2014) sowie DGHS, GBS & IBKA (2014)

Würdevorstellungen an Bedeutung gewonnen. So wird das Recht auf die Entscheidung über den eigenen Tod auch aus der vom Grundgesetz garantierten Unantastbarkeit der Menschenwürde abgeleitet. Es wird darauf verwiesen, dass unter bestimmten Umständen der Tod bzw. das Sterben den Verlust der Menschenwürde eher gewährleisten könne als das Leben (Schork 2008: 25f.). Dieser Status kommt tendenziell dem Recht zu, nicht durch unnötige medizinische Maßnahmen allein aufgrund des technisch Machbaren künstlich am Leben bleiben zu müssen und dadurch zum Objekt der Medizin zu werden.⁸⁰ Anwendung findet dieses beispielsweise im Rahmen der Patient:innenverfügung, in der persönliche Wertvorstellungen und Wünsche in Bezug auf das eigene Sterben zum Ausdruck gebracht werden können. Zwar ermöglicht sie die Ablehnung ärztlichen Eingreifens in den natürlichen Sterbeprozess; aus diesem „Recht zu Sterben“ kann jedoch kein Recht zur Unterstützung beim Suizid gefolgert werden. Das Recht zu verlangen, den Tod nicht mit lebensverlängernden Maßnahmen aufzuhalten oder im Rahmen einer hoch dosierten Schmerztherapie in Kauf zu nehmen, folgt aus der Patientenautonomie. Mehr ist aus dieser nicht abzuleiten: Gemäß dem überwiegenden Schrifttum wird sie nämlich nicht etwa im Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts⁸¹, sondern in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG verortet, demzufolge „niemand verpflichtet werden darf, Eingriffe – und dazu zählen auch Heileingriffe – in seinen Körper zu dulden“. Dagegen „ist die selbstbestimmte Selbsttötung gerade keine Abwehr eines Eingriffs in den Körper, sondern vielmehr Ausdruck der allgemeinen Handlungsfreiheit.“ (Weilert 2018: 78; vgl. auch Brunhöber 2011)

Die Achtung der Menschenwürde von Sterbenden genießt – allein deshalb, weil sie Mensch sind – umfassenden Schutz. Niemals darf sie, nur weil die betreffende Person beispielsweise nicht mehr bei Bewusstsein ist oder sich nicht mehr mitteilen kann, relativiert werden. Sie wird jedoch häufig beliebig argumentativ eingesetzt, um der Unmöglichkeit der Realisierung individueller Wertvorstellungen und damit einem subjektiven Leiden Ausdruck zu verleihen. Dies ist in einem Bereich, in dem eine Überschneidung ethischer und juristischer Argumente unvermeidbar ist, problematisch. Denkbar ist zwar eine Situation, in der ein:e Sterbende unter Schmerzen leidet, die auch durch maximal ausgereizte palliativmedizinische Möglichkeiten nicht auf ein zumutbares Maß gelindert werden können. Nehmen diese Schmerzen

⁸⁰ Diese sogenannte „Objektformel“ bezieht sich auf das in Art. 1 Abs. 1 GG enthaltene Instrumentalisierungsverbot, demzufolge die Infragestellung der Subjektqualität (also des Selbstzwecks) jedweden menschlichen Lebens prinzipiell untersagt ist, vgl. Gutmann (2010)

⁸¹ dieses bildet aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG die Grundlage für das Selbststimmungsrecht

ein der Folter vergleichbares Ausmaß an, so wäre die Menschenwürde des:der Leidenden in Gefahr (vgl. de Ridder 2011). Die aus Art. 1 Abs. 1 GG folgende staatliche Schutzpflicht würde verlangen, dem Wunsch des:der Betroffenen nach der Beendigung dieses Leidens nachzukommen. Anwendung findet eine solche argumentative Konstruktion im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zur Abgabe einer tödlichen Medikamentendosis zum Zwecke des Suizids vom März 2017 (BVerwG, U. v. 02.03.2017 - 3 C 19/15, BVerwGE 158, 142-163). Allerdings beruft man sich hier nicht auf die Menschenwürde, sondern die extreme Notlage der Betroffenen. Zudem folgt aus dem Urteil keine Hilfspflicht des Staates im Sinne der Unterstützung bei der Ausführung, sondern lediglich in der Beseitigung von Hindernissen für einen selbstbestimmten Suizid (Jansen 2017). Diese Maßnahmen werden allerdings in der Beschaffung von Medikamenten zur Selbsttötung sehr konkret ausgestaltet.

Die Auslegung des Bundesverwaltungsgerichts erlaubt zudem keine generelle Herleitung eines Rechtsanspruchs auf den Suizid. Denn sie gibt erstens mit der extremen Notlage einen sehr kleinen Wirklichkeitsausschnitt wieder und betrifft zweitens nur gravierendes und unheilbares körperliches Leiden (Jansen 2017). Ließe sich ein allgemeines Recht auf den Suizid aus einer extremen Notlage allein oder tatsächlich unmittelbar aus der Menschenwürde im verfassungsrechtlichen Verständnis ableiten, so hätte das weitreichende Konsequenzen. Denn die Menschenwürde zeichnet sich im Gegensatz zu den übrigen Grundrechten durch ihre „Unantastbarkeit“ (Art. 1 Abs. 1 GG) aus. Somit genießt sie gegenüber anderen Rechtsgütern eine Vorrangstellung und darf unter keinen Umständen gegen diese abgewogen werden – unabhängig davon, ob ein Mensch gesund, körperlich oder psychisch krank ist. Allerdings ist sie im rechtlichen Sinne ein objektiver Begriff und kann daher nicht als Ausdruck individueller Vorstellungen vom Sinn und Wert des eigenen Lebens gedeutet werden (vgl. Gutmann 2010; Weilert 2018). Daraus folgt etwa, dass auf die Wahrung der Menschenwürde nicht verzichtet werden kann. Es gibt demnach keine Möglichkeit, nach dem Wert eines menschlichen Lebens zu differenzieren. Genau das ist jedoch streng genommen der Fall, wenn Ärzt:innen unter Berufung auf ein als entwürdigend und wertlos empfundenen Dasein Suizidassistenten leisten:

Sie bedeutet „zumindest implizit ein Einverständnis mit dem Urteil des Betroffenen, dass sein Leben keinen Sinn und Wert mehr hat. Als Arzt über Wert oder Unwert des menschlichen Lebens zu entscheiden, erweckt den Anschein, als gäbe es objektive, medizinische Kriterien, nach denen sich der Wert des menschlichen Lebens bestimmen ließe“ (Hohendorf 2011).

Letztendlich handelt es sich bei der Begründung eines Rechts auf den Suizid anhand der Garantie der Menschenwürde um ein theoretisches Konstrukt, das nur einen Teilaspekt des Wesens einer Selbsttötung berücksichtigt. Denn sie übersieht die Not und die Verzweiflung, die unabhängig von psychischer und körperlicher Krankheit mit ihr verbunden sind: „Clearly, suicide as we know it does not tend on the whole to promote human dignity; it is a dismal, pathetic affair.“ (Battin 1982: 187)

Doch auch die Forderung des Rechts auf den Suizid als eigenständiges Grundrecht oder im Rahmen der Menschenwürdegarantie können nicht von ihrem Entstehungshintergrund getrennt werden. Einige dieser Postulate stammen aus einer Zeit, in der die Lebensverlängerung um jeden Preis lange noch nicht so umstritten war wie heute. Ebenso wenig war die Achtung der Patientenautonomie ein so zentrales und selbstverständliches Thema wie in der gegenwärtigen Bioethik. Dies ist beispielsweise bei Jean Améry's „Diskurs über den Freitod“ der Fall, in dem er den Suizid als unveräußerliches Menschenrecht etablieren will (Améry 2015). Sein Plädoyer entstand 1976, die bioethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress wurden dagegen 1979 erstmals veröffentlicht. Man sollte die Vorwürfe gegenüber ärztlicher Entmündigung nicht unabhängig vom damaligen Stand der medizinethischen Diskussion begreifen. Daher lassen sich auch die entsprechenden Infragestellungen paternalistischer, unter Umständen gewaltsamer Suizidverhinderung nicht ohne Weiteres auf aktuelle Forderungen nach der Liberalisierung des ärztlich assistierten Suizids übertragen.

Selbsttötung und freie Entfaltung der Persönlichkeit

Damit bleibt der Suizid ein Recht im Rahmen der allgemeinen Handlungsfreiheit. Bei der Ausübung dieses Persönlichkeitsrechtes dürfen Ärzt:innen strafrechtlich gesehen mitwirken, sie müssen es aber nicht (Roxin 2016). Nun stellt sich die Frage, inwiefern die Entfaltung der Persönlichkeit mit der Vernichtung derselben einhergehen kann. Ob die Persönlichkeit einen lebendigen Menschen voraussetzt oder das irdische Leben überdauern kann, ist ein philosophisches Problem. Darüber hinaus besteht keine Pflicht zur Ausübung von Grundrechten, also auch nicht dem Recht auf Leben: Der Sinn des absoluten Schutzes bestimmter unveräußerlicher Rechte besteht nicht im Zwang zu deren Ausübung als Pflichten, sondern darin, sie im Sinne von Abwehrrechten vor Missbrauch und staatlichen Übergriffen zu schützen (vgl. Battin 1982; Schork 2008; Weilert 2018; Berghäuser et al. 2020). Neben dieser klassischen Dimension der Grundrechte erwachsen aus ihnen Ansprüche gegenüber dem

Staat, indem dieser u.a. die Möglichkeit ihrer Ausübung für die Bürger:innen zu gewährleisten und sie vor Verletzung seitens Dritter zu verteidigen hat (Epping 2019). Dagegen müsse er nicht dafür Sorge tragen, so die Auffassung einiger Positionen, „den Träger des Rechts auf Leben vor sich selbst zu schützen, wenn dieser auf die Ausübung dieses Rechts verzichten will“ (Wildhaber 2004, zitiert in Fenner 2008: 60). Gegen die Herleitung dieser sogenannten negativen Grundrechtsdimension von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 spricht im Hinblick auf die damit verbundene Gewährleistung staatlicher Schutzpflichten – also eines Rechts auf den Suizid – allerdings der Normzweck von Art. 2 Abs. 2 Satz 1: Insofern wird das Recht auf Leben als ein Höchstwert der Verfassung vor dem entstehungsgeschichtlichen Hintergrund der nationalsozialistischen Vergangenheit mitunter als „ein Grundrecht mit ausschließlich positivem Gewährleistungsgehalt“ gedeutet (Hillgruber 2015: 117 nach Müller-Terpitz 2009; vgl. DiFabio 2017).

Es ist also keine Frage, dass die freie Ausübung der Persönlichkeitsrechte gegenwärtig nicht mehr und nicht weniger als eine Erlaubnis für den:die Einzelne:n darstellt, sich gegen das eigene Leben zu entscheiden. Damit besteht weder eine rechtliche noch eine moralische Verpflichtung, sich das Leben nicht zu nehmen, selbst wenn sämtliche guten Gründe dagegen zu sprechen scheinen. Denn jeder Mensch hat, ob aus vernünftigen Gründen oder nicht, „die Freiheit, sich gegen das Leben zu entscheiden“ (Birnbacher 1990: 419). Dennoch wird versucht, aus diesem Grundrecht mehr als nur die individuelle Handlungsfreiheit herauszulesen. Im Rahmen von Art. 2 Abs. 1 GG rücke nämlich „die geistig-seelische Entscheidung zur suizidalen Handlung in den Vordergrund“ (Fenner 2008: 61). Diese verbinde in einigen Fällen die Beendigung des eigenen Lebens so fundamental mit der Persönlichkeit, dass Art. 2 Abs. 1 GG gegenüber Art. 2 Abs. 2 GG in den Vordergrund treten müsse. In diesem Sinne kann man Dagmar Fenner zufolge beispielsweise den Suizid von Jean Améry als künstlerische Ausdrucksform verstehen. Solche Suizide könnten im Rahmen der „Inszenierung des eigenen Sterbens durchaus Teil der positiven Entfaltung der eigenen Persönlichkeit“ darstellen (Fenner 2008: 63f.). Allerdings ist hier kritisch anzumerken, dass man den Suizid eines Künstlers, dessen Schaffen zeitlebens von romantischen Motiven der Todessehnsucht geprägt ist, nicht unbedingt allein als Vollendung eines künstlerischen Lebenswerks deuten muss. Auch Depressionen können häufig die Betroffenen ein ganzes Leben lang mit Todesphantasien quälen, die somit zum dauerhaften zentralen Bestandteil ihrer Existenz werden. Der Unterschied dieser Menschen zu depressiv erkrankten Künstler:innen bestünde dann

lediglich darin, dass letztere jene zentralen Bestandteile ihrer Existenz in ihr Kunstwerk integrieren und dadurch verarbeiten.

Freiverantwortlicher Suizid und allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG)

Im Gegensatz zu diesen Sonderfällen wird die Forderung nach dem Recht auf Unterstützung beim Suizid vor allen Dingen dann gestellt, wenn eben jene Entfaltung der eigenen Persönlichkeit nicht mehr möglich ist, weil die Betroffenen „wichtige Lebensziele, die für ihre Identitäts- oder Persönlichkeitsentwicklung zentral sind, nicht realisieren können“ (Fenner 2008: 64). Die Angst vor der Preisgabe der eigenen zentralen Wert- und Würdevorstellungen geht in diesem Falle sozusagen mit einem freiwilligen Verzicht auf die Ausübung des Rechts auf Persönlichkeitsentfaltung einher. Dagmar Fenner sieht darin jedoch zugleich die indirekte Inanspruchnahme dieses Rechts, „indem man einem unausweichlichen Identitätsverlust vorbeugen oder seine Persönlichkeit nicht in Gefahr bzw. in entwürdigende oder verletzende Umstände bringen will“ (Fenner 2008: 64). Unter Berufung auf die Unterscheidung negativer Freiheitsrechte und positiver Sozialrechte hält Fenner es für nicht mehr zeitgemäß, die Unterstützung beim Suizid zu verweigern.⁸² Nach der heutigen Rechtsauffassung müsse der Staat die Möglichkeiten zur Wahrnehmung der Grundrechte gewähren: Da „die radikal-liberale Idee eines reinen ‚Nachtwächterstaates‘ längst als irreführend entlarvt“ ist und daher „der Schutz der Grundrechte durchaus einen Auftrag an den Staat“ impliziert, habe dieser „die Voraussetzungen ihrer Entfaltung bereitzustellen“ (Fenner 2008: 73). Das kann dazu führen, dass bei seelisch oder körperlich Schwerstkranken alles getan werden muss, um ihr Leben zu schützen. Der freiverantwortliche Wunsch kann aber auch dazu führen, dass das Sterbenwollen respektiert werden muss. Daraus lässt sich jedoch keine staatliche Pflicht zur Errichtung niederschwelliger institutionalisierter Unterstützung beim Suizid ableiten, wie Fenner sie entwirft: Zwar spricht sie sich dafür aus, dass der Staat in erster Linie dem Lebensschutz verpflichtet sei und „Beratungsstellen“ einrichten sollte, die zunächst einmal „eine gemeinsame Diskussion von Handlungsalternativen“ anregt. Diese sollten „in

⁸² Sie bezieht sich hier auf Georg Jellinek (1905). System der subjektiven öffentlichen Rechte. Jellinek teilt den Stellenwert von Rechten in drei Gruppen ein: Freiheitsrechte mit sogenanntem „status negativus“ entsprechen dabei lediglich dem Schutz vor Eingriffen Dritter oder des Staates, weiter Sozialrechte mit „status positivus“, die mit Ansprüchen staatlicher Leistungen verbunden sind, sowie politische Rechte mit „status activus“, die eine aktive politische Beteiligung der Bürger ermöglichen, s. hierzu die Darstellung Jellineks in Fenner (2008: 71f.)

Notfällen auch kurzfristig unbürokratische finanzielle Unterstützung bieten“, um es den Betroffenen zu ermöglichen, „ein selbstbestimmtes, erfüllendes Leben zu führen und ihre Persönlichkeit erfolgreich zu entfalten“ (Fenner 2008: 75f.). Wenn allerdings diese Beratung keine der „Zufriedenheit der Betroffenen“ gemäßen Ergebnisse bringt, habe der Staat für die Bereitstellung sicherer und sauberer Suizidunterstützung zu sorgen: „Wo all diese Bedingungen erfüllt sind, sollte der Anspruch auf Suizidbeihilfe geltend gemacht werden dürfen, sei es gegenüber staatlich kontrollierten (mobilen) Sterbehilfeorganisationen, sei es in staatlich geförderten Suizidkliniken“ (Fenner 2008: 76).

Für Fenners Sozialutopie scheint jedoch gar nicht ein möglichst umfangreicher Fürsorgestaat maßgeblich zu sein. Unter Berufung auf Ludwig Minelli, den Gründer der Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas, merkt sie an: „[D]urch gezieltes Austrocknen der Suizidmethoden (wie etwa die Entgiftung des Hausgases) oder technische Neuerungen bei Pharmazeutika (keine letale Wirkung mehr bei Überdosis) die Ausübung des ‚Rechts auf den Suizid‘ zunehmend erschwert werde“ (Fenner 2008: 74 mit Minelli (2004)). Selbstverständlich werden weder Minelli noch Fenner diese Maßnahmen ernsthaft rückgängig machen wollen, sondern spielen auf die Ermöglichung „humaner Suizidmethoden“ durch die staatliche Ausgabe von Natrium-Pentobarbital an. Fenner gesteht zu, dass zuvor eine „eingehende Beratung darüber stattgefunden haben“ müsste, „ob die zur Lebenskrise führenden Probleme nicht auf andere Weise gelöst werden und den Betroffenen erneut zu einer lebensorientierten Selbstbestimmung verholfen werden könnte“ (Fenner 2008: 75).

Einrichtungen zur Förderung besagter lebensorientierter Selbstbestimmung sind Standard psychotherapeutischer Krisenintervention bei Suizidalität. Sie wurden bereits vor Jahrzehnten von Erwin Ringel ins Leben gerufen, ihr Nutzen und ihre ethische Legitimität sind kaum umstritten. Dagegen wären die Fenner vorschwebenden Suizidkliniken, obschon „staatlich gefördert“, wohl unter das vom Bundesverfassungsgericht nunmehr für nichtig erklärte Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe gemäß § 217 StGB gefallen. Trotz dieses jüngsten Urteils der BVerfG vom Februar 2020 wird aber auch zugestanden, dass der Gesetzgeber gesellschaftlichen Entwicklungen entgegenzutreten darf und muss, die eine vermeintliche Normalität der Inanspruchnahme von Suizidbegleitung suggerieren würden (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 248-251; s.a. Roxin 2016). Bezüglich der staatlichen Ausgabe von Natrium-Pentobarbital muss diese gemäß dem Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom März 2017 in extremen Notlagen unter Voraussetzung einer

unheilbaren körperlichen Erkrankung und der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung staatlicherseits zugestanden werden. Die Kritik, dass die Suizidbegleitung damit auf einen inhumanen bürokratischen Akt reduziert wird, führt wiederum zurück zur Forderung nach ärztlicher Suizidassistenz (Jansen 2017: 167f.). Diese kann aber niemals einen Rechtsanspruch gegenüber einzelnen Ärzt:innen begründen (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 342).

Hingegen stellt ein grundsätzliches Verbot der Voraussetzungen, Unterstützung beim Suizid anzunehmen (sofern letzterer auf einer freiverantwortlichen Entscheidung beruht), nach aktueller Auffassung des Bundesverfassungsgerichts wiederum einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Ausübung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 GG) dar: Dieses umfasse „als Ausdruck persönlicher Autonomie auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben, welches das Recht auf Selbsttötung einschließt. Der Grundrechtsschutz erstreckt sich auch auf die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und sie, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen“ (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 208). Daraus folgt zunächst einmal nur, dass der Staat „auch faktisch hinreichenden Raum zur Entfaltung und Umsetzung“ (Rn. 341) dieses Rechts belässt, seine Ausübung also nicht durch Verbote gänzlich unterbindet. Die Gewährleistung einer niederschweligen und flächendeckenden Infrastruktur, wie beispielsweise Fenner sie fordert, ist dadurch jedoch noch lange nicht legitimiert. Im Gegenteil steht es dem Gesetzgeber zu, ggf. auch eine strenge Regulierung der organisierten Suizidbegleitung vorzunehmen (Rn. 338f.). Das Bundesverfassungsgericht deutet lediglich an, dass nun „eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts der Ärzte und der Apotheker“ sowie „möglichweise auch Anpassungen des Betäubungsmittelrechts“ ansteht (Rn. 341).

So bleibt die künftige konkrete Ausgestaltung des assistierten Suizids in Deutschland gegenwärtig noch offen. Mehrere im Vorfeld des Urteils vorgelegte alternative Gesetzesentwürfe schlagen vor, den ärztlich assistierten Suizid ausdrücklich zu erlauben,⁸³ zugleich aber andere Formen der geschäftsmäßigen Sterbehilfe zu ahnden (Borasio et al. 2014; Schöch et al. 2015). An dieses Verbot müsse eine staatliche Verpflichtung zur Bekämpfung der Auslöser von Sterbewünschen im Sinne einer Verbesserung des Pflegenotstands und der

⁸³ hierfür müsste das ärztliche Berufsrecht dahingehend vereinheitlicht werden, dass die Suizidbegleitung im Rahmen einer ärztlichen Gewissensentscheidung zulässig bleibt, so die Resolution von 150 Strafrechtslehrer:innen um Eric Hilgendorf und Henning Rosenau (Hilgendorf & Rosenau 2015).

Altenfürsorge sowie ein Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung geknüpft werden (Roxin 2016). Zudem habe der ärztlichen Suizidassistenten eine verbindliche, umfassende und lebensorientierte persönliche Beratung über den aktuellen Zustand, dessen Aussichten und palliativmedizinische Alternativen voranzugehen (Borasio et al. 2014). Die ärztliche Suizidbegleitung auf den Ausnahmefall schweren und unheilbaren körperlichen Leidens zu beschränken sei insofern legitim, als ärztliches Handeln nur bei Krankheit notwendig werde. Im Fall von anders motivierten Sterbewünschen handle es sich dagegen bei der Suizidassistenten nicht um eine ärztliche Aufgabe, weshalb sie dann geahndet werden müsse (Roxin 2016). Dem widerspricht die aktuelle Auffassung des BVerfG allerdings: Vielmehr verbiete es sich, die Anerkennung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Sterben von „Maßstäben objektiver Vernünftigkeit“ oder „materiellen Kriterien“ wie dem „Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen“ (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 340). Gleichwohl sei sicherzustellen, dass die Willensbildung nicht durch irrationale Fehleinschätzungen der Realität oder eine akute psychische Störung beeinflusst wurde (Rn. 241-246; vgl. auch Dorneck et al. 2021). Zwei der bislang seitens des Bundestags vorgelegten Gesetzesentwürfe fordern hier lediglich Volljährigkeit sowie die Erfüllung der Kriterien der strafrechtlichen Schuld- und Einwilligungsfähigkeit in Verbindung mit einem ergebnisoffenen Beratungsangebot (Bundestagsdrucksache, 20/2332, 2022) bzw. einer ärztlichen Verpflichtung zum Einholen eines entsprechenden Fachgutachtens im Falle von Zweifeln an einer freien Willensbildung (Bundestagsdrucksache, 20/2293, 2022).

2. Der Suizid als rationale Bilanz?

2.1 Kann ein Suizid überhaupt mit der Vernunft vereinbar sein? Hector Wittwers Untersuchungen zur rationalen Selbsttötung aus philosophischer Sicht

Die Vorstellung, sich das Leben zu nehmen, beschreiben einige Menschen als vage Option, andere als konkreten Plan, für manche wird sie zu einer Phantasie, die Zwangscharakter annehmen kann. Bei den meisten Menschen löst sie jedoch Unverständnis und Unbehagen aus: Ob aus religiösen Gründen, aus Hoffnung auf Besserung, aus Pflichtgefühl gegenüber Anderen, aus Angst vor dem Sterben oder der Ungewissheit, was nach dem Tod sein wird – der Suizid widerspricht auf ganz grundlegende Weise der Intuition vieler von uns. Diese Tatsache korreliert mit der in der neuzeitlichen Philosophie weit verbreiteten Auffassung,

dass die Selbsttötung unvereinbar mit der menschlichen Vernunft ist.⁸⁴ Sie hat eine Reihe an Argumenten hervorgebracht, die aus der Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen Rationalität und Selbsterhaltung besteht, ein rationales Suizidverbot herleiten: Wenn es vernünftig ist, sein Leben zu erhalten, und unvernünftig, es zu vernichten, sollte die Selbsttötung vernünftigerweise unterlassen werden (vgl. Wittwer 2003: 75f.). Einige Vertreter:innen gehen von einer absoluten Gültigkeit dieses Verbots (striktes Prinzip der Selbsterhaltung) aus,⁸⁵ der Suizid stellt für sie folglich in jedem Falle per se eine irrationale Handlung dar. Andere Positionen halten es zwar ebenfalls für prinzipiell unvernünftig, sich das Leben zu nehmen, ohne jedoch die Möglichkeit einer gerechtfertigten Abweichung von diesem Grundsatz auszuschließen (offenes Prinzip der Selbsterhaltung). Maßstab für die (Ir-)Rationalität einer Selbsttötung ist dann nicht die Handlung selbst, sondern der ihr vorausgegangene Prozess der Güterabwägung.⁸⁶Héctor Wittwer (2003) hinterfragt die Annahme des Zusammenhangs von Rationalität und Selbsterhaltung. Er selbst vertritt dabei die folgenden beiden Thesen:

„(I) In der modernen Philosophie ist zu zeigen versucht worden, daß das Streben nach Selbsterhaltung als ein striktes Prinzip konstitutiv für Rationalität ist. Die entsprechenden Selbsterhaltungstheoreme werden auch noch in der Gegenwart vertreten.

(II) Wenn überhaupt, dann ist das Streben nach Selbsterhaltung nur im Sinne eines offenen Prinzips konstitutiv für Rationalität.“ (Wittwer 2003: 70).

Wittwers Auffassung zufolge gibt es „keine überzeugenden Argumente dafür, dass es unter allen Umständen vernünftig wäre, das eigene Leben zu erhalten.“ Er macht damit jedoch keine Aussage über das tatsächliche Vorkommen solcher Umstände: Seine Folgerungen zur rationalen Selbsttötung gelten nur für „ihre Möglichkeit. Ob und wie häufig sie wirklich

⁸⁴ Insbesondere die nach-aristotelischen Schulen der antiken Philosophie, unter ihnen die Stoiker, hielten vernünftige Selbsttötungen durchaus für möglich: Maßstab für sie waren die jeweiligen Umstände der Selbsttötung, nicht die Entscheidung gegen das Leben, dem kein Eigenwert zugeschrieben wurde, vgl. Wittwer (2003: 49)

⁸⁵ Ein striktes Prinzip bezeichnet einen Grundsatz, der als uneingeschränkt gültig betrachtet wird, vgl. Wittwer 2003: 69f.

⁸⁶ wird die Selbsterhaltung im Sinne eines offenen Prinzips als Grundlage der Vernunft betrachtet, so geht man davon aus, dass es gegebenenfalls „gute Gründe“ dafür geben kann, dieser „Regel nicht zu folgen, ohne dadurch ihre Geltung in Frage zu stellen.“ Die Vernunft wird also dazu gebraucht, die Angemessenheit der Ausnahme von einer grundsätzlich als unvernünftig betrachteten Lösung zu beurteilen, s. Wittwer 2003: 69f.

vorkommen, kann nur empirisch untersucht werden.“ Damit bezieht sich Wittwers Kritik lediglich auf „die These, daß alle oder die meisten Selbsttötungen irrational sind“ (Wittwer 2003: 70ff.).

2.1.1 Widerspruch der Suizid dem natürlichen Wesen des Menschen?

Ein grundsätzlicher Einwand gegen den Suizid beruft sich auf die Annahme, dass der Mensch nicht nur vernünftigerweise, sondern seinem Wesen nach zur Selbsterhaltung bestimmt sei. Wer sich das Leben nimmt, handle dieser Bestimmung zuwider und verhalte sich daher irrational, unnatürlich, krankhaft oder unmoralisch. In jedem Falle müsse ihm das, was den Menschen normalerweise ausmacht, abhandengekommen sein (Wittwer 2003: 114). Der besagte Einwand wird in mehreren Formen vertreten, deren jeweils zugrunde liegenden Theorien aus unterschiedlichen Argumenten hergeleitet und in unterschiedlichem Maße ausdifferenziert sind. Als wenig aussagekräftig beurteilt Wittwer beispielsweise solche Positionen, die von einer „Widernatürlichkeit“ bzw. „Unnatürlichkeit“ des Suizids ausgehen. Denn aus der Tatsache, dass der menschliche Organismus naturgemäß auf das Überleben ausgerichtet ist, lasse sich keine naturnotwendige Bestimmung zur Selbsterhaltung herleiten (Wittwer 2003: 60-64).

Zu den Positionen, die das Streben nach Selbsterhaltung als eine wesentliche menschliche Eigenschaft betrachten, zählt Wittwer weiter die sogenannte „Krankheitstheorie“. Diese besagt, dass der Suizidalität ausschließlich krankheitsbedingt bzw. als Krankheit an sich erklärbar sei. Folglich ist für diesen Ansatz „eine vernünftige Selbsttötung prinzipiell ausgeschlossen: Die Suizidenten sind Wahnsinnige.“ Man geht hier davon aus, „daß sich ein Mensch, solange er gesund ist, nicht töten will bzw. daß er, sobald er einen Suizidversuch unternimmt, nicht mehr gesund ist“ (Wittwer 2003: 114). Problematisch daran sei zum einen, dass sich die Krankheitstheorie empirisch deshalb nicht überprüfen lasse, weil hier der Krankheitsbegriff bereits in der Definition von Suizidalität enthalten ist. Auch versäume es die Suizidologie, „die Begriffe des Normalen und Unnormalen von denen des Gesunden und Kranken“ zu differenzieren und ziehe auf diese Weise unzulässige Schlüsse aus der Seltenheit des Suizids. Darüber hinaus verweist Wittwer auf den deskriptiven Charakter der Begriffe: „Selbst wenn eine rationale oder moralische Norm der Selbsterhaltung begründet werden könnte, wäre damit die Frage, ob es einen konstitutiven Zusammenhang zwischen Gesundheit und Selbsterhaltungstreben gibt, noch gar nicht berührt“ (Wittwer 2003: 117f.).

Die Definition von Suizidalität als ausschließlich pathologisches Phänomen impliziert also Wittwer zufolge, dass diese mit einem Verlust an maßgeblichen menschlichen Wesenszügen einhergeht. Hierin weise sie eine Verwandtschaft mit einer sehr frühen Form der Lehre von der Selbsterhaltung auf, die sich in Spinozas Philosophie findet. Ihr liegt die Annahme zugrunde, dass die Vernichtung eines Dinges nur durch äußere Umstände herbeigeführt werden könne; eine Selbstzerstörung sei dagegen nicht möglich (Wittwer 2003: 98).⁸⁷ Denn alles Existierende strebe stets danach, „in seinem Sein zu verharren“, sich also aktiv selbst zu erhalten und die eigene Zerstörung zu verhindern (Spinoza E III, P6, zitiert nach Wittwer 2003: 100). Dies gelte in gleichem Maße für den menschlichen Geist, der sich der Abhängigkeit seines Daseins von der körperlichen Existenz bewusst sei und diese daher in all seinem Streben selbst zu erhalten versuche (Wittwer 2003: 101). Es ist eben jenes „Streben, im Sein zu verharren“, das für Spinoza letztlich das menschliche Wesen definiert. Da wiederum „die Tugend ein Vermögen ist, das sich aus dem Wesen des Menschen mit Notwendigkeit ergibt“, sei das Streben nach Selbsterhaltung ein Maß für die Tugend dieses Menschen. Entsprechend bedeute ein Verzicht darauf, für die eigene Selbsterhaltung zu sorgen oder sich gar selbst zu vernichten, eine Einbuße an Tugendhaftigkeit (Wittwer 2003: 102). Ähnliches müsse, so Wittwer, bei Spinoza für die Vernunft gelten: Als menschliche Fähigkeit lasse auch sie sich den „inneren Ursachen“ zurechnen und könne daher „selbst nichts erstreben oder vorschreiben, was zur Vernichtung des Menschen führen würde“ (Wittwer 2003: 108f.). Allerdings verweist er auf eine Textstelle in der Ethik, in der Spinoza Möglichkeiten der Selbsttötung beschreibt, die er für primär durch „äußere Ursachen“ bedingt hält. Insofern wäre der Suizid mit dem Selbsterhaltungsgebot dann vereinbar, wenn es den Betroffenen aufgrund der gegebenen Umstände nicht mehr möglich ist, „gemäß ihrer Natur, d.h. ihrem Wesen nach, in ihrem Sein zu verharren.“ Dies sei der Fall, wenn jene äußeren Umstände einen Menschen körperlich wie geistig derart verändern, dass er „eine anders geartete Natur annimmt und sich dann aufgrund dieser nun modifizierten Natur das Leben nimmt“ (Wittwer 2003: 102ff.). Streng genommen handelt es sich hier jedoch gemäß Spinozas Differenzierung in innere und äußere Ursachen der Zerstörung nicht mehr um eine Selbstvernichtung im eigentlichen Sinne: Von anderen Todesarten unterscheidet sich ein solcher Suizid „nur noch im Hinblick auf die Art und Weise, in der die äußeren Ursachen den Tod der Person bewirken“ (Wittwer 2005: 105 nach Mitchell Gabhart).

⁸⁷ zum Folgenden siehe Wittwers Auseinandersetzung mit dem vierten (P4) sowie sechsten bis zehnten (P6-10) Lehrsatz aus Teil III der Ethik von Spinoza (Wittwer (2003) nach Benedictus de Spinoza (1997). Die Ethik, Übersetzung von Jakob Stern. Reclam.)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Spinoza ein striktes rationales Suizidverbot vertritt: Die Selbsttötung sei ausnahmslos unvernünftig und widerspreche darüber hinaus dem menschlichen Wesen (Wittwer 2003: 110). Nimmt sich ein Mensch dennoch das Leben, so bedeutet dies entweder den Verlust des für sein Menschsein entscheidenden Wesenszuges; er sei nur „Mensch, solange er nach Selbsterhaltung strebt“ (Wittwer 2003: 106). Oder aber der Tod durch die eigene Hand wird durch die äußeren Umstände erzwungen und stellt demzufolge keine Selbsttötung dar. Zwar sind diese Folgerungen für Wittwer ihrer logischen Herleitung nach nicht angreifbar, allerdings ließen sie sich ebenso wenig verifizieren. Sie gingen – wie auch die „Krankheitsthese“ – von der Evidenz des Selbsterhaltungsstrebens als Voraussetzung für das menschliche Wesen aus (Wittwer 2003: 111ff.). Dabei vernachlässigten solche Theorien „die Sonderstellung des Menschen im Reich des Lebendigen“ und behandelten ihn „in Bezug auf die Selbsterhaltung wie alle übrigen Organismen“. Jedoch sei gerade die Tatsache, dass der Mensch über das Bewusstsein seiner – von sich selbst beeinflussbaren – Sterblichkeit verfügt, als sein „konstitutives Merkmal“ zu betrachten: Er allein ist nicht nur auf das blinde Überleben bedacht, sondern besitze die „Möglichkeit, zum eigenen Leben wertend Stellung zu nehmen“ und „eine Entscheidung für oder gegen das Weiterleben zu treffen“ (Wittwer 2003: 117f.).

2.1.2 Selbsttötung als Selbstwiderspruch und Missbrauch der Vernunft?

Obschon die Behauptung, dass der Suizid mit dem Verlust menschlicher Wesenszüge einhergeht, radikal klingen mag, so scheint die Beendigung des eigenen Lebens doch vielem zu widersprechen, worauf unsere Vernunft eigentlich ausgerichtet ist. Diese Ansicht findet sich in der kantischen Perspektive des rationalen Selbsttötungsverbots. Es beruht auf der Annahme, dass der Suizid einen „naturwidrigen Missbrauch“ in folgender Hinsicht darstellt: Zum einen wird das zur Selbsterhaltung bestimmte „Gefühl der Selbstliebe“ unzulässigerweise zur Selbstvernichtung gebraucht. Zum anderen zerstört letztere die Voraussetzung der moralischen Vervollkommnung und unterbindet damit die Bestimmung des Menschen. (Wittwer 2003: 178)

Nach Kant ist die Vernunft bekanntlich die Fähigkeit, sein Handeln aus eigenen Zügen und unabhängig von sinnlichen Neigungen am Sittengesetz zu orientieren. Als Richtlinie dient dem vernunftbegabten Wesen dabei der kategorische Imperativ: Es hat seine Handlungsgrundsätze – die Maximen seines Handelns – stets dahingehend zu überprüfen, ob sie sich

jederzeit widerspruchsfrei als ein allgemeingültiges Gesetz denken lassen.⁸⁸ An diesem Punkt stößt nun, so Kant, die Maxime des Suizidenten⁸⁹ bereits auf einen Widerspruch: Des- sen Entscheidung komme nämlich durch seine „Selbstliebe“ zustande, insofern als die Be- endigung des eigenen Lebens dazu dienen soll, unerwünschten Lebensumständen zu entge- hen. Die Verallgemeinerung ihrer Maxime zum allgemeinen Naturgesetz⁹⁰ würde jedoch ergeben, dass sich aufgrund des bzw. durch das „Prinzip der Selbstliebe“ das Leben selbst aufheben könnte, und das kann nach Kant kein Naturgesetz sein:

„Es fragt sich nur noch, ob dieses Prinzip der Selbstliebe ein allgemeines Naturgesetz werden könne. Da sieht man aber bald, daß eine Natur, deren Gesetz es wäre, durch die- selbe Empfindung, deren Bestimmung es ist, zur Beförderung des Lebens anzutreiben, das Leben selbst zu zerstören, ihr selbst widersprechen und also nicht als Natur beste- hen würde, mithin jene Maxime unmöglich als allgemeines Naturgesetz stattfinden könne und folglich dem obersten Prinzip aller Pflicht gänzlich widerstreite.“ (Kant GMS AA IV: 421f.)

Eine Verallgemeinerung der Maxime des Suizidenten führt Kants Auffassung zufolge also auf den Widerspruch, dass ein und dasselbe Prinzip, die Selbstliebe, zugleich zur Selbster- haltung und zur Selbstvernichtung führen müsste. Kant selbst hat die Widersprüchlichkeit der Selbsttötung anhand der nicht bestandenen Überprüfung als Naturgesetz als erwiesen betrachtet (Wittwer 2003: 131). Dabei unterstellt er, wie Wittwer feststellt, unzulässiger- weise eine vollständige „Analogie zwischen allgemeinen Gesetzen und Naturgesetzen“. Er scheint damit veranschaulichen zu wollen, dass in seiner Philosophie die Vernunft mit einer Selbstverständlichkeit zum Befolgen des Sittengesetzes führt, die der Gesetzmäßigkeit von Naturereignissen gleicht.⁹¹ Somit würde „im Falle guter Handlungen das Bewußtsein

⁸⁸ s. hierzu auch Wittwers Überblicksdarstellung der Grundlagen zu Immanuel Kant in Wittwer (2003: 122ff.)

⁸⁹ aus Gründen der Lesbarkeit wird im folgenden Abschnitt das Schriftbild aufgrund von wiederholten Zita- ten dem Stil Wittwers angepasst und vorübergehend auf eine gendergerechte Sprache verzichtet, gemeint sind jedoch auch hier alle Geschlechter. Nach Möglichkeit werden genderneutrale Formulierungen ver- wendet.

⁹⁰ Wittwers Erläuterung zufolge geht der Naturbegriff hier über das geläufige Verständnis von Naturgesetzen hinaus: Er „wird bestimmt als das Dasein der Dinge, sofern es nach allgemeinen Gesetzen bestimmt ist. Der Bereich 'Dinge' wird nicht eingeschränkt, so daß er sowohl Körper und Naturereignisse als auch Ge- sinnungen und Entscheidungen einschließen kann. Natur ist ihrer Form nach bestimmt durch die Allge- meinheit des Gesetzes, wonach Wirkungen geschehen. Gemeint sind hier offenbar universelle Zusammen- hänge zwischen bestimmten Ursachen und die durch sie bewirkten Folgen.“ Damit erklärt Kant seine An- nahme vom „Übergang von der Gesetzes-Formel zur Naturgesetz-Formel“ (Wittwer in Auseinanderset- zung mit Kant in Wittwer 2003: 125).

⁹¹ Wittwers Auffassung zufolge muss Kants Bezeichnung des allgemeinen Gesetzes bzw. Naturgesetzes „als eine rhetorische Verstärkung aufgefasst werden, durch die dem Gesetzesbegriff keine inhaltliche Bestim- mung hinzugefügt wird“. Vielmehr habe Kant die „wesentlichen Merkmale eines Gesetzes in seiner All- gemeingültigkeit bzw. Ausnahmslosigkeit“ definiert (Wittwer 2003: 154).

des Sittengesetzes und die Handlung sich als Ursache und Wirkung so zueinander verhalten wie zwei kausal miteinander verknüpfte Naturereignisse“ (Wittwer 2003: 127). Dies führt jedoch nach Wittwers Ermessen dazu, dass Kants Widerspruchsvorwurf seinerseits inkonsistent ist. Denn die Maxime des Suizidenten würde folgendermaßen lauten: „Jedermann ist gewillt, seinem Leben ein Ende zu setzen, falls er des Lebens überdrüssig sein sollte“ (Wittwer 2003: 140). Daraus ergebe sich die Schwierigkeit, dass die verallgemeinerte Maxime das „intentionale Element“ gewillt enthält. Doch dies sei für „kausale Naturgesetze im Sinne Kants“ nicht zulässig: Folglich sei es „unmöglich, durch die Verallgemeinerung eines Handlungsgrundsatzes zu einem Naturgesetz zu gelangen, ohne das intentionale Element der Maxime zu beseitigen und sie somit als Maxime aufzuheben“. (Wittwer 2003: 140)

Wenn man dennoch ungeachtet dieser Schwachstelle eine Verallgemeinerung der Maxime des Suizidenten vornimmt, ergibt sich also nach Kant der Widerspruch, dass „das Prinzip der Selbstliebe im Allgemeinen zur Selbsterhaltung, in besonderen Fällen aber zur Selbstvernichtung führen würde.“ Dem entgegnet Wittwer nun, dass ein Widerspruchsvorwurf hier nur dann geltend gemacht werden dürfe, „wenn man bereits einen gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen dem Prinzip der Selbstliebe und dem Streben nach Selbsterhaltung unterstellt hat.“ Konsequenterweise müsste daher die Maxime einer Selbsttötung aus Selbstliebe, gemessen an den Kriterien eines kausalen Naturgesetzes, gegen dasselbe verstoßen. Doch: „Naturgesetze können nicht verletzt werden. Vielmehr muss die Gesetzhypothese 'Selbstliebe bewirkt Selbsterhaltung' aufgegeben werden, da sie falsifiziert ist“ (Wittwer 2003: 141).

Da es weder einen Verstoß gegen Naturgesetze noch eine „widersprüchliche Natur“ geben kann, ist für Wittwer „die Naturgesetzformel als moralisches Kriterium unbrauchbar“. Daraus kann er folgern, dass „sich die Frage nach der möglichen Universalisierbarkeit einer Maxime nur auf ein präskriptives Gesetz beziehen“ kann (Wittwer 2003: 141). In diesem Fall würde sie lauten: „Es ist erlaubt, sich zu töten.“ Da sich Kants Suizidverbot nicht auf Verpflichtungen gegenüber Mitmenschen bezieht, sondern lediglich auf „eine Pflicht gegen sich selbst“, könne man der entsprechenden Maxime keinen Widerspruch nachweisen. Als allgemeines Gesetz könne sie damit bereits gedacht werden (Wittwer 2003: 128). Zu unterscheiden davon sei jedoch – auch bei Kant – die Frage, ob diese Maxime „ohne Widerspruch als Gesetz gewollt werden“ kann (Wittwer 2003: 129). Sinnvoll ist eine derartige Unterscheidung allerdings nur bei Handlungsmaximen, die „von der Bedingung abhängig [sind],

daß bestimmte gesellschaftliche Praktiken im allgemeinen anerkannt werden“. Wittwer veranschaulicht dies am Beispiel des Lügens als falsches Versprechen: Die Betroffenen wollen zwar selbst lügen, können diese Maxime jedoch nicht zugleich als allgemeines Gesetz wollen, da ihnen sonst niemand Glauben schenken würde. Damit verhalten sie sich in ihrem Wollen widersprüchlich. Während diese Deutung beim Lügen einsichtig ist, kann sie, wie Wittwer nach Kersting feststellt, „kein Kriterium für 'selbstadressierte Handlungen' sein, also auch nicht für den Suizid“ (Wittwer 2003: 129f.). Denn das Wollen einer solchen Maxime sei nicht an „eine allgemein anerkannte Konvention“ gebunden: „Ob andere weiterleben wollen, kann dem Suizidenten gleichgültig sein. Dies unterscheidet ihn vom Lügner“ (Wittwer 2003: 130). Man kann ihm also nicht vorwerfen, dass seine verallgemeinerte Maxime „gegen das Rationalitätskriterium der Konsistenz verstößt“ (Wittwer 2003: 131).

Nun werden allerdings auch Interpretationen diskutiert, die Kants Naturgesetze – mangels einer eindeutigen Definition durch Kant selbst – nicht im Sinne von kausalen Zusammenhängen deuten, sondern als teleologische Gesetze verstehen. Sie würden sich damit auf eine Gesetzmäßigkeit im Sinne einer vorgegebenen Zweckgebundenheit beziehen. Der Unterschied zu kausalen Naturgesetzen besteht also darin, dass „in ihnen auf einen Zweck, ein Ziel oder eine Bestimmung zu etwas Bezug genommen wird.“ Der Gesetzesbegriff ergibt sich aus dieser Zweckmäßigkeit deshalb, weil sie einen Anspruch auf Allgemeingültigkeit und Ausnahmslosigkeit stellt (Wittwer 2003: 155f.).⁹² Im Rahmen des Zusammenhangs von Selbsterhaltung und Rationalität würde das bedeuten, dass die Vernunft nicht mit der Selbstvernichtung vereinbar sein kann, weil sie „entweder direkt zur Selbsterhaltung bestimmt ist oder zu etwas, für das Selbsterhaltung eine notwendige Bedingung ist“ (Wittwer 2003: 154). Wittwer zufolge ist die Vernunft bei Kant aber nicht als solche zur Selbsterhaltung bestimmt, sondern führt im Sinne unserer Anlage zur Moralität zur „Bestimmung des Menschen [...], nach moralischer Vervollkommnung zu streben, und diese schließt die Erhaltung des Daseins als ihre notwendige Bedingung ein“ (Wittwer 2003: 165f.). Für die Frage nach der Möglichkeit eines vernünftigen Suizids bedeutet die Bestimmung der Vernunft, so Wittwer, folgendes:

⁹² Allerdings betont Wittwer (2003), dass Kant zufolge die Annahme einer gesetzlichen Zweckmäßigkeit von Organismen oder anderen Naturgegebenheiten lediglich begreifbar machen soll, was unser begrenztes Erkenntnisvermögen nicht im Sinne eines kausalen Naturgesetzes erklären kann. Sie beziehen sich damit lediglich auf die „subjektiven Prinzipien der Urteilskraft“. Daher können sie „keine objektiven Gesetzmäßigkeiten der Natur zum Ausdruck bringen“ und dementsprechend „nicht den gleichen erkenntnistheoretischen Status wie Kausalgesetze haben“ (Wittwer 2003: 157-161).

„Wenn die Bestimmung der Vernunft zur Moralität normative Geltung beanspruchen darf, dann ist es verboten, sich zu töten, weil die Selbstvernichtung die notwendige Bedingung für das Streben nach moralischer Vervollkommnung beseitigt. In diesem Falle braucht man die Maxime des Suizidenten nicht auf ihre Gesetzestauglichkeit zu prüfen, weil sich das Suizidverbot direkt aus der Bestimmung der Vernunft ergibt.“ (Wittwer 2003: 174)

Doch ein solcher normativer Stellenwert der natürlichen Bestimmung der Vernunft gestaltet sich Wittwers Auffassung zufolge problematisch. Denn die „Verbindlichkeit des Gebots der Selbsterhaltung kann nicht allein dadurch begründet werden, daß wir genötigt sind, uns so zu begreifen, also ob die Natur uns zur Moralität bestimmt hätte.“ Da es sich bei Zwecken um „subjektive Absichten“ handle, dürfe ihnen nicht die normative Aussagekraft „von Geboten als objektiven Handlungsvorschriften“ zugestanden werden. Deshalb könne man dem Suizidenten zwar vorwerfen, dass er „seine natürliche Bestimmung 'verfehlt“, nicht aber irrationales Handeln im Sinne eines Verstoßes gegen „rationale Handlungsnormen“. (Wittwer 2003: 175f.)

Nun bezeichnet Kants Widerspruchsvorwurf nicht „die Maxime des Suizidenten selbst“, sondern unterstellt, „daß sie auf einen Widerspruch führe, sobald man versucht, sie als allgemeines Gesetz zu denken oder zu wollen“ (Wittwer 2003: 124). Weiter gehen jedoch andere Vertreter:innen des Arguments, indem sie die Suizidabsicht per se als Widerspruch zu entlarven versuchen (vgl. Wittwer 2003: 143). Dabei geht es etwa Adrian Holderegger um den Widerspruch, „daß der Suizident aus Freiheit auf Freiheit verzichtet“ (Wittwer 2003: 143). Denn es sei unvermeidbar, dass „der Akt der Selbstauslöschung gerade, auch wenn er höchster Freiheitsvollzug sein will, ein Stück Unfreiheit setzt, insofern sich die Freiheit ihrer konstitutiven Voraussetzung der zeitlichen Dauer und des leiblichen Ausdrucks beraubt“ (Holderegger 1995: 227, zitiert nach Wittwer 2003: 144). Unabhängig davon, dass man die Unterstellung bezweifeln sollte, alle Betroffenen betrachteten ihren Suizid als höchsten Freiheitsvollzug, muss man Wittwer zufolge „bedenken, daß der Akt des Suizids vor dem Tod ausgeführt wird und mit dem Tod endet. Solange der Suizident lebt, untergräbt er nicht seine eigene Freiheit. Sobald er aber tot ist, gibt es ihn nicht mehr“. Denn der Freiheitsbegriff setze die Existenz des Betroffenen voraus, weshalb man Freiheit und entsprechend Unfreiheit nur den Lebenden zuschreiben dürfe. Daher könne man den besagten Widerspruch nur dann feststellen, wenn sich Menschen deshalb das Leben nähmen, „um nach

ihrem Tode frei zu sein.“ Davon sei jedoch nicht auszugehen: „Stattdessen gebrauchen sie ihre Freiheit, um ihrem Leben und ihrer Freiheit ein Ende zu setzen“ (Wittwer 2003: 144f.).

Auch bei Léon Meynard findet Wittwer die Unterstellung, dass Suizident:innen ihre Handlung für einen Freiheitsvollzug halten, dass sogar alle von ihnen der Meinung sind, den 'höchsten Ausdruck der Freiheit' zu begehen. Zu dem von Wittwer bereits widerlegten vermeintlichen Widerspruch im Gebrauch der Freiheit kommt hier also eine Verallgemeinerung der Ziele aller Suizident:innen, bei der es sich angesichts der empirischen Realität um eine offensichtlich falsche Aussage handelt. Weiter kritisiert Wittwer, dass Meynard irrtümlicherweise „Freiheit“ mit „Befreiung“ gleichsetzt und daher zu dem Fehlschluss kommt, „daß der Suizid keine freie Handlung sei, weil er keine Befreiung ermögliche“. Für ebenso wenig zulässig hält er den Irrationalitätsvorwurf gegenüber der umgangssprachlich formulierte[n] Absicht, durch die Selbsttötung von den Leiden des Lebens 'erlöst' zu werden“. Denn die Hoffnung auf Erlösung von unerträglichem Leiden, die oftmals mit Todeswünschen verknüpft ist, dürfe nicht ausnahmslos als Irrglaube an eine fortgeführte Existenz missverstanden werden (Wittwer 2003: 146f.).

Dagegen begehe Felix Hammer zwar nicht den Fehler, von identischen Zielen aller Suizidenten auszugehen, doch setze auch er das Freiheitsbedürfnis als erstrangiges Ziel voraus und schließt daraus auf einen Selbstwiderspruch in der Suizidentscheidung. Dabei vertritt er die Auffassung, dass das quantitative Ausmaß an Freiheit dem qualitativen vorzuziehen sei, denn:

„Selbsttötung als Freiheitstat und gesammelter Entschluß impliziert ein Höchstmaß an Freiheit, das sie im Augenblick seiner Aktualisierung für immer zerstört. Bloß qualitatives Denken, das die Zeitigung menschlichen Daseins zur Dauer geringschätzt, wird daran keinen Anstoß nehmen. Endliche Freiheit aber wächst mit der Zeit. [...] Deshalb ist 'mehr' Freiheit bei gleicher Intensität 'weniger' Freiheit vorzuziehen.“ (Hammer 1975: 88 zitiert nach Wittwer 2003: 148)⁹³

Selbst wenn dieses Urteil zutrefte, kann man Wittwers Kritik zufolge dem Suizidenten nicht bereits deshalb die Verstrickung in einen Widerspruch vorwerfen, weil er „offenbar anderer Meinung ist. Er strebt nicht danach, sich möglichst lange als freies Wesen am Leben zu erhalten, sondern er will sterben.“ Er teilt damit lediglich Hammers „Kriterium der

⁹³ Kürzung des Zitats durch H.M.

maximalen Freiheitsverlängerung“ nicht. Daher würde er sich höchstens „unklug, nicht aber selbstwidersprüchlich verhalten.“ Ohnehin würde auch in diesem Fall ein „Selbstwiderspruch nur dann vorliegen, wenn er zugleich sterben und möglichst lange frei sein wollte“ (Wittwer 2003: 148f.).

Neben dem Versuch, die Widersprüchlichkeit der Selbsttötung im gleichzeitigen „Gebrauch der Freiheit zur Vernichtung der Freiheit“ nachzuweisen (Wittwer 2003: 149), beruft man sich auf das Streben des Menschen nach Glückseligkeit, wie Wittwer anhand von Manfred Sommers Position darstellt. Dieser hält die Selbsterhaltung für „das Prinzip der Rationalität selbst, sie bildet den Kern der Vernünftigkeit.“ Diese Annahme gelte es aus dem Grund vorauszusetzen, dass sie die einzige „Möglichkeit der Erfüllung des menschlichen Glücksverlangens“ darstelle. Sommer arbeitet also mit den beiden Annahmen, dass „jeder Mensch glücklich werden“ will und dies nur erreichen kann, „solange er am Leben bleibt“. Während Wittwer Letzterem zustimmt, dürfe man das Streben nach Glück geschweige denn eine konkrete Vorstellung davon nicht ohne Weiteres zugrunde legen. Zumal müsse man bezweifeln, „ob das, was gemeinhin unter Glück verstanden wird, überhaupt durch absichtliches Handeln erreicht werden kann.“ (Wittwer 2003: 150f.).

Darüber hinaus übersieht auch Sommer einen entscheidenden Aspekt der Realität vieler Suizident:innen, die keinen anderen Ausweg aus unerträglichem Leiden erkennen. Es wäre wohl verfehlt zu behaupten, sie verwickelten sich in ihrer Not in einen Selbstwiderspruch, indem sie die Entscheidung zur Selbsttötung mit dem Streben nach Glück verwechselten. So betont auch Wittwer (2003), „daß sich die Ansprüche an das eigene Leben, die unserem Handeln Orientierung geben, nicht immer im Verlangen nach Glück erschöpfen.“ Entsprechend sind unsere Entschlüsse „häufig durch Wertkonflikte gekennzeichnet, die durch eine Güterabwägung entschieden werden können.“ Als häufiger Gegenstand dieser Güterabwägung „gilt Leiden, sei es körperliches oder seelisches, als ein Übel, das um seiner selbst willen nicht angestrebt werden sollte.“ Da bei Sommer solche negativen Aspekte eines fortgeführten Lebens unerwähnt bleiben, hat es gemäß Wittwers Urteil als einseitig zu gelten. Denn man kann davon ausgehen, dass unter Umständen „die Aussichten auf kommendes Leid bedeutend größer sein können als die Erfüllung des Glücksverlangens“. Nur unter Berücksichtigung solcher „unterschiedlichen Wahrscheinlichkeitsgrade“ könne ein Entschluss den Kriterien einer „vernünftigen Entscheidung“ gerecht werden. (Wittwer 2003: 152f.)

2.1.3 Die (Un-)vorstellbarkeit des Totseins

Neben den bisher dargestellten Positionen ist versucht worden, die Irrationalität des Suizidenten an seinem Entschluss für den Tod als etwas Ungewisses und Unbegreifbares festzumachen. Diese Standpunkte werden unter dem thanatologischen Argument zusammengefasst. Zur erleichterten Abhandlung dieses Arguments geht Wittwer von einer endgültigen Todesvorstellung aus, die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod schließt er also bei seinen Betrachtungen aus.⁹⁴

Die Grundlage für das thanatologische Argument bildet erstens die Prämisse, dass eine Entscheidung nur dann als rational gelten kann, wenn „der Handelnde weiß, wofür er sich entscheidet, entweder aus eigener oder aus fremder Erfahrung.“ Gemäß einer weiteren Prämisse sind wir nicht fähig, zu „wissen, was der Tod ist“, somit sei es „unmöglich, sich vernünftigerweise für den Tod zu entscheiden.“ Suizident:innen entschließen sich also unvernünftigerweise mit dem Tod für einen Zustand, der sich „nur in der Vorstellung und nur metaphorisch erfahren lasse“, tatsächlich aber gänzlich unbekannt, „vielleicht sogar 'nichts' sei“.⁹⁵ Als Begründer des thanatologischen Arguments sieht Wittwer René Descartes. Dieser argumentiert, dass wir vernünftigerweise „niemals das Gewisse für das Ungewisse aufgeben dürften“. Ebenso „lehre die Vernunft, daß im irdischen Leben die Güter stets die Übel überwiegen“, wohingegen wir über das, was nach dem Tod kommt, keinerlei Gewissheit haben könnten.⁹⁶ Die Entscheidung von Menschen, die sich das Leben nehmen, sei demnach „aufgrund eines Irrtums ihres Verstandes und nicht aufgrund eines wohlbegründeten Urteils“ zustande gekommen und die Selbsttötung folglich irrational (Wittwer 2003: 181).

Entscheidend für die Prüfung der thanatologischen Begründungen der Selbsterhaltung ist Wittwers Auffassung zufolge der Unterschied zwischen Sterben, Tod und Totsein. Denn während es sich beim Totsein um „den Zustand einer Leiche“ handelt, bedeutet Sterben „die Endphase des Lebens“ als einen Prozess, der „zumindest teilweise bewusst erlebt werden kann“. Es ist oftmals mit Schmerzen verbunden und könne daher anders als der Tod sehr

⁹⁴ Er begründet sein „maßgeblich durch die Wissenschaften geprägtes Todesverständnis“ damit, dass dies auch die Grundlage der „meisten Vertreter des in Frage stehenden Arguments“ ist (Descartes ausgenommen) und man es „einer wachsenden Zahl unserer Zeitgenossen zuschreiben“ kann (Wittwer 2003: 181)

⁹⁵ vgl. hierzu Wittwers Auseinandersetzung mit Devine, P. (1998). On Choosing Death. In J. Donnelly (Hrsg.), *Suicide: Right or wrong?* (2. Aufl., S. 238-241) und Oates, J. C. (1980). *The Art of Suicide*. In M. Pabst Battin & D. Mayo, David (Hrsg.), *Suicide: The Philosophical Issues* (S. 161-168), s. Wittwer (2003: 179f.)

⁹⁶ Wittwers aus dem Französischen übersetzte Darstellung aus Descartes' Brief an Prinzessin Elisabeth vom November 1645 (Wittwer 2003: 180f.).

wohl ein Übel darstellen. Der Tod seinerseits bezeichnet eine „Grenze“, das „Umschlagen“ vom Sterben zum Totsein, er ist „zugleich Ende des Lebens und Beginn des Totseins.“ Für die Analyse des thanatologischen Arguments bedeutet dies strenggenommen, dass drei Thesen getrennt geprüft werden müssen, nämlich die Unbegreifbarkeit des Todes, des Totseins sowie des Todes und des Totseins. Darüber hinaus bedarf es nach Wittwers Anspruch ihrer genaueren Differenzierung hinsichtlich ‚Erkennbarkeit‘, ‚Begreifbarkeit‘ und ‚Vorstellbarkeit‘ des Todes bzw. des Totseins“. (Wittwer 2003: 183ff.)

Zunächst einmal geht Wittwer auf das nihilistisch geprägte Todesverständnis ein, d.h. die Vorstellung, dass der Tod „nichts“ oder gar „das Nichts“ ist.⁹⁷ Er hält die Verwendung des Negationswortes „nichts“ für grammatikalisch falsch, denn seine syntaktische Funktion besteht in der Verneinung einer Sache, eines Ereignisses, eines Zustands o.Ä., es bedeutet also „kein/keine ...“. Daher dürfe die Bezeichnung „nichts“ für den Zustand des Totseins oder den Tod als Ereignis nicht gebraucht werden: „Etwas kann nicht zugleich ein Ereignis und kein Ereignis sein.“ Auf andere Weise unzulässig werde der Tod mit dem Substantiv „das Nichts“ bezeichnet. Im Gegensatz zu „nichts“ ist es keiner umgangssprachlichen Verwendung entnommen, sondern bezeichnet einen eigenständigen „philosophischen Terminus“: Als „Inbegriff aller möglichen Negationen“ könne man ihn „als Verneinung zu ‚das Seiende‘ auffassen“, insofern als ihm „keine räumlichen, zeitlichen oder anderen Prädikate“ zugewiesen werden können. Damit handle es sich um einen „Grenzbegriff“, der „sprachlich die Grenze aller möglichen Erfahrung bezeichnet.“ Die metaphorische „Beschreibung des Todes als ‚Sprung vom Sein ins Nichts‘“, bei dem „der Springer nicht ankommt“, ist also strenggenommen nicht möglich: Die betreffende Metapher müsste sich nämlich „durch ein Prädikat positiv bestimmen lassen“. Wittwer hält daher diese Beschreibung für den „Mißbrauch eines Grenzbegriffs“. (Wittwer 2003: 186ff.)

Wenn also der Tod gemäß Wittwers Kritik weder als „nichts“ noch als „das Nichts“ charakterisiert werden darf, so verliert das Argument, dass der Tod bzw. das Totsein im Sinne des „Nichts, das alle Vorstellungskraft übersteige“, unbegreifbar ist, an Geltung. Es ist jedoch auch ohne metaphorische Mittel versucht worden, die Vorstellbarkeit des Todes zu

⁹⁷ Die Vermutung, dass der Tod möglicherweise „simply nothing“ ist, äußert beispielsweise Joyce Carol Oates. Für Hans Ebeling bedeutet der Tod einen „Sprung ins Nichts“, bei dem der Springer paradoxerweise nicht ankomme“. Jean Améry bezeichnet den Tod als „nichts, ein Nichts, eine Nichtigkeit“, s. hierzu Wittwers Auseinandersetzung mit diesen Zitaten in Wittwer (2003): 185

widerlegen. So kann man Epikurs Schriften entnehmen, dass der Mensch mangels Möglichkeit des Erlebens des eigenen Totseins der Tod von ihm nicht „wahrgenommen oder empfunden werden kann. Der Tod ist also nichts Wahrnehmbares.“ Wittwers Auseinandersetzung zufolge muss Epikur sich mit dem Todesbegriff auf das Totsein im Sinne eines Zustandes beziehen, insofern als er von einem „Zustand, den niemand erleben kann“ spricht und weil „'Totsein' heißt, keine Empfindungen mehr haben zu können.“⁹⁸ Daher beschränke Epikur sich auf die Behauptung, dass „niemand sein eigenes Totsein erleben“ kann. Die Erfahrbarkeit des Totseins anderer hingegen schließe er zumindest nicht ausdrücklich aus, entsprechend gelte bei ihm der Tod bzw. das Totsein an sich „nicht für undefinierbar oder ungreifbar“. (Wittwer 2003: 190)

Doch die Tatsache, dass wir das Totsein verstorbener Mitmenschen erleben und definieren, bedeutet nicht gleichzeitig das Bewusstsein darüber, wie das Totsein für die betreffenden Toten ist bzw. für uns selbst einmal sein wird. Dies unterstützt die thanatologische Argumentation, dass man bezüglich seiner selbst „über keinen hinreichend klaren Begriff des Totseins verfügen kann“ und damit „eine notwendige Bedingung für den rationalen Suizid“ fehlt (Wittwer 2003: 190). Der Suizident könne sich also nicht darüber im Klaren sein, „was er will, wenn er den Tod will“. Er wisse zwar durchaus, „was er nicht will: ein beschwerliches Leben, depressive Stimmungen, Schmerzen, Unglück“. Die tatsächlichen Folgen dagegen sind uns „prinzipiell unzugänglich.“⁹⁹ Diese Behauptung geht also von einer grundsätzlichen, „universellen Irrationalität des Suizids“ aus und bezieht sich damit nicht nur auf einzelne, sondern alle Suizidenten (Wittwer 2003: 191). Sie erlügen somit einem Trugschluß, wenn sie meinten, sich ihren Tod anhand von romantisch-mythischen Metaphern oder der Erfahrung mit verstorbenen Mitmenschen wirklichkeitsgetreu veranschaulichen zu können. Diese Unterstellung müsse sich jedoch auf das Erleben des eigenen Todes bzw. Totseins zu beschränken, wie Wittwer feststellt, also auf diejenigen Erfahrungen, „die jemand nur an sich selbst machen kann.“ Es bezieht sich auf die Innenperspektive, d.h. sozusagen den „Zugang zum Erleben des Totseins am eigenen Leibe.“ Gemäß der thanatologischen Argumentation verwechselt ein Suizident aber eben jene Innenperspektive mit einer Außenperspektive, mit der er im Sinne eines Beobachters bereits vertraut ist. (Wittwer 2003:

⁹⁸ s. hierzu Wittwers Erläuterung der folgenden Zitate Epikurs: „Der Tod ist nichts für uns. Denn das Aufgelöste ist empfindungslos. Das Empfindungslose aber ist nichts für uns“ sowie „wenn 'wir' sind, ist der Tod nicht da; wenn der Tod da ist, sind 'wir' nicht“ (Wittwer 2003: 189)

⁹⁹ s. hierzu Wittwers Auseinandersetzung mit Thomas Machos Todesmetaphern (1987) in Wittwer (2003: 191)

194) Im Rahmen solch „irrationaler Erfahrungsgewissheit“ übersehe er, dass es ihm in einer Vorstellung von bzw. mit sich selbst nicht möglich ist, „sich selbst wegzudenken“ (Wittwer nach Arnold Gehlen in Wittwer 2003: 195f.). Die Außenperspektive als die einzige Möglichkeit, uns selbst als tote Wesen zu erfahren, ist also „eine antizipierte Fremderfahrung, aus der wir nicht durch einen Analogieschluß auf den Erlebnischarakter des Totseins schließen dürfen.“ Dies bedeutet für Wittwer jedoch nicht zwangsläufig, „daß der Begriff eines Zustandes nur dann präzise sein könne, wenn sich das Erleben dieses Zustandes antizipieren oder vorstellen läßt.“ Entsprechendes sei beispielsweise auch für die Bewusstlosigkeit der Fall, von der nicht behauptet wird, dass es sich um einen unbegreifbaren Zustand handelt (Wittwer 2003: 197f.). Wittwer kommt also zu dem Schluß, dass die Unvorstellbarkeit des eigenen Totseins nicht zur Folge hat, „daß wir über keinen klaren Begriff des Totseins verfügen“, denn wir wissen, „was das Totsein ist“. Damit sei die Selbsttötung nicht grundsätzlich „schon deshalb per se irrational, weil kein Suizident wissen kann, was er will“. (Wittwer 2003: 201)

2.1.4 Der Tod als Gut und Übel

Allgemein zugänglicher wird ebenso die von Wittwer im Anschluss geschilderte Argumentation gegen die Rationalität der Selbstvernichtung im Rahmen der Lehre von den Gütern und Übeln sein. Sie beruht auf der Annahme, dass es einerseits „grundsätzlich unvernünftig“ ist, „sich selbst absichtlich etwas Schlechtes zuzufügen“, und andererseits der Tod als Übel anzusehen ist. Aus diesen beiden Prämissen ergibt sich als Folgerung die grundsätzliche Irrationalität des Suizids (Wittwer 2003: 202). Als Argumente für die These, dass der Tod ein Übel ist, beruft man sich vorwiegend auf den Verlust von zukünftigen guten Erfahrungen und Gütern durch die Beendigung des Lebens als deren Voraussetzung. Folglich muss bei einigen Vertretern des Arguments der Tod nicht unter allen Umständen ein Übel sein, und zwar dann nicht, wenn er in Relation zu besonders unerträglichen Zukunftsaussichten einer Person gesehen wird. Entsprechend könne der Tod in diesen seltenen Situationen sogar als Gut gelten und eine rationale Selbsttötung zumindest „nicht grundsätzlich ausgeschlossen“ werden, „da noch nie behauptet wurde, daß es unvernünftig sei, sich selbst etwas Gutes zu tun“ (Wittwer 2003: 203).¹⁰⁰

¹⁰⁰ In diesem Falle würde das Streben nach Selbsterhaltung nicht im Sinne eines strikten, sondern nur mehr eines offenen Prinzips als „konstitutiv für Rationalität“ gelten, der Suizid wäre demnach nur noch „in der Regel ein Übel“, vgl. Wittwer 2003: 202f.

Geht nun ein Mensch davon aus, dass der Tod in jedem Falle etwas Schlechtes, ein „Übel“ ist, und er sich dennoch im Bewusstsein dessen absichtlich das Leben nimmt, genügt sein Handeln dem formalen Rationalitätskriterium der Konsistenz nicht: Er verhält sich inkonsistent.¹⁰¹ Um einen Widerspruch handelt es sich deshalb, weil die Bezeichnung „Übel“ zugleich impliziert, dass es dieses zu meiden gilt (Wittwer 2003: 207ff.). Weshalb ist jedoch mit Sicherheit davon auszugehen, dass es sich beim Tod um ein solches Übel handelt? Nach Thomas Hobbes ergibt sich die Bezeichnung von etwas als einem Gut daraus, dass es vom Menschen erstrebt wird, entsprechend definiert sich ein Übel durch seine Vermeidung. Da das, was von Einzelnen jeweils erstrebt und was vermieden wird, unter den Menschen sowie nach den gegebenen Umständen variiert, handelt es sich bei Gütern und Übeln um relative Begriffe.¹⁰² Daher müsste Hobbes aus der Tatsache, dass sich manche Menschen das Leben nehmen und damit den Tod erstreben, folgern, dass für die Betroffenen der Tod eben kein Übel, sondern ein Gut darstellt. Nun drückt jedoch allein die Tatsache, dass jemand nach etwas strebt, nicht immer zugleich aus, was gut für ihn ist; sie beschreibt lediglich, was er selbst erreichen will oder als gut erachtet (Wittwer 2003: 213f.). Sofern man aber davon ausgeht, dass bei Hobbes dieses Streben des Einzelnen nicht rein willkürlich stattfindet, sondern mit der subjektiven Erwartung an einen ernst zu nehmenden Nutzen verbunden ist, kann der Tod dennoch ein Übel bleiben: „Die Suizidenten täuschen sich dann im Hinblick darauf, was wirklich gut oder schlecht für sie ist“ (Wittwer 2003: 216). Die Begründung dafür, dass der Tod bei Hobbes ein Übel ist, ergibt sich durch die Annahme eines gemeinsamen Strebens nach Selbsterhaltung durch Vernunft und Leidenschaften: Es ermöglicht dauerhafte „Glückseligkeit“ durch das wiederholte Streben nach verschiedenen, immer neuen Gütern. Dabei ist es die Rolle der Vernunft, für ein sorgfältiges Abwägen zwischen konkurrierenden Gütern zu sorgen, so dass ein langfristiges, anhaltendes Wohlergehen dem kurzfristigen Lustempfinden vorgezogen wird. Demselben Prinzip entsprechend werden Übel vermieden (Wittwer 2003: 218ff.). Hier liegt also der Unterschied zwischen einem vernünftigen und einem irrtümlichen, bloß vermeintlichen Streben nach dem Guten (Wittwer 2003: 220). Der Argumentation Hobbes' folgend deutet Wittwer die Aufgabe des vernunftgemäßen Strebens, Güter zu erlangen und Übeln zu entgehen, als Hinweis darauf, dass dieser die Selbsttötung nicht als ausnahmslos unvernünftig betrachtet: Wenn nämlich

¹⁰¹ Ein formales Rationalitätskriterium bezieht sich lediglich auf die äußere Form der Entscheidung und der Handlung, ungeachtet der Inhalte, die zu den jeweiligen Überzeugungen führen: es geht nur um das „wie“, nicht um das, „was man vernünftigerweise für wahr halten, wollen oder tun sollte“, s. Wittwer 2003: 204f.

¹⁰² s. hierzu Wittwers Auseinandersetzung mit Thomas Hobbes' „Vom Bürger. Vom Menschen“ (Wittwer 2003: 212f.)

„der Mensch nach Wohlergehen strebt und Leid und Unglück meidet, dann verfügt er über einen Begriff des lebenswerten Lebens. Er stellt bestimmte Ansprüche an sein Leben; wenn es diesen nicht gerecht wird, stellt der Suizid eine vernünftige Option dar.“ (Wittwer 2003: 219)

Es komme Hobbes nämlich „nicht darauf an, um jeden Preis zu überleben“, sondern darauf, „den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden, sich also als eine ganz bestimmte Person mit den ihr eigenen Werten zu erhalten“, und zwar „nach den eigenen Maßstäben dafür, was für eine Person man sein will.“ Diese Auffassung sieht Wittwer beispielsweise darin, dass Hobbes zugesteht, dass „übergroße und endlose Qualen“ oder die Aussicht auf „Ehrverlust oder Verleumdung“ sogar den Tod als eigentlich größtmögliches Übel letztlich „als ein Gut erscheinen lassen“. Die Folgerung, dass eine vernünftige Selbsttötung demnach nicht ausgeschlossen ist, scheint damit vereinbar. (Wittwer 2003: 222ff.)

Die Abhängigkeit der Suizidbeurteilung von einer individuellen Güterabwägung und dem subjektiven Wert des eigenen Lebens, wie sie sich bei Hobbes findet, ist eine geläufige Position in der aktuellen Debatte um den freiverantwortlichen Suizid bei schwerer Krankheit. In der zeitgenössischen Philosophie wird sie von Bernard Gert zur Begründung der Irrationalität des Suizids aufgegriffen. Dieser vertritt die Auffassung, dass es bei der Beurteilung der Rationalität einer Handlung „nicht auf ihre Form oder die der entsprechenden Absichten ankommt“, das Kriterium der formalen Konsistenz einer Handlung mit dem ihr zugrunde liegenden Wunsch sei also nicht ausreichend (Wittwer 2003: 225).¹⁰³ Dagegen sei die Rationalität eines Verhaltens daran zu messen, wie es sich gegenüber gewissen unbestreitbaren „Grundübeln“ verhält. Ist sich der:die Urheber:in einer Handlung nämlich bewusst, dass er:sie sich damit selbst oder Nahestehenden „Schmerz (einschließlich geistiger Qualen)“ oder den Tod zufügt bzw. „Handlungsunfähigkeit, Freiheitsverlust, Lustverlust“ erleiden wird, gilt diese Handlung bei Gert zwangsläufig als irrational (Gert 1997: 319, zitiert nach Wittwer 2003: 225). Davon ausgenommen sind Fälle, in denen das Übel bloß hingenommen wird, um „entweder ein quantitativ größeres Gut zu erlangen oder ein noch größeres Übel abzuwenden“ (Wittwer 2003: 225ff.). Lässt sich eine Handlung durch einen solchen „adäquaten Grund“ rechtfertigen, so ist sie bei Gert nicht nur rational erlaubt, sondern sogar rational geboten (Wittwer 2003: 230). Es ist also einmal mehr die Aufgabe der Vernunft,

¹⁰³ Zum Folgenden s. Wittwers Auseinandersetzung mit Gert, B. (1996). Substantielle Rationalität. In K.-O. Apel & M. Kettner (Hrsg.), Die eine Vernunft und die vielen Rationalitäten (S. 319-348). Suhrkamp, in Wittwer (2003: 225-234)

zwischen verschiedenen Gütern und Übeln abzuwägen. Dabei gestehe Gert zu, dass diese Güterabwägung angesichts unerträglicher Schmerzen zu Gunsten des geringeren Übels des Todes ausfallen kann. Dabei gibt es „in bezug auf des Ergebnis der Abwägung klare und weniger klare Fälle“; letztere überlassen die Entscheidung zwischen Gütern bzw. Übeln letztlich dem Individuum. Grundsätzlich kann bei Gert also in bestimmten Fällen der Suizid mit der Vernunft vereinbar sein (Wittwer 2003: 233f.).

Gert erläutert nicht, weshalb es sich beim Tod um eines der Grundübel handelt, sondern setzt dies als Tatsache voraus. Dabei übersieht er Wittwers Auffassung zufolge, dass im Gegensatz zu den übrigen von ihm als Übel definierten Zuständen der Tod nicht erlebt werden kann. Da jedoch erstere sich über ihren negativen Erlebnischarakter als Übel ausweisen, scheine der Tod nur „im abgeleiteten Sinne ein Übel“ zu sein, indem „er notwendigerweise eines oder mehrere der Grundübel herbeiführt“ (Wittwer 2003: 231). Der Tod könne also nicht an sich etwas Schlechtes sein, sondern nur seine Auswirkungen. Da jedoch Schlechtes nur Lebenden widerfahren kann, könne der Tod auch nichts Unangenehmes für den betreffenden Toten hervorrufen.¹⁰⁴ Aus dieser bereits von Epikur vertretenen These folgert Wittwer, dass „nichts Schlechtes im Totsein liegen kann, nachdem es eingetreten ist.“ Daraus lasse sich jedoch keineswegs auf eine Gleichgültigkeit Epikurs gegenüber dem Tod, geschweige denn auf ein rationales Suizidgebot schließen. Denn die „Frage, ob ich mein Leben fortsetzen oder beenden sollte, hat mit dem Totsein, das ich nicht erleben werde, nichts zu tun“ (Wittwer 2003: 237ff.). Denn die gute und vernünftige Lebensführung sei auch innerhalb Epikurs Philosophie so zu verstehen, „daß man auf den Suizid als Ausweg möglichst niemals angewiesen ist.“¹⁰⁵ Dennoch lasse sie im Falle von äußeren Zwängen, durch die man einer vernunftgemäßen Lebensführung ohnehin nicht gerecht werden könne, die Möglichkeit einer rationalen Selbsttötung zu (Wittwer 2003: 241).

Sowohl bei Thomas Hobbes und Bernard Gert als auch bei Epikur findet sich, wie Wittwers Analysen zeigen, demnach in unterschiedlichem Maße die Grundlage dafür, dass es letztlich dem Einzelnen obliegt, seine gegenwärtigen Lebensumstände gegenüber dem Tod abzuwägen. Bei diesen Überlegungen dürfen allerdings auch die zukünftigen Lebensaussichten

¹⁰⁴ s. hierzu Wittwer in Auseinandersetzung mit Epikurs These, dass die Todesfurcht aufgrund der mangelnden Erlebbarkeit des Todes und der Nichtexistenz des Toten vernunftmäßig unbegründet (Wittwer 2003: 234ff.)

¹⁰⁵ Das gute Leben besteht in der epikureischen Philosophie aus dem Streben nach hedonistischen Idealen, also dem Empfinden von Freude und der Vermeidung von Schmerzen (Wittwer 2003: 239 und S. 241)

nicht vernachlässigt werden, wie Wittwer anhand der sogenannten Deprivationstheorie darlegt. Diese besagt, dass obgleich das Totsein an sich weder positiv noch negativ sein mag, der Tod doch die Möglichkeit einer potentiell guten Zukunft durchkreuzt:

„Durch den Tod einer Person wird dieser etwas vorenthalten; ihr wird etwas geraubt, auf das sie hoffen konnte. [...] Wenn der Tod ein Übel ist, dann nicht, weil wir nach ihm Tote sein werden, sondern weil er uns um ein Gut bringt und mit einem Verlust einhergeht“ (Wittwer mit Thomas Nagel in Wittwer 2003: 242f.).

Dies bezieht sich jedoch nicht auf die Annahme eines durch den Toten erlebten Verlust, sondern auf die Aufgabe von Hoffnungen, die sich auf eine Zukunft bezogen, die nun nicht mehr eintreten kann: Verloren wird mit dem Tod die Möglichkeit zur Verwirklichung von ursprünglichen Wünschen.¹⁰⁶

Allerdings ist für Wittwer damit noch nicht die Frage beantwortet, „ob der Tod in jedem Fall ein Übel ist.“ Gemäß den zuvor erläuterten Positionen des Übelarguments muss man nämlich bezüglich der den Suizid erwägenden Person voraussetzen, dass „die Lebensspanne, um die sie sich bringt, für sie lebenswert gewesen wäre“ (Wittwer 2003: 246). Im Hinblick auf die grundsätzliche Möglichkeit eines rationalen Suizids kommt er also schließlich nicht umhin, der problematischen Frage nach dem Wert des Lebens nachzugehen, und zwar genauer gesagt der Frage, ob „jedes Leben jederzeit lebenswert“ sein muss. Positiv beantworten kann man diese durch die Annahme eines Eigenwerts des Lebens und der Erfahrungen, die es ermöglicht. Dementsprechend können „Wahrnehmungen, die Fähigkeit, Wünsche zu haben und zu handeln, oder das Denken an sich selbst wertvoll“ sein, ohne stets nur angenehme Empfindungen hervorrufen zu müssen.¹⁰⁷ Wittwer stimmt allerdings dieser Auffassung unter Verweis auf die Qualen, welchen ein depressiver Mensch durch die „Denkfähigkeit“ als „notwendige Bedingung seines Leidens“ ausgesetzt ist, nicht zu (Wittwer 2003: 250). Auch das Argument, dass der Suizid aufgrund der Bindung der Freiheit als Eigenwert an das Leben unterlassen werden sollte, überzeugt ihn nicht: Freiheit könne nämlich auch als Last empfunden werden und daher gar keinen Eigenwert darstellen. Darüber hinaus schränke der Suizident im Gegensatz zum Beispiel eines Suchtkranken seine Freiheit nicht ein, „denn er vermindert nicht seinen Freiheitsgrad, sondern setzt seiner Freiheit ein zeitliches Ende“ (Wittwer 2003: 251ff.).

¹⁰⁶ vgl. Wittwers Darstellung von Bernard Williams und Thomas Nagel (Wittwer 2003: 243f.)

¹⁰⁷ s. Wittwers Auseinandersetzung mit Thomas Nagel (Wittwer 2003: 249f.)

Wittwers Auffassung zufolge kann also ein allgemeingültiges Urteil über den Wert jedes Lebens ebenso wenig gefällt werden wie über den Unwert des Lebens. Es müsse sich daher immer um ein Urteil des Einzelnen über den Wert des eigenen Lebens nach seinen persönlichen Vorstellungen handeln, also nicht, „ob der Betroffene es irgendwie fortführen könnte, sondern ob er seinen Ansprüchen gemäß weiterleben könnte“ (Wittwer 2003: 248). Allerdings macht er den Wert des Lebens nicht allein an diesem subjektiven Lebenswertbegriff fest: Dass eine Person das eigene Leben als nicht ihren Ansprüchen gemäß lebenswert beurteilt, bedeute noch lange nicht, dass sie sich nicht schlichtweg täuschen kann: Ein Leben ist also nicht schon dann nicht mehr lebenswert, „sobald es der Betroffene nicht mehr für dafür hält“ (Wittwer 2003: 248).

2.1.5 Suizid und Sinn des Lebens

Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Wittwer die Notwendigkeit, den Beweis des Eigenwerts eines jeden Lebens zu erbringen, nicht für grundsätzlich erforderlich hält. Für relevant hält er diese Frage dann, wenn das Argument, dass der Tod in jedem Falle ein Übel ist, als Beweis gegen die grundsätzliche Möglichkeit einer rationalen Selbsttötung geltend gemacht werden soll. Neben dem Wertbegriff kann jedoch noch auf eine andere Weise nach der Bedeutung des Lebens an sich gesucht werden, sie ergibt sich aus der Suche nach einem Sinn des Lebens. Der Lebenssinn geht insofern über den Lebenswert hinaus, als er sich weniger auf das Leben des Einzelnen denn auf allgemeingültige Inhalte beruft und mit „Fragen nach dem letzten Ziel, der Bestimmung oder dem Zweck des Daseins“ einhergeht (Wittwer 2003: 255). Die Antworten darauf können an das lebendige Dasein als Voraussetzung gebunden sein oder dieses – im Gegensatz zum Wert des Lebens – überdauern. Sie sind daher entweder innerhalb eines individuellen Lebens zu finden und geben ihm einen „immanenten“ Sinn. Weiter können sie ihm aber auch eine „Bedeutung für das Weltganze“ beimessen, man spricht dann von einem transzendenten Sinn dieses Lebens (Wittwer 2003: 255). Da letzterer an die Voraussetzung einer äußeren Sinngebung geknüpft ist, gestaltet sich seine Rechtfertigung, so Wittwer, „auf der Grundlage eines naturwissenschaftlich geprägten Weltverständnisses die Frage nach dem transzendenten Sinn unseres Daseins“ im Gegensatz zur religiösen Sinngebung durch Gott schwierig (Wittwer 2003: 256f.). Beantwortet man sie negativ, so beweist das allerdings nicht zwangsläufig die Sinnlosigkeit oder Absurdität des Lebens. Denn als sinnlos darf nur etwas bezeichnet werden, das prinzipiell sinnvoll sein, also „einen Sinn haben“ könnte: „Möglicherweise gehört aber unser Dasein gar nicht zu der

Klasse von Entitäten, die sinnvoll oder sinnlos im transzendenten Sinn sein können“, es wäre in diesem Falle sinnfrei, bliebe also ohne eine transzendente Bedeutung (Wittwer 2003: 257f.).

Doch auch eine solche transzendente Sinnfreiheit muss erst einmal bewiesen oder widerlegt werden. Einige Vertreter:innen des Selbsterhaltungsgebotes sehen genau darin den Grund, weiterzuleben: „Der Suizid beseitigt als eine irreversible Handlung die Bedingungen der Fortsetzung der Sinnsuche“ und habe daher als „aus epistemologischen Gründen rational verboten“ zu gelten.¹⁰⁸ Wenn man hingegen unbestreitbar zu dem Schluss kommen könnte, dass das Leben keinen Sinn hat, so „wäre die einzige logische Konsequenz aus dieser Feststellung die Selbsttötung“, sie wäre dann rational sogar geboten (Wittwer 2003: 261ff.).¹⁰⁹ Solange jedoch die Antwort offen bleibt, müsse die Sinnsuche fortgeführt werden und die Selbsttötung angesichts ihrer Unumkehrbarkeit unterlassen werden, es sei denn die Frage nach dem Sinn könne durch die Suizidhandlung selbst beantwortet werden (Wittwer 2003: 264). In diesem Falle könne die prinzipielle Möglichkeit des Suizids als „vernunftgeleitete und begründbare Option“ nicht geleugnet werden. Es handle sich dann um eine sogenannte „philosophische Selbsttötung“ (Wittwer 2003: 266). Der Geltungsbereich des Arguments, dass man zu Gunsten der Suche nach dem Sinn des Lebens vernünftigerweise von der Selbsttötung absehen soll, beschränkt sich somit auf ein ausschließlich transzendentes Verständnis des Lebenssinns und diejenigen, die sich die Suche nach diesem vorgenommen haben, sowie die Absicht, durch den Suizid einer „transzendenten Sinnlosigkeit“ zu entgehen (Wittwer 2003: 265).

Es ist jedoch zudem versucht worden, die Forderung, nach einem Lebenssinn zu suchen, auf einen immanenten Sinngehalt des Lebens anzuwenden und daraus ein ausnahmsloses rationales Suizidverbot abzuleiten. Demnach ist als Grundlage einer guten Lebensführung die ständige Frage danach, wie wir leben sollen, unverzichtbar. Im Rahmen dieser müssten wir wiederum fortwährend auf der Suche nach einem einheitlichen, allen Menschen

¹⁰⁸ s. hierzu Wittwers Auseinandersetzung mit Gombocz, W. (1989). Ein philosophisches Suizidverbot. *Acta Analytica* 4: 79-89 (Wittwer 2003: 261-266)

¹⁰⁹ Diese Folgerung ist Wittwers Auffassung zufolge allerdings nur dann zulässig, wenn man die Möglichkeit eines Lebenssinns auf das transzendente Verständnis beschränkt: Wenn nämlich „ein Leben als sinnvoll erfahren werden kann, obwohl ihm kein transzendenter Sinn zukommt, dann ist der Suizid angesichts der transzendenten Sinnlosigkeit nicht mehr die einzige mögliche Schlußfolgerung.“ (Wittwer 2003: 264).

gemeinsamen, letzten Ziel des Lebens sein.¹¹⁰ Trotz des Zugeständnisses, dass ein solches wahrscheinlich nie gefunden werden könne, verbiete gerade diese „Nichtexistenz perfekten, endgültigen Wissens“ die Selbsttötung. Als „irreversible, endgültige Entscheidung gegen das Leben“ sei sie geradezu „die Kapitulation vor der Frage, wie wir leben sollen“. Dagegen erlaube allein die Fortführung des Lebens, ihrer Beantwortung möglichst nahe zu kommen: „Wir sollen so leben, dass wir möglichst lange leben“, um sicherzustellen, „möglichst nicht falsch oder nur wenig falsch zu leben“ (Fritze 1991, zitiert nach Wittwer 2003: 269).

Nun ist es Wittwers Auffassung zufolge ist jedoch nicht einzusehen, wie ein fortgesetztes Leben die sicherste Garantie für ein möglichst gutes Leben bieten kann. Das Argument bedenke nicht, dass es ebenso das Gegenteil bewirken könne: Denn entweder wir „werden möglichst lange richtig leben, oder wir werden möglichst lange falsch leben“ (Wittwer 2003: 272f.). Darüber hinaus sei die „Forderung nach einem allgemeingültigen Lebensziel“ unzulässig, da sie „die mögliche Pluralität der Lebensziele nicht berücksichtigt.“ Nur weil vernünftige Lebensweisen Anderen gegenüber begründbar und nachvollziehbar sein sollten, müssen ihre Inhalte noch lange nicht von allen Menschen geteilt werden (Wittwer 2003: 270ff.).

2.2 Unter welchen Umständen darf eine Selbsttötung als wohlerwogen gelten?

2.2.1 Margaret P. Battin: The Concept of Rational Suicide

Geht man nun mit Wittwer davon aus, dass das Phänomen der Selbsttötung prinzipiell mit der Vernunft vereinbar sein kann, so stellt sich die Frage, unter welchen Umständen dies der Fall ist. Die amerikanische Bioethikerin Margaret Pabst Battin entwirft in ihrer 1982 erschienenen Studie „Ethical Issues in Suicide“ ein Konzept des rationalen Suizids, das diesen anhand von Merkmalen misst, die wir gewöhnlich als Elemente einer vernünftigen Entscheidung verstehen. Ausgehend von der Definition einer rationalen Entscheidung als einer solchen, die auf unbeeinträchtigte Weise den Interessen der Betroffenen in der Vermeidung von Schaden und dem Erreichen von Zielen dient, wendet Battin diese auf die Frage nach dem rationalen Suizid an. Dabei handelt es sich um Kriterien, die wir zur Überprüfung der

¹¹⁰ zum Folgenden s. Wittwers Auseinandersetzung mit Fritze, L. (1991). Das Prinzip Weiterleben. Ein Versuch zur Beantwortung der Frage: Wie sollen wir leben? *Zeitschrift für philosophische Forschung* 45(3), 347-370 (Wittwer 2003: 267f.)

Rationalität jeder beliebigen anderen Handlung auch verwenden würden. Allerdings betont sie, dass die Suizidmotive nicht am Rationalitätskriterium der Nachvollziehbarkeit innerhalb einer geteilten Kultur gemessen werden sollten, da der Suizid nach wie vor ein Tabu darstelle (Battin 1995: 132).

2.2.1.1 Unbeeinträchtigte Entscheidungsfindung (unimpaired)

Für die geforderte unbeeinträchtigte Entscheidungsfindung setzt Battin voraus, dass die Betroffenen über logisches Denkvermögen und ein realistisches Weltbild, aber auch angemessene Informationen diesbezüglich verfügen.

logisches Denkvermögen (ability to reason)

Auf unbeeinträchtigte Weise kann eine Entscheidung nur dann getroffen worden sein, wenn dieser Prozess keinen logischen Fehlern unterlag und ihre wahrscheinlichen Konsequenzen für die Betroffenen selbst und Andere berücksichtigt wurden. Solche Fehler treten keineswegs nur bei psychotisch bedingten Suizidentscheidungen auf, sondern sind häufig durch die Vorstellung vom Tod aus einem äußeren Blickwinkel verursacht, wenn eine suizidale Person sich beispielsweise lustvoll ihre aktuell erfahrbaren Lebensumstände nach dem Tod ausmalt, indem sie sich ihre trauernden Angehörigen oder die eigene Beerdigung vorstellt (Battin 1995: 133). Auch die oft zu beobachtende romantische Verklärung des Todes in metaphorischer Form als verlockend und befreiend (Oates 1980) genügt den Voraussetzungen einer rationalen Entscheidung nicht, es sei denn es handelt sich um eine religiöse Person, deren Glaube ein Leben nach dem Tod beinhaltet (Battin 1995: 133f.). Maßgeblich ist dagegen die antizipierende Einsicht in die tatsächlichen Konsequenzen für sich selbst im Sinne des Bewusstseins, dass man nach dem Suizid tot sein wird. So wird Suizidphantasien häufig der Widerspruch unterstellt dass sie, sofern die Betroffenen sich durch den Suizid Aufmerksamkeit erhoffen, nach dem Tod nicht mehr in deren Genuss kommen. Im Besonderen gilt dies für Suizident:innen, die im Sinne eines appellativen Moments oder Rachemotivs dem Trugschluss unterliegen, dass der Erfolg ihrer Handlung ihr entsprechendes Bedürfnis befriedigen wird. Allerdings darf Battin zufolge daraus nicht geschlossen werden, dass solche Suizidphantasien den Entscheidungsprozess hierdurch zwangsläufig zu einem irrationalen machen: So bliebe bei der Konstruktion einer testamentarischen Enterbung in Kombination mit einem Suizid aus Rache der Erfolg der Handlung davon, dass er für das betreffende Elternteil als erlebendes Subjekt nicht mehr erfahrbar ist, unberührt. Darüber hinaus könne

eine Person durchaus Motive haben, die im Suizid auch ohne ihre Anwesenheit erfüllt werden, wenn beispielsweise ihre Ehre oder ihr Ruf wesentlich für sie sind und das eigene Erleben oder zwischenmenschliche Beziehungen dagegen bedeutungslos. (Battin 1995: 134f.)

realistisches Weltbild (realistic world view)

Die entscheidende Einschätzung, ob der Suizidentscheidung ein realistisches Weltbild zugrunde lag, mag zunächst einmal einfach erscheinen: So wäre ein Suizid im Rahmen einer akuten wahnhaften Psychose, der durch einen Sprung aus dem Fenster die Verwandlung in einen Vogel bewirken soll, unstrittig als irrational disqualifiziert. Objektiv schwieriger wird ein Weltbild zu beurteilen sein, das zwar als solches schlüssig ist, die betreffende Person sich selbst in dieser Welt aber auf unrealistische Weise wahrnimmt. Es kann dann nahezu unmöglich werden zuzuordnen, inwieweit dies auf einer tatsächlich negativen Zukunftsperspektive oder einer eingengten depressiven Wahrnehmung der Wirklichkeit beruht, ob es sich um ein Über- bzw. Unterschätzen der eigenen Bedeutung durch individuelle Charakterzüge oder durch eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung handelt. Auch ein Suizid, der zwar nicht auf einem rationalen Weltbild in einem säkularen Verständnis beruht, aber innerhalb einer religiös oder kulturell bedingten Weltanschauung begründet ist, kann nicht ohne Weiteres als irrational diffamiert werden. Es muss also nicht über die Rationalität des Suizids in der betreffenden Kultur geurteilt, sondern die Entscheidung des Individuums hinsichtlich seiner Wirklichkeit innerhalb dieser Kultur verstanden werden. (Battin 1995: 135f.)

angemessene Informationen (adequacy of information)

Ob wir unsere Wirklichkeit nun richtig einschätzen, ist neben unseren geistigen Fähigkeiten vor allem davon abhängig, ob uns ausreichend Informationen zur Verfügung stehen. Entscheidend hinsichtlich der Rationalität unserer Beurteilung ist dabei nicht nur die Menge, sondern auch die Qualität dieser Kenntnisse: Wir müssen die notwendigen Schritte und Anstrengungen unternommen haben, um diese Informationen möglichst umfassend zu erhalten. So hätte der Suizid einer Person, die sich das Leben aus der Überzeugung heraus nimmt, an einer schweren Krankheit zu leiden ohne zuvor jemals eine ärztliche Konsultation eingeholt zu haben, als irrational zu gelten (Battin 1995: 137). Ähnliches gilt für die Angst vor Kündigung oder Trennung, ohne tatsächlich eine diesbezügliche Konfrontation erlebt oder gesucht zu haben. Doch abgesehen von solchen extremen Fällen ist es ganz typisch für

Menschen mit schweren depressiven Erkrankungen, dass sie die ihnen offenstehenden Möglichkeiten ausblenden, indem sie sich in der dramatischen Fokussierung auf die negativen Seiten ihrer Person und der Gegenwart sowie einer pessimistischen Zukunftsperspektive verlieren (Battin 1995: 138). Doch wenn man diese im Diskurs umstrittene pathognomonische Genese der Suizidalität außen vor lässt, kann eine Depression in ihrer reaktiven Form durchaus Raum für eine wohlerwogene Entscheidung in Bezug auf die Kriterien der Rationalität ermöglichen, wenn etwa angesichts schwerer körperlicher Erkrankung ein fortschreitendes Leiden absehbar ist (Battin 1995: 139). Unabhängig von den Einflüssen depressiver Symptome auf die realistische Einschätzung der Gesamtsituation wird Suizident:innen häufig entgegengehalten, dass sie sich irrationalerweise künftiger positiver Möglichkeiten berauben: Sie verhielten sich insofern unvernünftig, als sie einem künftigen Schicksal entfliehen wollen, indem sie den sicheren Tod einem nur wahrscheinlichen Eintreten des gefürchteten Ereignisses vorziehen. Allerdings gibt Battin hier zu bedenken, dass sich abgesehen von wenigen Wunderheilungen bei unheilbaren oder terminalen Erkrankungen bzw. definierter Erbkrankheit die Eintrittswahrscheinlichkeiten sehr wohl abschätzen lassen:

„Although there may be some chance of striking change in the future – the rescue, the reprieve, the cure – it is not therefore rational to act in accordance with these hopes, or irrational to choose to avoid what the future is highly likely to bring. It is rational to bank on a likely event, not a highly unlikely one. The terminal patient may survive an extended period of pain and recover entirely, but it is irrational for him or others to behave as though this were going to occur; the very strong chance is that it will not.“ (Battin 1995: 140)

So birgt Battin zufolge der Verweis darauf, dass die Zukunft immer auch unerwartet Gutes bringen kann die Gefahr, dass Schwerstkranken der Suizid aufgrund einer völlig irrationalen Hoffnung auf eine Wunderheilung verwehrt werden kann. Abgewogen werden müsse also vielmehr zwischen dieser Eintrittswahrscheinlichkeit und der zu erwartenden Schwere des Ereignisses gegenüber den Opfern, die man zu bringen bereit ist. So mag zwar der Einsatz des eigenen Lebens hoch erscheinen, doch müssten die Verluste auch zur gleichzeitigen Vermeidung künftigen Leidens in Relation gesetzt werden:

„when someone is encouraged to forgo suicide on the outside chance that he may survive an ordinarily painful and fatal condition, the likely loss is considerably more than a penny: it is an end of one’s life in perhaps excruciating physical and emotional pain.“ (Battin 1995: 140)

Dennoch bleibt die Ungewissheit über den Tod als starkes Argument für die Unvereinbarkeit des Suizids mit der Vernunft im Allgemeinen. Denn der Tod ist einem rationalen Abwägungsprozess von Informationen hinsichtlich künftiger Eintrittswahrscheinlichkeiten womöglich überhaupt nicht zugänglich. Die Wahl des Todes kann diesem Argument zufolge auch insofern nicht vernünftig sein, als wir nie wissen können, was auf uns zukommt, so Battin nach Philip Devine: „suicide is a leap into the wholly unknown“. Doch auch hier muss Battins Auffassung zufolge die individuelle kulturell oder religiös geprägte Vorstellung von einem Leben nach dem Tod mit in die Betrachtung der potenziellen (Ir-)Rationalität des Suizids mit einbezogen werden. (Battin 1995: 141)

2.2.1.2 Zufriedenstellung persönlicher Interessen

Letztendlich führt dies zur Frage, inwieweit die Ungewissheit darüber, was uns nach dem Tod erwartet, zu den Gründen für eine Suizidentscheidung ins Verhältnis gesetzt werden kann. Denn ein in logisch formaler Hinsicht rationaler Entscheidungsprozess kann nicht gänzlich an objektiven Kriterien gemessen werden, sondern muss bis zu einem gewissen Grad auch unsere persönlichen Interessen miteinbeziehen.

Vermeidung von Schaden (avoidance of harm)

Das Argument, mit dem Suizid den zwar den sicheren Tod, mit ihm zugleich aber ein anthropologisch ungewisses Phänomen zu wählen, kann also gemäß Battins Konzept wie oben dargestellt anhand von Eintrittswahrscheinlichkeiten künftiger Übel verteidigt werden. Wenn deren Schwere so sehr im Vordergrund steht und zugleich ihr Eintreten an Sicherheit grenzt, dann könne der Suizid nicht irrational genannt werden. Allerdings muss dabei auch der Widerspruch bedacht werden, dass der Tod selbst Schaden mit sich bringt im Sinne körperlicher Verletzung und Entzug künftiger positiver Erfahrungen im Leben. Dies gilt allerdings nur, wenn der Tod als größtes Übel angesehen wird: Bei unerträglich starken Schmerzen könnten die Übel des Lebens im Vordergrund stehen, falls sie nicht durch angenehme Erfahrungen wie wertvolle zwischenmenschliche Beziehungen ausgeglichen werden können. Sofern man nicht davon ausgeht, dass das Leben einen Eigenwert hat, könnte man demnach den Suizid als rationale Option zur Vermeidung von Schaden betrachten. Allerdings wird mitunter bezweifelt, ob Schmerzen und terminale Krankheit zwangsläufig das größte Übel darstellen müssen oder aber in einem spirituellen Sinn auch positiv gedeutet werden können. (Battin 1995: 142f.) Darüber hinaus machen es die Fortschritte in der medikamentösen

Schmerzbeherrschung unwahrscheinlich, dass diese nicht vernünftigerweise als Alternative zur Vermeidung der Schmerzen gewählt werden sollte. Es müsste demnach abgewogen werden, wie stark und wie andauernd der Schmerz ist und wie groß die Aussicht auf künftige Linderung ist. (Battin 1995: 144) Dagegen ist eine solche Faustregel für emotionales Leiden weniger einfach aufzustellen: „not all suffering is a matter of pain[,] [...] many psychotics live in considerable mental agony, and can expect no cure“ (Battin 1995: 146). Obschon Battin den überwiegend vorübergehenden Charakter solcher Symptome betont, könne prinzipiell auch bei psychischer Erkrankung das Leiden ein derartiges Ausmaß annehmen, dass der Suizid als rationales Mittel zu seiner Vermeidung nachvollziehbar erscheine. So ist es für sie letztendlich unabhängig von der physischen oder psychischen Genese des Leidens entscheidend, ob dieses dauerhaft vorhanden ist oder durch Pausen unterbrochen werden und dann durch positives Erleben ausgeglichen werden kann (Battin 1995: 146).

Übereinstimmung mit fundamentalen Interessen (accordance with fundamental interests)

Dass der Tod uns die Möglichkeit künftiger positiver Erfahrungen nimmt, trifft im Besonderen für unsere fundamentalen Interessen zu. Denn deren Verwirklichung ist ebenso auf die Fortsetzung des Lebens angewiesen, und eine Handlung wird im Allgemeinen nur dann als rational verstanden, wenn sie ihre Verfolgung nicht durchkreuzt. Doch nicht alle individuellen Grundsätze, Prinzipien und Projekte sind auf die fortgeführte Existenz angewiesen. Einige von ihnen können durchaus oder sogar gerade im Tod befriedigt werden, wie es z.B. bei altruistischen Interessen der Fall ist. Darüber hinaus kann ein Suizid in bestimmten Fällen die Betroffenen sogar davor bewahren, ihre Grundsätze aufzugeben. Allerdings würde ein Suizid nur dann als rational gelten, wenn es sich dabei wirklich um einen wesentlichen Grundsatz handelte. Dies trifft zwar auf den bevorstehenden Verlust der fundamentalen moralischen Prinzipien durch erzwungenen Verrat zu, nicht aber unbedingt auf den Verlust der beruflichen Stellung: Denn es muss hier im Zuge der rationalen Abwägung bedacht werden, dass man nach gesellschaftlichem Abstieg durchaus künftige Erfüllung in einer anderen Rolle erfahren und sich durch die Aufgabe von Verpflichtungen sogar befreit fühlen könnte. (Battin 1995: 146ff.) Es handelt sich also um die Frage, ob es nicht vernünftiger ist, die jeweiligen Projekte aufzugeben und sich an neuen, ebenfalls befriedigenden Lebensinhalten zu orientieren. Je wesentlicher also ein zentrales Ziel ist und je beeinträchtigender sein Verlust, desto schwieriger wird es aufzugeben und durch neue Interessen zu ersetzen sein. So können, wie Battin feststellt, einige Menschen sich im Alter gut in ihrer Rolle zurechtfinden

und es wertschätzen, von gesellschaftlichen Pflichten entbunden zu sein. Für Andere wiederum seien Abhängigkeit und schwindende geistige Fähigkeiten so unvereinbar mit den ursprünglichen Idealen, dass ein Suizid rational nachvollziehbar sein könne (Battin 1995: 151).

2.2.2 Dagmar Fenner: Theoretische und praktische Rationalität des Suizids

Nimmt man an, dass kaum ein Suizidentschluss eindeutig den beiden Polen Krankheit oder Freiheit zugeordnet werden kann, sondern sich vielmehr auf einem „Kontinuum“ zwischen ihnen bewegt, so stellt sich einmal mehr die Frage nach den Merkmalen einer rationalen Selbsttötung. Eine Auseinandersetzung mit dieser Problematik findet sich auch in Dagmar Fenners Analyse: Sie besteht zunächst aus einer Untersuchung der Meinungsbildung, die zum Todeswunsch führte, um anschließend darauf aufbauend die Rationalität der entsprechenden Suizidhandlung zu überprüfen. Dabei bezieht sich Fenner auf Stefan Gosepaths Überlegungen zur theoretischen und praktischen Rationalität (Gosepath 1992): Fragen nach dem Suizidwunsch als Prozess der Meinungsbildung befassen sich mit der theoretischen Rationalität des Suizids, während der Akt der Selbsttötung selbst an Kriterien der praktischen Rationalität gemessen wird.

2.2.2.1 Der wohl erwogene Todeswunsch: Theoretische Rationalität der Suizidentscheidung

Kommt ein Mensch zu dem Schluss, dass sein Dasein nicht mehr lebenswert ist, so sollte er vernünftigerweise gute Gründe für diese Ansicht nennen können. Denn nur wenn sie gewisse allgemein nachvollziehbare Maßstäbe erfüllt, genügt sie den Anforderungen der theoretischen Rationalität. Dabei geht es nicht zwangsläufig darum, dass die Meinung objektive Tatsachen abbildet, sondern wie sie zustande gekommen ist: „Die Rationalität oder die Wohlbegründetheit einer Meinung bemisst sich also nicht in erster Linie an dieser selbst, sondern muss sich an der Art und Weise des Meinungsbildungsprozesses ausweisen“ (Fenner 2008: 288; vgl. Wittwer 2003: 56 und 62). Die betreffende Person sollte einerseits die Gründe für ihre Suizidentscheidung absichern, indem sie möglichst viele der ihr zur Verfügung stehenden Informationsquellen im Hinblick auf deren Wahrscheinlichkeit bzw. Wahrheitsgehalt gegeneinander abwägt. Darüber hinaus muss sie anschließend die Angemessenheit des Suizids als Lösungsstrategie im Vergleich mit anderen Möglichkeiten hinsichtlich des Nutzens für ihre Ziele korrekt einschätzen. (Fenner 2008: 285ff.) Hat sie trotz hinreichender Bemühungen und mit ihrem Wissensstand entsprechend richtigen Schlussfolgerungen ein der Wirklichkeit bzw. ihrer aktuellen Umstände nicht angemessenes Urteil gefällt, so folgert Fenner mit Bernard Gert (1983): Es „läge hier zwar ein Irrtum oder eine

irrtümliche Überzeugung vor, nicht aber eine irrationale Meinung“ (Fenner 2008: 289). Zu unterscheiden von einer solchen nicht der Realität entsprechenden Überzeugung sind jedoch Einschränkungen des Ablaufs der Meinungsbildung durch kognitive Fehlschlüsse. Von solchen „intellektuelle[n] Fehlerquellen“ sei auszugehen, wo die Urteilsfähigkeit kurzfristig „durch mangelhafte Konzentration oder starke Emotionen getrübt“ (Fenner 2008: 290) oder durch „negativ verzerrende depressive Schemata“ (Fenner 2008: 291) auch dauerhaft beeinträchtigt ist. Ebenso könnten unbewusste und unrealistische Wünsche die Meinungsbildung in einer Weise beeinträchtigen, die die betreffende Person dazu verleite, die Realität durch Selbsttäuschung in ihrem „Wunschdenken“ zu ignorieren bzw. zu verdrängen (Fenner 2008: 292).

Allerdings nimmt Fenner eine weitere Differenzierung dieser Einflüsse vor: Zu einer irrationalen Meinung führten sie nur, solange die betreffende Person grundsätzlich die Fähigkeit besitzt, aus eigenen Zügen die Irrationalität solcher intellektuellen Fehler zu erkennen bzw. die durch ihre Wünsche bedingte Selbsttäuschung einzusehen. Ist sie aufgrund psychiatrischer Erkrankung zu einer derartigen Distanzierung nicht mehr in der Lage, wie es zum Beispiel bei psychotischen Wahnvorstellungen der Fall sein kann, sei ihren Denkprozessen lediglich „Arationalität“ zu unterstellen (Fenner 2008: 291f). Zwar lässt Fenner derartige akute Zustände bei der Rationalitätsanalyse außen vor, doch bedeuten psychiatrische Erkrankungen für sie nicht zwangsläufig ein Ausschlusskriterium für die wohlerwogene Entscheidungsfindung. So „zieht keineswegs jede psychische Störung die geistigen Fähigkeiten in Mitleidenschaft“ und auch bei depressiv bedingter Suizidalität sei „eine solche Beeinträchtigung immer nur graduell“ festzustellen. Sie beruft sich darauf, dass selbst bei der Schizophrenie und Suchterkrankungen „in den luziden Zwischenphasen oder zu Beginn der Störung“ die Fähigkeit zu logischen Schlussfolgerungen durchaus erhalten bleibt (Fenner 2008: 294). Weiter bezieht Fenner Stellung gegenüber der geläufigen Disqualifikation des Suizids als einer impulsiven, im „Affekt“ verübten Kurzschluss handlung. Auch wenn sie diese Aspekte des Suizids für den „oft hochimpulsiven Zustand unmittelbar vor der Tat“ nicht leugnet, so müsse man diese dennoch vom lange vorher einsetzenden Entscheidungsprozess trennen: „Auch wenn zum Zeitpunkt der Ausführung der Tat die Meinungen von Suizidenten unbegründet und affektiv eingefärbt sein mögen, so gilt dies nicht zwangsläufig auch für diejenigen der vorangegangenen, sachlicheren Erwägungs- und Abwägungsphasen“ (Fenner 2008: 295).

Angesichts der Tatsache, dass selbst bei Inanspruchnahme aller Möglichkeiten zur Beurteilung von Überzeugungen hinsichtlich der aktuellen Situation sowie der Einschätzung von Eintrittswahrscheinlichkeiten zukünftiger Ereignisse diese „niemals zu einer absoluten Sicherheit bezüglich ihrer Wahrheit“ führen können, kommt Fenner zu dem Schluss, dass „Meinungen als rational gelten, wenn sie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit die zukünftige Entwicklung der für die Betroffenen relevanten Ereignisse voraussagen“ (Fenner 2008: 299).

2.2.2.2 Die wohlbegründete Selbsttötung: Praktische Rationalität der Suizidhandlung

Während die theoretische Rationalität des Suizids sich auf die Überzeugung bezieht, dass die gegenwärtige Situation eine Selbsttötung vernünftigerweise rechtfertigt, verlangt die praktische Rationalität, dass es sich bei der Suizidhandlung um die angemessene Lösungsstrategie handelt. Mit anderen Worten: Ein Suizid erfüllt die Kriterien der praktischen Rationalität dann, wenn er sich dazu eignet, das zu erreichen, was man erreichen will.¹¹¹ Zudem muss er freiheitlich verübt werden, also „frei sein von äußeren und inneren Zwängen.“ Dies setzt wiederum Handlungsfreiheit, aber auch die „Willensfreiheit als höherstufige Kontrolle über das Wünschen und Handeln“ voraus. Weiterhin ist erforderlich, dass „die Handlung *absichtlich* und *intentional*, d.h. zielgerichtet ausgeführt“ wird. „Das Ziel der Handlung kann dabei nicht nur als Absicht oder Intention betrachtet werden, sondern zugleich als motivationaler Grund oder Motiv“. (Fenner 2008: 300)¹¹² Jene Zielsetzung setzt sich aus der Vielfalt unserer Wünsche zusammen, die wiederum „aus dem Drang primärer innerphysiologischer Bedürfnisse“ und „weltzugewandten Interessenzusammenhängen“ rekrutiert werden. Voraussetzung ist allerdings, dass „die Wünsche sich einer Prüfung ihrer Realisierbarkeit und der zu erwartenden Folgen ihrer Realisierung unterziehen und sich gegen Konkurrenten durchsetzen.“ (Fenner 2008: 300)

In Abhängigkeit von der Funktion, die eine Suizidhandlung einnehmen soll, überprüft Fenner sie anhand ihrer Zielrationalität und ihrer Mittel-Zweck-Rationalität (auch instrumentelle Rationalität). Erstere bezieht sich auf die einer Handlung zugrunde liegende „Zielwahl“, während die zweite Form die Handlungsweise betrifft, also ihre methodische Angemessenheit zum Erreichen bereits vorausgesetzter Ziele (Fenner 2008: 301).¹¹³ Um diese beiden

¹¹¹ zur Differenzierung der theoretischen und praktischen Rationalität s.a. di Nucci (2011)

¹¹² zu den Bedingungen rationalen Handelns vgl. Gosepath (1992: 212-250)

¹¹³ Der Unterschied von „Ziel“ und „Zweck“ besteht darin, dass man bei letzterem „den gezielten Einsatz geeigneter Mittel bereits bestimmt hat“ (Fenner 2008: 318)

Formen von Rationalität im Hinblick auf die Suizidhandlung untersuchen zu können, bezieht sich Fenner auf Jean Baechlers Einteilung von Suizidtypen.¹¹⁴ Dabei geht sie nicht von einer eindeutigen Abgrenzung von Suiziden gegeneinander gemäß dieser Typologisierung aus, sondern nimmt ein „komplexes Zusammenspiel divergenter Motive“ an (Fenner 2008: 311). Allerdings vermutet sie mit Arthur Schopenhauer eine „allen Suizidtypen gemeinsame, allgemeinere, tiefer liegende Zielintention“, nämlich „dass die Suizidwilligen eigentlich leben möchten, aber unter anderen, besseren Lebensbedingungen“ (Fenner 2008: 311).

Dient die Suizidhandlung der Absicht, „einer ausweglosen oder schmerzhaften Situation“ zu entfliehen, so muss im Sinne der instrumentellen Rationalität ausgeschlossen werden, dass ein Umgehen dieser Umstände nicht durch andere, bessere Mittel möglich ist. So wäre der Suizid zur Vermeidung unzumutbarer Schmerzen bei terminaler Krankheit nur dann zweckgebunden, wenn diese Schmerzen nicht ebenso sicher und effektiv durch palliative Maßnahmen erträglich gemacht werden können (Fenner 2008: 313). Handelt es sich jedoch beim Zweck des Suizids darum, eine „hoffnungslose Lebenssituation“ im weiter gefassten Verständnis zu beenden, könne er durchaus die einzige akzeptable Alternative darstellen (Fenner 2008: 304). Dies sei der Fall, wenn der Verlust von geliebten Menschen, den eigenen Fähigkeiten oder der Realisierbarkeit zentraler persönlicher Werte emotional nicht bewältigt oder individuelle Vorstellungen vom notwendigen „Niveau an Lebensqualität“ nicht mehr erreicht werden können (Fenner 2008: 305 und 313). Zwar stimmt sie Einwänden zu, dass sich bei einer den Lebensumständen entsprechenden Anpassung der eigenen Erwartungen „angesichts einer Fülle alternativer Handlungsmöglichkeiten“ der Suizid erübrige. Allerdings bedeute dies, dass man „nicht ein besseres Mittel zum selben Zweck gefunden, sondern das Ziel selbst“ modifiziert hätte: „Damit bleibt die Zweckrationalität als Flucht aber unangefochten.“ (Fenner 2008: 314)

Anders verhalte es sich hingegen für den Fall, dass die Selbsttötung den Zweck einer „appellativen oder aggressiven Manipulation“ erfüllen soll. Zumeist handelt es sich hierbei um den Versuch, im Sinne eines Hilferufs das Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung auszudrücken oder im Sinne einer Erpressung Liebe und Aufmerksamkeit einzufordern. Aufgrund

¹¹⁴ Dabei handelt es sich um vier Erscheinungsformen des Suizids als Flucht (eskapistischer Suizid), Appell oder Rache (aggressiver Suizid), Opfer oder Pause (oblativer Suizid) und zur Herausforderung des Schicksals (spielerischer Suizid), vgl. Fenners Auseinandersetzung mit Baechler (1981) sowie Abschnitt A, Kap. 2.1 dieser Arbeit

von Hinweisen, „dass der Mangel an Zuwendung in den meisten Fällen durchaus real“ ist, bestehe stets eine große Unsicherheit darüber, ob der eigene Tod die erhofften Ergebnisse – sei es Rache, Liebe oder Trauer – in der gewünschten Form erzielen kann. Daher hält Fenner „angesichts der Irreversibilität des Suizidaktes und der Höhe des Einsatzes“ die Wahl dieses Mittels bezüglich seiner Zweckrationalität für fragwürdig (Fenner 2008: 306f. und 314f.). Dazu komme „ein noch schwerwiegenderes Dilemma darin, dass der Suizident mit seinem Manipulationsversuch zumeist von anderen etwas erhalten möchte, nach gelungener Suizidat aber nicht mehr in den Genuss solcher Gratifikationen kommen kann“ (Fenner 2008: 315; vgl. Baechler 1981, Battin 1995). Somit liege es, auch im Hinblick auf die „vielen schwer kalkulierbaren Faktoren“ bei manipulativen Suiziden grundsätzlich näher, „im Zeichen der Mittel-Zweck-Rationalität zu einer der zahllosen Alternativen zu greifen“ (Fenner 2008: 316).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Fenners Untersuchung der Mittel-Zweck-Rationalität des Suizids als Pause, Opfer oder Spiel. Diese Typen gilt es ihrer Auffassung zufolge sogar als „eindeutig irrational zu diffamieren“ (Fenner 2008: 316). Im Sinne einer vermeintlichen „Pause“ oder „Passage“ soll die Beendigung des eigenen Lebens ein „Streben nach Ruhe oder besserem Zustand“ ermöglichen. Damit diene sie nicht nur der Funktion einer Flucht, sondern verknüpfe den eigenen Tod konkret mit der Hoffnung auf einen Neuanfang oder doch zumindest einer zeitlich begrenzten „Unterbrechung des bewussten Lebens“ sowie „Friede“ und „stiller Behaglichkeit“ (Fenner 2008: 308f.).¹¹⁵ Gemäß der Forderung, dass der Suizid das am geeignetsten erscheinende Mittel zum Erreichen dieser Zustände sein muss, „verwickelt man sich offenkundig in den Widerspruch, eine verbesserte Lebenssituation dadurch erzielen zu wollen, dass man seinem Leben ein Ende setzt“ (Fenner 2008: 316). Steht als Suizidmotiv nicht das Ruhebedürfnis für die Betroffenen selbst, sondern eine Entlastung der Familie in einer „altruistischen“ Auslegung des Opferbegriffs im Vordergrund, bestehe der besagte Widerspruch zwar nicht in gleicher Form, doch sei zumindest vorab die „Verständigung“ mit den Angehörigen erforderlich. Andernfalls bestehe die Gefahr, dass der Suizid auf der Grundlage von „trügerischen Illusionen“ durchgeführt werde (Fenner 2008: 307 und 316).

¹¹⁵ Die religiös begründete Erwartung eines Lebens nach dem Tod kann hier Fenner zufolge „mit Blick auf unseren zunehmend ungläubigen Kulturkreis“ vernachlässigt werden (Fenner 2008: 316)

Schließlich werde auch der Suizid im „Spiel mit dem Schicksal“ einer rationalen Mittel-Zweck-Gebundenheit nicht gerecht. Hier handle es sich primär darum, dass „man sich rational weder für das Leben noch für den Tod entscheiden kann“, oftmals wolle man eigentlich insgeheim gerettet werden oder lediglich herausfinden, „ob sich das Leben noch lohnt“ (Fenner 2008: 309f.). Somit schließt einmal mehr entweder die Selbstvernichtung das Verfolgen der tatsächlichen Interessen aus, oder aber die von Fenner unterstellte Wahl einer „(leichten) Methode“ einschließlich der „(Rettungs-)Vorkehrungen“ müsste bewusst „das Resultat beeinflussen“ (Fenner 2008: 310). Entsprechend liegt für sie hier das logische „Grundproblem darin, dass man sich nicht ernsthaft mit dem Tod und der Irreversibilität der Suizidhandlung auseinandersetzt“ oder sich von „romantischen Metaphern eines uns sanft in die Arme nehmenden Todes verführen lässt“ (Fenner 2008: 317).

Unabhängig von der Wahl des Suizids als zutreffendes Mittel bedarf es Fenner zufolge einer zusätzlichen Überprüfung, „ob die handelnde Person sich überhaupt die richtigen Ziele oder Zwecke vornimmt“ (Fenner 2008: 318). Daher gelte es, diese hinsichtlich ihrer Eignung als „evaluatives“ bzw. „prudentielles Gut“ sowie als „normatives“ bzw. „moralisches Gut“ zu beurteilen. Mit Nida-Rümelin (2001) bezieht Fenner Letzteres auf „verallgemeinerungsfähige normative Überzeugungen oder Regeln“, während die Bedeutung eines prudentiellen Gutes rein subjektiver Natur ist, es betrifft also individuelle Erwartungen an ein gutes und glückliches Leben. (Fenner 2008: 318f.) Dabei könne die „rationale Zielwahl“ zunächst einmal dadurch gefährdet werden, dass der Suizid nicht ausreichend „allen alternativen Handlungszielen“ gegenübergestellt wird. So verleitet beispielsweise die selektiv negative Wirklichkeitswahrnehmung bei Depressionen dazu, „positive Handlungsoptionen systematisch auszublenden.“ (Fenner 2008: 320) Hier könne die Inanspruchnahme einer neutralen Beratung oder professionellen Behandlung zum „Freilegen verdeckter Handlungsalternativen“ verhelfen sowie „die Bildung neuer (lebensorientierterer) Wünsche begünstigen“ (Fenner 2008: 323). Auf diese Weise ließe sich Fenner zufolge differenzieren zwischen Lebensbedingungen, die tatsächlich weitgehend aussichtslos sind und solchen, die lediglich einer persönlichen Umorientierung bedürfen. Letzteres treffe bei einzelnen persönlichen Verlusten zu, die durch ein sich Einlassen auf neue Partnerschaft oder Lebensinhalte ausgeglichen werden könnten, während ihr der Suizid als Flucht für „physisch oder psychisch Schwerstkranken“ sowie politisch Verfolgte „gut begründet erscheint“ (Fenner 2008: 322).

Darüber hinaus muss die Kohärenz eines Zieles bezüglich eines dauerhaften „Lebensplans“ erkennbar sein, es muss also „einen internen Zusammenhang aller Handlungsziele der Person“ geben (Fenner 2008: 324). In Abhängigkeit von den grundsätzlichen „Zielen und Projekten“ (Fenner 2008: 325; vgl. Battin 1995) innerhalb dieses Lebensplans könne der Suizid dann deren Erfüllung unterbinden, unbeeinflusst lassen oder erst ermöglichen: Während beim „appellativen Suizid“ das maßgebliche Interesse, „Anerkennung oder Zuneigung“ zu erhalten, verhindert werde (Fenner 2008: 326), könne der Suizid im Sinne einer Flucht in bestimmten Fällen den Bruch mit wesentlichen Idealen abwenden. Dies wäre für ein „zentralstes Lebensprojekt“ der Fall, das durch „Krankheit oder Alter“ nicht mehr verfolgt werden kann, oder einer unvermeidlich bevorstehenden Preisgabe von „tiefen lebensanschaulichen oder ethischen Überzeugungen“, die „ohne Selbstverlust nicht aufgegeben werden können.“ (Fenner 2008: 326f.) Weiter nimmt Fenner mit Battin an, dass es auch Formen eines solchen „ground-project“ geben kann, die nicht unmittelbar mit dem irdischen Dasein der Betroffenen verknüpft sind. Im Sinne von „externen Zielen“ könnten solche höherstufigen Ideale „die persönlichen Interessen der Akteure übersteigen und ihr Leben überdauern“, was beispielsweise bei „einem Suizid der Rache bzw. einer altruistischen öffentlichen Erpressung“ der Fall wäre (Fenner 2008: 326). Im Gegensatz zur instrumentellen Rationalität, die Fenner für derartige Selbsttötungen an anderer Stelle anzweifelte, wäre bezüglich ihrer Zielrationalität dennoch das Kriterium der Kohärenz erfüllt (Fenner 2008: 315f. bzw. 326).

Gemäß diesen Bedingungen der Zielrationalität müssen die individuellen Motive eines Suizids sich also innerhalb eines persönlichen Lebensplans logisch nachvollziehen lassen und dürfen sich nicht im Sinne eines psychiatrischen Kausalzusammenhangs alternativen Lebenszielen verschließen. Doch es lassen sich damit nicht alle Vorbehalte aus dem Weg räumen, denn auch unabhängig von psychiatrischer Diagnose können bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensmuster „eine ständige flexible Anpassung der Lebenspläne an die sich verändernde Wirklichkeit“ erschweren. Entsprechend führten sie auf bisweilen „pathologische“ und damit „irrationale“ Weise „zu einer Fixierung auf wenige Lebensziele.“ (Fenner 2008: 328)

Während die vorangegangenen Überlegungen zur praktischen Rationalität des Suizids sich auf die entsprechende Handlungsabsicht bezogen, müssen zudem die im Zuge der Handlungsrealisierung in Kauf genommenen Umstände mit den gesetzten Zielen abgewogen

werden. Bei der Frage nach der Zielrationalität des Suizids müssen also auch die unmittelbaren Begleitfaktoren der Handlungsausübung selbst mitbedacht werden: So „fungiert als Beurteilungskriterium der Wünsche bzw. als Begründung rationaler Handlungsziele das subjektiv erlebte Wohlbefinden des Handelnden bei der Wunscherfüllung“. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass der Vorgang im Sinne einer punktuellen Rationalität auf die Erfüllung (bzw. Vermeidung) von „augenblicklich auftretenden Bedürfnissen oder Wünschen“ reduziert wird. Vielmehr sollte der Suizid im Sinne der strukturellen Rationalität auch hier an eine Übereinstimmung mit „langfristigen Lebenszielen“ gekoppelt sein. (Fenner 2008: 319)

Der Begriff der strukturellen Rationalität besagt, dass die bewusste Lebensgestaltung einer Person sich an zentralen Projekten und moralischen Überzeugungen orientiert, die sich in ihrer Handlungsausrichtung niederschlagen. Entsprechend lässt sich in den Handlungen einer Person eine ihrem Leben innewohnende eigene Struktur im Sinne eines Regelwerks erkennen, anhand dessen wiederum Einzelhandlungen bewertet werden können (Nida-Rümelin 2001). So mögen zwar im Rahmen der Selbsttötung durchlebte „höchst unerwünschte Schmerzempfindungen“ zunächst punktuell einsichtig erscheinen, wo sie der Flucht vor einem als unerträglich empfundenen krankheitsbedingten Schmerzzustand dienen (Fenner 2008: 329). Daraus ist aber keineswegs auch eine strukturelle Rationalität der Handlung zu folgern. Hier verweist Fenner einmal mehr auf die Möglichkeiten der modernen Palliativmedizin, die eine langfristige und wirkungsvolle Vermeidung solcher Schmerzen erlauben. Weiter könnten bestimmte Schmerzen langfristig auch als „konstruktives Leid“ verstanden werden, indem sie beispielsweise zu „einem reflektierteren, bewussteren Lebensvollzug“ führten (Fenner 2008: 331). Doch gebe es auf der anderen Seite auch „destruktives Leid“ wie bei „langfristig mit größter Wahrscheinlichkeit nicht zu milderndem physischen Schmerz oder psychischem Druck“, das den Suizid auch hinsichtlich struktureller Rationalitätskriterien rechtfertigen könne (Fenner 2008: 332). Dabei hält Fenner sich an Battin, die einen Suizid zur Vermeidung von Schmerzen als umso rationaler bezeichnet, je anhaltender diese sind und je geringer die Aussicht auf ihre Linderung ist (Battin 1995: 140).

Eine Handlung ist also allgemein hinsichtlich prudentieller Zielsetzungen dann „umso rationaler, je mehr bedeutsame Ziele des individuellen Lebensentwurfs sie mit hoher Wahrscheinlichkeit und in angemessener Reihenfolge befördert.“ Dabei darf sie nicht nur zu einer kurzfristigen „Freude“ im Zuge „einer positiven Evaluation der erreichten Zustände oder Sachverhalte“ führen, sondern muss für eine „anhaltende Stimmung des Glücks“ sorgen. Dieses Glück bedeutet nach Fenners Definition, dass „die wichtigen Ziele unseres

Lebensplanes sukzessive in Erfüllung gehen und die Aussichten auf ein weiteres Gelingen gut stehen.“ (Fenner 2008: 333) In Bezug auf die praktische Rationalität des Suizids wirkt nach Fenners Konzept diese Logik in gleichsam entgegengesetzter Weise: Machen die aktuellen Umstände die Erfüllung eines langfristigen Lebensplans ohnehin immer unwahrscheinlicher, wird dieser auch durch einen Suizid nicht mehr auf irrationale Weise untermi- niert. Sind also die Voraussetzungen für die Verfolgung eines individuellen Lebensentwurfs nicht mehr gegeben oder stark verringert und „Kompensationsmöglichkeiten sowie eine Mo- difikation des Lebensplans ausgeschlossen“, habe der Typus „Flucht-Suizid als prudentiell rationales Handlungsziel zu gelten“ (Fenner 2008: 334).

Schließlich betrachtet Fenner die „normative oder moralische Zielrationalität“ der Selbsttö- tung. Darunter ist deren Zurückführung auf „allgemeine Wertungsstandards oder Hand- lungsregeln (Normen)“ zu verstehen (Fenner 2008: 334 nach Nida-Rümelin 2001: 24 und 31). In diesem Verständnis rational ist für sie demnach der Suizid als „Opfer“ oder „Streben nach besserem Zustand“, um Angehörigen und der Gesellschaft nicht weiter zur Last zu fallen (Fenner 2008: 334). Allerdings müssten solche wohlwollend gemeinten Absichten im Vorfeld mit den entsprechenden negativen Auswirkungen auf die Hinterbliebenen, auch im Sinne gegenseitiger Rücksichtnahme, sorgfältig abgewogen werden. Für Fenner ist die Ein- sicht der Suizident:innen in die Perspektiven ihrer Mitmenschen jedoch auch insofern Be- dingung für einen „zielrationalen Suizid“, als sich „gute Gründe immer im Dialog mit ande- ren ausweisen müssen“. Daher „sollte das Risiko einer falschen Einschätzung der Fremd- perspektiven beim monologischen Gedankenspiel eliminiert werden durch die faktische dis- kursive Auseinandersetzung mit den Betroffenen.“ (Fenner 2008: 335)

Die „normative und moralische Zielrationalität“ einer Selbsttötung setzt für Fenner also vo- raus, dass der jeweils vorangehende Entscheidungsprozess auch gesellschaftliche Wechsel- wirkungen berücksichtigt. Analog zu ihrer zustimmenden Beurteilung der moralischen Ziel- rationalität eines Opfersuizids im Sinne einer Entlastung des sozialen Umfelds verstoßen somit Appellsuizide gegen die geforderte Übereinstimmung mit „allgemeine[n] Wertungs- standards oder Handlungsregeln“ (Fenner 2008: 334). Eine Berücksichtigung der morali- schen Ebene der Zielrationalität eröffnet nun allerdings auch die Diskussion nicht mehr nur der direkten Zielsetzung, sondern auch der für die Gemeinschaft zu erwartenden indirekten Folgen. Entsprechend fließend stellen sich in Fenners Analysen die Übergänge zur sozial- ethischen Bewertung des Suizids dar. Hier nennt sie zunächst einmal die Verantwortung der

Betreffenden gegenüber einem möglichen „Werther-Effekt“ der eigenen Selbsttötung, also der Provokation von Nachahmungssuiziden durch Effekte der Suggestion und Imitation (Fenner 2008: 343ff.). In Bezug auf die Hinterbliebenen müssten Suizidwillige bedenken, dass diese Trauer und Schuldgefühlen ausgesetzt sowie mit Vorwürfen bis hin zu „sozialer Stigmatisierung“ angesichts ihrer Mitverantwortung konfrontiert werden. Doch dürften diese Kriterien im Falle einer tatsächlichen Mitschuld der Angehörigen, „weil diese ihre Pflichten der Ehe, der Freundschaft oder der Hilfeleistung in Not vernachlässigt haben“, nicht als Argumente gegen die sozialethische Legitimität des Suizids geltend gemacht werden. (Fenner 2008: 348) Sofern jedoch der „Entschluss einen einseitigen Abbruch aller Beziehungen darstellt“ (Fenner 2008: 346) und schwerwiegende Folgen für das soziale Umfeld mit sich bringt, müsse man dies bei der Beurteilung entsprechend berücksichtigen. Um jene „gravierenden Missachtungen fremder Interessen“ handle es sich beispielsweise auch bei Suizidhandlungen, die „materielle oder psychische Nachteile für Ehepartner, Kinder oder Freunde zeitigen“ und ihnen gegenüber freiwillig übernommene „Treue- oder Fürsorgepflichten“ verletze (Fenner 2008: 347).

Hinsichtlich des weiter gefassten sozialen Umfelds betrachtet Fenner schließlich die Verantwortung der Suizident:innen gegenüber Staat und Gesellschaft. Der von Hume für legitim erklärten Aufgabe von Verpflichtungen im Rahmen eines Rückzugs aus der Gesellschaft stimmt sie zu, wenn der:die Suizident:in „unter immensen körperlichen oder psychischen Schmerzen leidet“ und daher „die zu erwartenden praktischen oder psychischen Schäden seitens des sozialen Umfeldes [...] kaum ins Gewicht fallen“ (Fenner 2008: 351). Humes moralische Befürwortung des Suizids, wenn die Betroffenen „der Gemeinschaft infolge von Krankheit, Alter, Verbrechen oder politischer Verschwörung zur Last“ werden, lehnt sie allerdings aufgrund des möglicherweise implizierten Selbsttötungsgebots ab (Fenner 2008: 351). Während sie also die moralischen Verpflichtungen des:der Suizident:in gegenüber der Gesellschaft und dem Staat für größtenteils vernachlässigbar hält, setzt sie im Hinblick auf das engere soziale Umfeld strengere Maßstäbe. So könne man ihm:ihr abverlangen, dass er:sie die Konsequenzen für Angehörige „bedenkt und (selbst-)verantwortlich übernimmt“ sowie diese „Situationseinschätzung den Betroffenen mitgeteilt und sich im Fall divergierender Interpretationen oder -bewertungen ernsthaft mit diesen auseinandergesetzt hat“ (Fenner 2008: 352f.).

Auch wenn Fenner zugesteht, dass eine rationale Entscheidung zum Suizid immer auch ein dialogisches Element enthalten muss, unterstellt das von ihr vermittelte Konzept am Ende doch ein in erster Linie durch Selbstbezüglichkeit geprägtes Menschenbild. Es übergeht dabei die Tatsache, wie sehr die präsuizidale Entwicklung, so wohlherwogen sie sich auch darstellen mag, nicht nur von interindividuell verhandelbaren Meinungsdivergenzen, sondern ebenso sehr von auf emotionaler Ebene wirksamen zwischenmenschlichen Enttäuschungen beeinflusst wird. Nüchterne Bilanzierung mag als Hinweis auf einen wohlherwogenen Entscheidungsprozess gewertet werden, sie kann aber auch im Rahmen hilfloser Resignation und emotionaler Verbitterung auftreten. Die Vorstellung vom Menschen als einem letztendlich isolierten, selbstinstruierten Wesen vermittelt nicht nur ein irreführendes Verständnis von Autonomie, sondern unterschätzt auch das komplexe Zusammenspiel kognitiver und emotionaler Wechselwirkungen bei der Entscheidung zum Suizid. Im folgenden Abschnitt dieser Arbeit wird daher zu prüfen sein, welche weiteren Einflussfaktoren und Vorannahmen mit der Idee des freiverantwortlichen Suizids verbunden sind.

3. Suizidalität und Autonomie

3.1 Überblick zum Autonomiebegriff

Dem Prinzip der Patientenautonomie kommt in der gegenwärtigen Medizin große Bedeutung und Anerkennung zu. Spätestens seit der Erstauflage der *Principles of Biomedical Ethics* (1979) von Beauchamp und Childress ist es dem bioethischen Diskurs nicht mehr wegzudenken. Angesichts unserer pluralistischen demokratischen Gesellschaft besitzt es starken rechtlichen Einfluss und erhebliches argumentatives Gewicht. Trotz der selbstverständlichen Verwendung des Autonomiebegriffs ist dieser keineswegs auf ein einheitliches Konzept zurückzuführen. *Autonomia* bezieht sich im historischen Sinn auf die Souveränität griechischer Stadtstaaten, also deren Selbstverwaltung anhand von eigenen Gesetzen (Hildt 2006: 49). Im Vordergrund stand ursprünglich somit nicht die beliebige Freiheit des Individuums, sondern der Konsens über und die Identifikation mit den akzeptierten Regeln an Stelle einer aufgezwungenen Übernahme fremder Vorgaben. Im Sinne dieser Selbstgesetzgebung steht der philosophische Hintergrund des Autonomiebegriffs zudem maßgeblich in der Tradition Immanuel Kants und John Stuart Mills. Damit ist die Vorstellung von Autonomie einerseits zumeist verknüpft mit Vernunft und Willensfreiheit gemäß den Einflüssen Kants, andererseits ist sie stark geprägt durch Mills Freiheitsverständnis als Abwesenheit von äußeren Zwängen und Handlungsschranken (Rössler 2011: 93).

3.1.1 Die Vielfalt der Autonomiekonzeptionen

Allgemein ist die Idee von Autonomie verbunden mit der Vorstellung von einem eigenen Willen und Wertgefüge sowie Unabhängigkeit, Selbstständigkeit, Eigenverantwortlichkeit und Freiheit. Entsprechend steht sie im Gegensatz zu Fremdherrschaft oder äußeren Zwängen und bildet damit die Grundlage einer selbstbestimmten Lebensgestaltung (Hildt 2006: 47ff.). Die lange philosophische Tradition des Begriffs hat zahlreiche Definitionen mit vielfältigen Voraussetzungen und Forderungen hervorgebracht. Diese decken sich jedoch nicht notwendigerweise mit unserem allgemeinen Vorverständnis, das teilweise weit über die Begriffseingrenzung durch den philosophischen, vernunftbezogenen Kontext hinausreicht und sich vergleichsweise unspezifisch gestaltet:

Er beschreibt „ein komplexes Netz von Intuitionen, begrifflichen und empirischen Gesichtspunkten sowie normativen Forderungen“ wie „Selbstverwirklichung, Freiwilligkeit, der Besitz von Entscheidungs- und Wahlfreiheit oder die Achtung des Privatlebens. Der Begriff der Autonomie wird manchmal als Äquivalent für Freiheit benutzt, manchmal als gleichbedeutend mit Souveränität, Selbstgesetzgebung oder Willensfreiheit. Er wird auch gleichgesetzt mit Würde, Individualität, Unabhängigkeit, Integrität, Verantwortlichkeit oder Selbstkenntnis. Autonomie wird in Beziehung gebracht mit kritischer Reflexion, mit der Freiheit von Verpflichtungen, mit der Abwesenheit externer Verursachung oder mit der Kenntnis eigener Interessen.“ (Hildt 2006: 50)

Autonomie bildet in dieser Perspektive die Grundlage eines individuell gestalteten, erfüllten und zufrieden stellenden Lebens. Durch die Betonung von Individualität und Pluralität bleibt umstritten, wie die Autonomie des:der Einzelnen innerhalb eines sozialen Beziehungsgefüges abzugrenzen ist, wo sie beginnt und wo sie endet.

Dies führt insofern zu Konflikten, als Autonomie, wo sie eingefordert oder zugestanden wird, Verantwortung bedeutet und Respekt seitens Dritter verlangt (Rössler 2011: 93). Zusätzlich erschwert wird diese Tatsache dadurch, dass Autonomie als Recht, aber auch als Fähigkeit oder Eigenschaft verstanden werden kann. Ersteres trifft beispielsweise auf das Prinzip der Patientenautonomie zu: Als solches wird sie zunächst einmal jedem Menschen zuteil und darf nur unter besonderen Umständen eingeschränkt werden.¹¹⁶ Dagegen kommt Autonomie,

¹¹⁶ etwa bei Selbstgefährdung bei schwerer geistiger Erkrankung oder Fremdgefährdung

verstanden als Idealform selbstbestimmter Lebensführung, nicht bei allen Menschen und nicht zu jedem Zeitpunkt in gleichem Maße zum Ausdruck. In diesem Sinne kann sie entweder als grundsätzliches Vermögen einer Person gedeutet oder lediglich auf konkrete Situationen bezogen werden. Denn ein prinzipiell selbstbestimmt lebender Mensch mag unter bestimmten Umständen fremdbestimmt handeln, ohne dadurch schon seine Autonomiefähigkeit zu verlieren. Ähnlich kann eine Person, die sich üblicherweise nicht durch einen hohen Grad an selbstbestimmter Lebensgestaltung auszeichnet, einzelne Entscheidungen weitgehend autonom fällen. Man bezeichnet solche Entscheidungen zumeist aber nur dann als autonom, wenn sie mit den langfristigen Interessen der betreffenden Person übereinstimmen. Im Rahmen der Patientenautonomie werden sie jedoch häufig auf die aktuelle Willensäußerung unabhängig von dauerhaftem Wohlergehen oder übergeordneten Werten beschränkt.

3.1.2 Autonomie als bioethisches Prinzip

Anders als das Konzept der Autonomie im Sinne eines moralischen Leitbildes oder einer Idealform selbstbestimmter individueller Lebensführung (s.u.) bezieht sich das bioethische Autonomieprinzip auf konkrete Entscheidungen in einem begrenzten Kontext. Durch seine Einschränkung auf den medizinischen Bereich hat es sich zunehmend von seinen philosophischen Wurzeln entfernt, um sich im Rahmen klinischer und rechtlicher Anwendbarkeit weiterzuentwickeln. Seine Bedeutung liegt in erster Linie im Schutz vor ärztlicher Bevormundung, in der Teilhabe an Entscheidungen über den eigenen Körper und das eigene Leben, in der Wahrung persönlicher Interessen und der Achtung der Privatsphäre. Das Erleben von Krankheit und körperlicher Einschränkung ist mit dem Gefühl des Angewiesenseins verbunden, dem von medizinischer Seite mit besonderer Sensibilität begegnet werden muss. Die Abhängigkeit sollte daher nach Möglichkeit auf Bereiche beschränkt bleiben, in denen Patient:innen tatsächlich auf von außen angebotener Hilfe bedürfen. Dies meint idealerweise einen konkreten ärztlichen Behandlungsauftrag, kann aber auch – wie im Fall von Bewusstlosigkeit, Demenz oder schwerer psychischer Krankheit – ein Handeln im „wohlverstandenen Interesse“ bzw. gemäß dem „mutmaßlichen Willen“ des:der Patient:in bedeuten. Diese Parameter orientieren sich an allgemein geteilten Wertmaßstäben,¹¹⁷ dürfen jedoch bekannte

¹¹⁷ wie dem Wunsch nach bzw. Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit

davon abweichende Vorstellungen einzelner Patient:innen nicht übergehen.¹¹⁸ Grundsätzlich sollte die Behandlung dabei – insbesondere im psychiatrischen Bereich – stets auf eine Wiederherstellung von Autonomiefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit abzielen (vgl. Vollmann 2008: 54). Eine Zwangsunterbringung im Fall von akuter Suizidalität ist daher nicht allein als Verhinderung einer Selbstschädigung zu verstehen. Die Nichtanerkennung des natürlichen Patient:innenwillens wird als zeitlich begrenzte Maßnahme in Kauf genommen, um die Betroffenen zu einer künftig wieder selbstbestimmteren Lebensführung zu verhelfen. Sie soll ihnen die Möglichkeit geben, ihre Situation zu überdenken, Hilfe anzunehmen, Beziehungen aufzubauen und neue Lebensperspektiven zu finden (vgl. DGPPN 2019). Als Faustregel für die klinische Anwendung des Autonomieprinzips kann daher gelten: „Versetze den Patienten in die Lage, eine vernünftige Entscheidung treffen zu können und respektiere seine getroffene Entscheidung“ (Lachmann 2008: 139).

Der ärztliche Heileingriff ohne die aufgeklärte Einwilligung des:der Patient:in (oder der gesetzlichen Betreuungsperson) gilt strafrechtlich als Körperverletzung.¹¹⁹ Damit können auch Maßnahmen dringlichster medizinischer Indikation abgelehnt werden. Dieses Recht erlaubt es Patient:innen, nach persönlichen Maßstäben unabhängig von der Expert:innenmeinung über ihre Gesundheit zu verfügen. Der heutige Stellenwert der Einwilligung bringt die Vorstellung von aufgeklärten, eigenverantwortlichen Patient:innen zum Ausdruck. Dieses Menschenbild spielte jedoch bis ins 20. Jahrhundert in der Medizin eine untergeordnete Rolle: Ärzt:innen stellten ihre Fachkenntnisse zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit ihrer Patient:innen zur Verfügung, die sich ihrem wohlwollenden Rat fügen sollten. Eine demokratische Gesinnung war diesem „paternalistischen“ System fremd, die vernünftige Abwägung der Fachleute galt gegenüber der Laienperspektive als überlegen. Diese vom hippokratischen Eid geprägten Grundsätze der traditionellen Medizinethik stützen sich damit in erster Linie auf das Patient:innenwohl aus neutral wissenschaftlicher Perspektive und die ärztliche Tugendpflicht (vgl. Vollmann 2008: 13f. und 41). Heute ist es dagegen selbstverständlich, dass individuelle Wertentscheidungen nicht ohne Weiteres von Fachleuten unterlaufen

¹¹⁸ etwa zuvor geäußerte Wünsche nach Verweigerung einer Fremdblutspende bei Zeugen Jehovas

¹¹⁹ Die Körperverletzung ist im § 223 Abs. 1 StGB geregelt und kann „mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft“ werden. Wer allerdings diese „Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt“ (§ 228 StGB)

werden dürfen. Entsprechend kommt in der modernen Bioethik der Patientenautonomie ein dem objektiven Patient:innenwohl gleichwertiger und im Zweifelsfall überlegener Rang zu.¹²⁰

Da unser Verständnis von Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit durch die Tradition der Aufklärung entwickelt und geprägt wurde, ist es verbunden mit der Vorstellung von Wissen und Vernunft. Auf dieser Grundlage entstand das Modell des „Informed consent“: Die Ärztin vermittelt durch die medizinische Aufklärung die fachlichen Informationen über den medizinischen Eingriff, die der Patient zur Abwägung und zum Verständnis der Behandlungsentscheidung benötigt. Er kann nun die „verständene Information auf seine persönliche Situation anwenden, durch rationales und kausales Denken die Konsequenzen der Entscheidung erkennen sowie Vor- und Nachteile gegeneinander abwägen“ (Vollmann 2008: 23). Diese Lösung schafft die Voraussetzung für die nicht fachkundigen Patient:innen, über den wissenschaftlichen Standpunkt zum betreffenden Eingriff unterrichtet zu sein und keine irrationale Entscheidung aufgrund mangelnder Fachkenntnisse zu treffen. Zugleich erlaubt sie ihnen aber, die medizinische Lehrmeinung zurückzuweisen und den Eingriff abzulehnen. Damit garantiert sie, „dass der Patient nicht nur als Objekt der modernen Medizin, sondern als selbstbestimmte und eigenverantwortliche Person anerkannt wird, dessen Menschenwürde und Persönlichkeitssphäre respektiert werden“ (Vollmann 2008: 23). Sie stellt demnach gewissermaßen einen Kompromiss zwischen Vernunft und Individualität dar und steht somit dem Autonomieverständnis der Aufklärung nahe. Gleichwohl handelt es sich hierbei lediglich um Einflüsse verschiedener Theorien, die im Sinne einer minimalen Konzeption individueller Autonomie (sogenannte minimale Autonomie) auf die im medizinischen und juristischen Kontext relevanten Kriterien des Selbstbestimmungsrechts angepasst wurden (Steinfath 2016).

¹²⁰ Diese Umorientierung begann bereits Ende des 19. Jahrhunderts im Rahmen der strafrechtlichen Verfolgung medizinischer Experimente an Patient:innen, deren Zustimmung nicht eingeholt worden war. Erst nach und nach setzte sich von der Rechtsprechung ausgehend auch in der Medizin das heutige Modell durch, demzufolge ärztliche Eingriffe ohne Aufklärung und Einwilligung der Patient:innen unzulässig sind. Der Nürnberger Kodex von 1947 legte als Konsequenz der nationalsozialistischen Forschungsverbrechen an Menschen „erstmalig universal gültige und unveräußerliche Patientenrechte in der klinischen Forschung fest. Die freiwillige Zustimmung des Menschen ('voluntary consent') sowie eine ausreichende Information und das Verständnis des Patienten ('sufficient knowledge and comprehension') wurden damit rechtliche Voraussetzung“ medizinischer Forschung am Menschen (Vollmann 2008, S. 38). Die amerikanische Rechtsprechung erklärte 1957 diese Grundsätze im Rahmen des „Informed consent“-Konzepts als Voraussetzung für alle ärztlichen Eingriffe. Zur Entwicklung des Informed consent s.a. Vollmann (2008): 27-41. Seit der Formulierung der vier bioethischen Prinzipien *autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence* und *justice* durch Beauchamp und Childress ist die Patientenautonomie fester Bestandteil im bioethischen Diskurs; s. hierzu Beauchamp & Childress (2001).

Die Entwicklungen der Bioethik um die Jahrtausendwende führten zu einer immer stärkeren Betonung der Patientenautonomie. Besonders in Bezug auf die Fragen, die sich am Lebensende aufdrängen, werden durch die Möglichkeiten und Fortschritte der technisierten Medizin zutiefst persönliche Wertentscheidungen berührt. Oft können besonders in Bezug auf Fragen am Lebensende Individualität und Selbstbestimmung als Maßstäbe dem Autonomieverständnis eher gerecht werden als Vernunftkriterien. Befürchtungen von Patient:innen, dass ihre individuellen Vorstellungen eines menschenwürdigen Sterbens von der Medizin übergangen werden, sind wesentlicher Bestandteil der gegenwärtigen bioethischen und rechtlichen Diskussion. Die 2009 in Kraft getretenen Regelungen zur Patientenverfügung adressieren diese Ängste in Bezug auf einen Lebensabschnitt, in dem man seinen Willen nicht mehr äußern oder rechtswirksam erklären kann.¹²¹ Allerdings sind weder eine verpflichtende ärztliche Beratung im Vorfeld noch eine Aktualisierung der Patientenverfügung bei sich ändernden Lebensumständen vorgeschrieben (Säcker et al. - Schneider, 2020, zu § 1901a BGB Rn. 15). Streng genommen erfüllt sie damit entscheidende Bedingungen der Autonomie im Sinne einer aufgeklärten Einwilligung nicht. Daher stehen diese Regelungen insofern in der Kritik, als behandelnde Ärzt:innen sich mitunter „in die unzumutbare Lage eines blinden Vollzuges selbst hochgradig ‚unvernünftiger‘ Patientenwünsche genötigt sehen“ könnten (Duttge et al. 2016: 276f.). Daher wird empfohlen, die Patientenverfügung in eine umfassende gesundheitliche Vorausplanung (das sogenannte Advance Care Planning, ACP) einzubinden, die eine Evaluation individueller Wertvorstellungen mit professionellen Aufklärungsgesprächen verknüpft und so eine informierte Entscheidung und aussagekräftige Willensbekundung ermöglicht (Schmittgen & Marckmann 2013; Schildmann & Krones 2015).

3.1.3 Autonomie als Ideal: Moralische Autonomie

Während in Fällen eines ohnehin unmittelbar bevorstehenden, nicht mehr aufzuhaltenden Sterbeprozesses die oben beschriebene anwendungsbezogene Konzeption der minimalen

¹²¹ Seit dem am 01.09.2009 in Kraft getretenen Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a, § 1901b, § 1904 BGB) sind Patientenverfügungen rechtlich bindend, sofern sie im Zustand der Einwilligungsfähigkeit getroffen wurden und geprüft wurde, ob die darin niedergelegten Wünsche auf die gegenwärtige Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, s. hierzu DRZE (2022b)

Autonomie auf sinnvolle Weise dazu dient, Patient:innen vor Entmündigung durch ein individualisiertes medizinisches System zu schützen, kann das bioethische Autonomieprinzip nicht ohne Weiteres auf die Frage nach einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung angewandt werden. Wird diese befürwortet, so geht man meist von einer Idealform menschlicher Selbstbestimmung aus, deren Wurzeln auf Kants Verständnis der moralischen Autonomie zurückgehen.¹²²

Für Kants Verständnis der moralischen Autonomie ist die Betonung von Selbstgesetzgebung und Eigenkontrolle von zentraler Bedeutung. Ihm zufolge haben „vernünftige Wesen die Fähigkeit, nach der Vorstellung von Gesetzen, also nach Prinzipien, zu handeln, d.h. sie besitzen einen Willen“ (Bauer 2007: 26). Dabei wird der Wille als das Vermögen verstanden, sein Handeln nach jenen vorgestellten Gesetzen zu bestimmen (s.a. Kant GMS AA IV: 427-433). Solch „praktisches Handeln ist aber nur möglich unter der Voraussetzung von Freiheit“, daher „sieht Kant es als Notwendigkeit an, jedem vernünftigen Wesen, das einen Willen hat, auch die Idee der Freiheit zuzugestehen“ (Bauer 2007: 26; vgl. Kant GMS AA IV: 446-453). Gerade weil der Mensch in der Lage ist, seinen Willen an der bloßen Form eines Gesetzes auszurichten, erkennt er sich selbst als frei.¹²³ Zugleich begründet diese Freiheit als Fähigkeit, sein Handeln nach selbstgegebenen Gesetzen zu bestimmen, für Kant die moralische Verantwortung des Menschen:

„Autonomie als Selbstgesetzgebung heißt bei ihm, dass der Wille sich selbst das sittliche Gesetz gibt, nach dem der Mensch zu handeln hat. Im Bereich der Moral gibt es für den Willen keine ihm von außen vorgegebenen Werte und Güter: der Wille selbst konstituiert das sittliche Gesetz. Deshalb ist die Autonomie des moralischen Gesetzes Ausdruck der praktischen Vernunft, die Handeln kategorisch gebietet, und die deshalb auch jegliche Verantwortlichkeit für sein Handeln beim Menschen selbst niederlegt.“ (Rössler 2011: 93; vgl. Kant GMS AA IV: 439-445)

Autonomie bedeutet bei Kant also gewissermaßen die Identifikation mit und das Handeln nach dem moralischen bzw. Sittengesetz. Dabei geht es wiederum nicht um eine blinde Unterwerfung gegenüber gesellschaftlichen oder religiösen Normen. Ebenso wenig ist

¹²² Den Suizid als solchen hat Kant strikt abgelehnt (s. hierzu die Auseinandersetzung mit Wittwers Analysen von Kant in Kapitel 2 dieses Abschnitts); gemeint ist hier vielmehr Kants Menschenbild eines vernunftbegabten, autonomen Wesens mit dem Willen als Vermögen, sein Handeln aus eigenen Zügen nach der Vorstellung selbstgegebener Gesetze auszurichten

¹²³ „Als ein vernünftiges [...] Wesen kann der Mensch die Kausalität seines eigenen Willens niemals anders als unter der Idee der Freiheit denken; denn Unabhängigkeit von den bestimmenden Ursachen der Sinnenwelt (dergleichen die Vernunft jederzeit sich selbst beilegen muß) ist Freiheit“ (Kant GMS AA IV: 452f.)

pflichtgemäßes Handeln jener Art gemeint, die von Neigungen wie dem Wunsch nach Anerkennung oder der Angst vor Strafe motiviert ist. In diesen Fällen wäre der Wille fremdbestimmt, denn er würde sich an anderen Zwecken orientieren als der vernunftgemäßen Einsicht der moralischen Richtigkeit seines Handelns. (Schilling 1996: 65f.; vgl. Kant GMS AA IV: 440-442) Autonomie ist die menschliche Fähigkeit, sich aus eigenen Zügen mittels der Vernunft das moralische Gesetz zum inneren Maßstab des eigenen Handelns zu machen. Als Träger dieser Fähigkeit besitzt jeder Mensch daher zugleich das Recht, von anderen als ein Wesen mit eigenen Zwecken betrachtet zu werden: Er ist Selbstzweck an sich und darf niemals nur als Mittel zur Erfüllung anderer Zwecke eingesetzt werden, was sich im Anspruch auf die Achtung seiner Würde ausdrückt. (Kant GMS AA IV: 433-436; vgl. Rössler 2011: 93)

Nun handelt es sich bei Kant um moralische Autonomie, die eine Zwecksetzung anhand persönlicher sinnlicher Neigungen verbieten würde. Daher würde der alleinige Rückgriff auf Kant unser Verständnis individueller Autonomie überfordern, nicht zuletzt wäre es auf zahlreiche der gegenwärtigen bioethischen Dilemmata nicht ohne Weiteres anwendbar. Wesentlich bleibt jedoch die von Kant geprägte Bedeutung von einsichtiger und reflektierter Willensbildung seitens der selbstbestimmten Person. Sie unterscheidet sich von der Willkür und Beliebigkeit spontaner Wünsche und hebt den Stellenwert langfristiger Zwecksetzung hervor. Weiterhin kommt dem Einfluss der kantischen Autonomietradition über die Forderung von Rücksichtnahme und Respekt gegenüber dem Willen, dem Selbstzweck und der Würde jedes Menschen großes Gewicht zu. Obschon als Ideal nicht ohne Weiteres auf menschliche Alltagsfähigkeiten übertragbar, so ist diese Vorstellung doch der moralische Hintergrund eines Menschenbildes, das alle Personen grundsätzlich als freie und gleiche Wesen betrachtet. Damit bildet sie die Grundlage für gegenseitigen Respekt, die Achtung der Interessen Anderer und die freiwillige Anerkennung allgemeiner Prinzipien der Gerechtigkeit (Dworkin 1988: 3; vgl. Rawls 1971).

3.1.4 Autonomie und Freiheit

Im Rahmen der von John Stuart Mill geprägten Autonomiekonzeption tritt die moralische Selbstgesetzgebung in den Hintergrund, um ein auf Individualität und Freiheit basierendes Verständnis personaler Autonomie (s.u.) zu entwickeln (Rössler 2011: 93). Dieses ist als

Bezugspunkt für viele gegenwärtige bioethische Positionen oft wesentlicher, selbst wenn es sich hier streng genommen um eine Theorie der Freiheit handelt (Lachmann 2008: 150). Zweifelsohne ist dies auch darauf zurückzuführen, dass es auf die meisten Problemstellungen einer patientenzentrierten Ethik sinnvoller anwendbar ist. Allerdings treten durch die Fokussierung auf die Umsetzung der Freiheit (im Sinne der Handlungsfreiheit) Aspekte der unabhängigen Willensbildung (als wichtiger Bestandteil der Autonomie) in den Hintergrund.

Individuelle Freiheit nach Mill bleibt weitgehend auf die Forderung reduziert, dass die Entfaltung des Einzelnen möglichst geringen staatlichen Einschränkungen unterliegen soll. Sie besteht also im Wesentlichen aus der Abwesenheit von äußeren Zwängen oder Handlungsschranken und darf nur dort begrenzt werden, wo eine Person sich selbst oder Dritte zu schädigen droht (vgl. Mill 2009). Kritisiert und erweitert wurde diese Auffassung von Isaiah Berlin, wie seine Differenzierung zwischen negativer und positiver Freiheit zum Ausdruck bringt: Handlungseinschränkungen und durch andere ausgeübte Zwänge oder Übergriffe fallen in den Bereich der negativen Freiheit als Freiheit „von“ etwas. Dagegen verlangt Freiheit „zu“ etwas darüber hinaus die tatsächliche Kontrolle des Individuums über sein Handeln:

„Positive Freiheit besteht darin, sein eigener Herr zu sein, sein Leben selbst zu bestimmen, und nicht von äußeren Mächten oder fremden Willensakten geleitet zu werden.“ Sie erfordert daher „den Besitz gewisser geistiger und körperlicher Fähigkeiten sowie das Vorhandensein einer adäquaten Zahl von Handlungsoptionen“ (Hildt 2006: 54f.; s.a. Berlin 1969).

Im positiven Sinne frei handelt eine Person also dann, wenn ihr selbst nicht nur die Durchführung, sondern auch die mentale Urheberschaft ihres Handelns zuteilwird. In Bezug auf die Betonung selbstbestimmten Handelns stimmen die Voraussetzungen positiver Freiheit somit weitgehend mit dem allgemeinen Verständnis von Autonomie überein (Hildt 2006: 55). Dennoch ist Autonomie mehr als nur eine besonders anspruchsvolle Freiheitsauffassung, insofern als sie den Fokus weniger auf ein aktuelles Wollen denn auf die Kenntnis und Reflexion der eigenen langfristigen Interessen legt:

„Das Konzept der Freiheit bezieht sich auf die Wünsche und Präferenzen einer Person hinsichtlich konkreter Zusammenhänge, d.h. darauf, was eine Person in einer bestimmten Situation tun möchte. Autonomie lässt sich demgegenüber als Fähigkeit zur Selbstbestimmung verstehen, bei der die Fähigkeit zur reflektierenden Selbstbewertung von zentraler Bedeutung ist.“ (Hildt 2006: 56)

Zwar setzt die Ausübung von Autonomie in ihrem vollen Umfang im Allgemeinen das Vorhandensein von Freiheit voraus, dies ist jedoch nicht zwangsläufig der Fall. So kann sich ein Mensch nach selbstbestimmten Maßstäben dazu entscheiden, seine physische Freiheit aufzugeben, ohne dadurch seine Autonomie zu verlieren. Dies kann beispielsweise zum Erreichen eines übergeordneten Zieles erforderlich oder sogar die einzige Möglichkeit für die langfristige Wahrung der eigenen Autonomie sein (Hildt 2006: 14f.). Im Gegensatz dazu kann unter Umständen die Autonomie eingebüßt werden und zugleich die Freiheit prinzipiell erhalten bleiben. Dies trifft beispielsweise zu, wenn die Entscheidung einer Person durch Manipulation, Täuschung oder Betrug beeinflusst wird (Hildt 2006: 56 und 103; vgl. Dworkin 1988: 14). Obschon sie weiterhin frei darin bleibt, wozu sie sich letztlich entschließt, werden durch solche Einwirkungen unweigerlich ihre subjektiven Optionen verfälscht. Die von ihr gefällte Entscheidung kann somit, mag sie auch nicht notwendigerweise gänzlich fremdbestimmt sein, nicht als autonom gelten.

Soll Selbstbestimmung mehr als Freiheit von Beeinflussung bedeuten, dann setzt sie neben einem „Freisein von Zwang und externer Determination“ wie auch „innerer naturhafter Notwendigkeit infolge von psychischen Zwängen oder krankhaften Veranlagungen“ voraus, dass die betreffende Person sich ihr Entscheiden und Handeln zu eigen gemacht hat. Die Selbstbestimmung einer freien Handlung ließe sich dann verstehen als „Urheberschaft im Sinne einer psycho-physisch-mentalenen Hervorbringung.“ Eine solche Urheberschaft setzt wiederum voraus, dass der:die Betreffende eine Handlung nicht nur spontan oder rein zufällig ausführt, sondern „hinreichende Gründe für das infrage stehende Tun oder Lassen“ nennen kann. (Bauer 2007: 44) Dies bezieht sich auf die Gesamtheit der individuellen mentalen Einstellungen, Emotionen und Intuitionen einer Person, die ihr eine Rechtfertigung selbstbestimmten Entscheidens und Handelns ermöglichen im Sinne einer eindeutigen Begründung, weshalb „diese konkrete Person [...] so und nicht anders gehandelt hat“ (Bauer 2007: 46).

Dass es die menschliche „Fähigkeit, seinen eigenen Willen zu wählen“ (Keil 2007: 2) überhaupt gibt, wird leidenschaftlich angezweifelt. Wo diese Frage auf philosophischer Ebene ursprünglich in das Gebiet des Determinismus fällt,¹²⁴ stellen gegenwärtig auch andere

¹²⁴ Einem deterministischen Weltbild zufolge ist jede Handlung und jeder Zustand Folge eines vorangegangenen Zustands, das Weltgeschehen ist somit durch Naturnotwendigkeit (bzw. soziale Gegebenheiten oder Gottes Willen) ein für alle Mal vorherbestimmt, vgl. hierzu Bauer 2007, S. 21f. und 28ff.

Fachrichtungen, insbesondere die Psychologie und der Neurobiologie, den freien Willen in Frage. So unterstellt man hier angesichts der Beobachtung festgelegter neuronaler Prozesse und Möglichkeiten zur psychologischen Manipulation, dass der menschlichen Entscheidungsfreiheit Grenzen gesetzt sind. Es geht dabei um soziale, genetische und biologische „Notwendigkeit, Gleichförmigkeit von Motiven und Eigenheiten der menschlichen Natur“, die unser Verhalten von vorneherein festlegen (Keil 2007: 43). Der Mensch wäre dann streng genommen eine durch „Gene, die Umwelt, Vorurteile, Charakterzüge, Hormone, Bereitschaftspotentiale“ gesteuerte Maschine und sein Gehirn „ein deterministischer Automat“ (Keil 2007: 47). Entsprechend handelte es sich bei der Vorstellung der freien Willensentscheidung dann um eine Illusion:¹²⁵ Der Mensch bildete sich nur ein, dass Gründe und Motive seines Handelns seinem bewussten Willen entstammten, da er den Ablauf seiner Handlung in dieser Form erlebt.¹²⁶ Die entsprechenden Forschungserkenntnisse beziehen sich allerdings im Wesentlichen auf Umwelteinflüsse oder neuronale Vorgänge, die unsere aktuellen Bedürfnisse bestimmen. Dagegen kann es sich nach Geert Keil bei der Willensfreiheit im philosophischen Sinne „nicht um die Fähigkeit handeln, seine gegenwärtigen tatsächlichen Wünsche, Neigungen oder Vorlieben anders sein zu lassen, als sie nun einmal sind.“ Vielmehr „muss es um die Frage gehen, was mit diesen bestehenden Wünschen weiter geschieht, insbesondere darum, ob und in welcher Weise sie handlungswirksam werden.“ Als „Entscheidungsfreiheit“ oder „Wahlfreiheit“ drückt sie unsere Möglichkeit aus, angesichts dieser Bedürfnisse „innezuhalten, sie zu prüfen und uns gegebenenfalls von ihnen zu distanzieren.“ (Keil 2007: 3) Damit muss ein freier Wille nicht zwangsläufig bedeuten, dass wir uns beliebig aussuchen können, welche Wünsche wir haben. Er bezeichnet dann nur das prinzipielle Vermögen, uns zu diesen Wünschen zu verhalten und uns gegen ihre Umsetzung zu entscheiden. Das muss eine unfreiwillige Entscheidung, die den:der Betroffenen von den äußeren Umständen aufgezwungen wird, nicht ausschließen. Handlungen, die gegen den eigentlichen Willen ausgeführt werden, können in solchen „Zwangslagen“ das einzig Vernünftige sein, ohne den Willen als solchen zu bestimmen (Keil 2007: 5). Man

¹²⁵ So die Hirnforscher Gerhard Roth und Wolf Singer, s. hierzu Bauers Auseinandersetzung in Bauer (2007: 31)

¹²⁶ Tatsächlich aber könne man den entsprechenden Positionen zufolge von einer solchen Urheberschaft nicht sprechen, denn schon deutlich vor einem bewussten Handlungsimpuls kann im limbischen System und den Basalganglien des Gehirns die entsprechende Handlungsmotivation gemessen werden. Erst im Nachhinein eigne man sich den dazugehörigen Wunsch oder Willen an, s. Bauers Darstellung von Roth in Bauer (2007: 31ff.)

betont dann, „dass die Willensfreiheit in der Fähigkeit der vernünftigen Willensbildung besteht“ (Keil 2007: 12).

3.1.5 Autonomie als Eigenschaft und Fähigkeit: Personale Autonomie

Autonomie als moralisches Ideal und als menschlicher Anspruch, der Respekt seitens Dritter verlangt, bildet eine der fundamentalen Grundlagen für ein individuell gestaltetes, erfülltes und zufrieden stellendes Leben. Autonomie wirft jedoch, soll sie als Recht geachtet, wahrgenommen und umgesetzt werden, immer auch die Frage nach ihren Voraussetzungen und Grenzen auf. Achtet man eine Person in ihrer Autonomie, so geht man davon aus, dass sie will und weiß was sie tut, dass sie bestimmte Ziele verfolgt und gute Gründe dafür hat. Man unterstellt also, dass sie selbst am besten weiß, was gut für sie ist und dies in ihrem Handeln verwirklichen kann. Dazu zählt auch, dass sie über ein persönliches Wertesystem sowie eigene Überzeugungen verfügt und auch kognitiven Zugriff auf diese hat. Respekt vor der Autonomie einer Person ist daher mit gewissen Vorannahmen zu ihrer mentalen Ausstattung und der Stabilität ihrer Persönlichkeit über die Zeit verbunden.

Im Allgemeinen wird eine Person in ihrem Entscheiden und Handeln nur dann als autonom angesehen, wenn dieses nicht nur an ihren aktuellen Bedürfnissen, sondern an ihren langfristigen Interessen oder übergeordneten Wertvorstellungen orientiert ist. Autonomiefähigkeit steht daher meist in engem Zusammenhang mit Rationalität. So bedeutet die „Fähigkeit zur rationalen Entscheidungsfindung“, als Komponente der Autonomiefähigkeit, „Gründe angeben zu können für die vertretenen Ansichten, d.h. in der Lage zu sein, in Übereinstimmung mit allgemein geteilten Kriterien Rechenschaft abzulegen“ (Hildt 2006: 65). Die Betroffenen sollten ihre Ansichten aber auch kritisch reflektieren um gegebenenfalls „Entscheidungsalternativen entwickeln und bewerten können“ (Hildt 2006: 65; s.a. Dworkin 1988). Hierfür müssen sie die jeweiligen Umstände mit den ihnen verfügbaren Möglichkeiten überhaupt zu erkennen und zu verstehen fähig sein. Dazu zählt auch die antizipierende Einsicht der wahrscheinlichen Folgen ihrer Entscheidung, die sie schließlich in einem Abwägungsprozess auf Übereinstimmung mit ihrem Lebensentwurf überprüfen müssen (vgl. Hildt 2006: 65).

Autonomie impliziert also einerseits, einsichtige Überlegungen nach allgemeinen, formalen Kriterien anstellen zu können, andererseits gegenüber äußeren Vorgaben möglichst unabhängig zu sein. In diesem Sinne kann selbstbestimmte Abwägung nicht auf eine objektiv adäquate Reaktion gegenüber den äußeren Umständen beschränkt sein. Von ebenso maßgeblicher Bedeutung ist, dass die autonome Person aufgrund von Überzeugungen und Intentionen handelt, mit denen sie sich identifiziert, die sie als ihre eigenen anerkennt und die für sie persönlich von Bedeutung sind. Der Aspekt der Identifikation mit dem eigenen Willen steht in den sogenannten „hierarchischen“ Autonomiemodellen von Harry Frankfurt und Gerald Dworkin im Mittelpunkt.¹²⁷ Ihnen zufolge haben wir innerhalb der Vielfalt unserer Wünsche eine Rangfolge, an der wir unser Willen ausrichten. Entscheidend ist, dass am Ende gemäß einer individuellen „Hierarchie“ der eigenen Wünsche derjenige zum Tragen kommt, der in der Rangfolge am höchsten steht. Demnach gibt es Wünsche erster Ordnung im Sinne von Bedürfnissen, die eine bestimmte Handlung nahelegen. Vor deren Ausübung muss der entsprechende Wunsch jedoch auf seine Übereinstimmung mit sogenannten Wünschen zweiter Ordnung, die sich zunächst einmal auf das Haben eines solchen Wunsches erster Ordnung beziehen, überprüft werden. Unter den Wünschen zweiter Ordnung gibt es wiederum solche, die sich nicht nur auf das Haben wollen eines Wunsches erster Ordnung beziehen, sondern auch wollen, dass dieser Wunsch handlungswirksam wird, diese werden Volitionen genannt. Erst dann identifizieren wir uns tatsächlich mit unserem Willen: „Wenn dieser Wunsch erster Stufe aufgrund der entsprechenden Volition zweiter Stufe zu meinem Willen wird, dann habe ich den Willen, den ich zu haben wünsche. [...] Indem sich eine Person in dieser Weise auf ihre Wünsche erster Stufe bezieht, steht sie in einem evaluativen Selbstverhältnis zu sich selbst“ (Quante 2002: 176f.).

Solche Autonomiekonzeptionen müssen sich jedoch dem „Manipulationsvorwurf“ stellen, insofern als sie den Prozess einer unabhängigen Willensbildung unberücksichtigt lassen (vgl. Rössler 2011: 94). Die Natur, das Zustandekommen und der Inhalt des jeweiligen Wunsches sind dabei unerheblich, solange die betreffende Person ihn sich selbst zuschreibt und als ihr eigenes Willen anerkennt. Sie ist nach Frankfurt Inhaberin eines eigenen, freien Willens und damit „autonom, wenn sie den Willen hat, den sie haben will, und einen solchen hat sie, wenn sie sich in ihren Volitionen mit (bestimmten) Wünschen erster Ordnung identifizieren

¹²⁷ zum Folgenden vgl. die erläuternden Darstellungen des hierarchischen Modells von Michael Quante (2002: 176ff.) und Beate Rössler (2011: 94f.), s. hierzu auch Frankfurt, H. G. (1971). Freedom of the Will and the Concept of a Person. The Journal of Philosophy, 68(1), 5-20 sowie Dworkin (1988)

kann“ (Rössler 2011: 94). Vernachlässigt werden von dieser Begriffsabgrenzung neben sozialen Zwängen und manipulativen Einflüssen auf die Willensbildung auch diejenigen Außenfaktoren, mittels derer eine Person sich zur Entstehung ihres Willens selbst verhalten könnte. So ist gemäß Weiterentwicklungen von Frankfurts Theorie eine Person erst dann autonom, wenn sie unter Rückgriff auf „externe Gründe [...] in der Lage ist, auf die Ursachen ihrer Wünsche und Überzeugungen zu reflektieren und diese gegebenenfalls deswegen zu kritisieren oder sie dennoch anzunehmen“ (Rössler 2011: 95 nach Christman 1991).¹²⁸ So kann man eine Person trotz der Beeinflussung ihres Wertesystems durch Sozialisationsprozesse als autonom verstanden werden, solange sie zu sich selbst und der Entstehung ihrer Überzeugungen innerhalb dieser Vorgänge wiederum wertend Stellung bezieht (Quante 2002: 184ff.).

Nun können prinzipiell mehrere solcher Wunschhierarchien parallel zueinander vorhanden sein. Soll die Identifikation mit unseren konkurrierenden und sich mitunter widersprechenden Absichten nicht völlig willkürlich sein, muss es ein weiteres Element geben: Die Kohärenz unserer Wünsche (Quante 2002: 177). Dabei geht es neben der Identifikation mit unserem Willen um dessen Einbettung in einen Gesamtzusammenhang unserer Überzeugungen über die Zeit, unsere Persönlichkeit.¹²⁹ Autonomie wäre damit nicht nur auf bestimmte Entscheidungen bezogen, sondern eine globale Eigenschaft (Quante 2002: 178). Um dadurch die bioethische Funktion der Autonomie nicht durch utopische Ansprüche zu überfordern und so ihrer Anwendbarkeit zu entziehen, wird vorgeschlagen, die Kohärenz nicht als Bedingung für jede einzelne Entscheidung zu fordern, sondern als Fähigkeit, auf die eine Person prinzipiell zurückgreifen kann:

„Die Persönlichkeit eines Menschen kann sich in seiner Lebensführung, seinen emotionalen und seinen volitionalen Einstellungen manifestieren, ohne dass sich diese Person faktisch in eine reflexive Distanz zu ihren Wünschen, ihren evaluativen Grundeinstellungen oder ihrer Persönlichkeit setzt. In so einem Fall liegt eine nicht reflexive Form der Identifikation mit vor, die sich in der Lebensführung dieser Person ausdrückt.“ (Quante 2002: 178)

¹²⁸ s. hierzu Christman, J. (1991). *Autonomy and Personal History*. *Canadian Journal of Philosophy* 21(1), 1-24

¹²⁹ Im Vergleich zum Status der Personalität, der „jedem Individuum qua Person gleichermaßen zukommt“, bedeutet Persönlichkeit die „je individuelle Ausprägung der Personalität, die sich in einer individuellen Biografie manifestiert“ (Quante 2002: 158).

Bei der Frage nach einer autonomen Person geht es in diesem Verständnis demnach zum einen um ihre allgemeinen mentalen Fähigkeiten, sich zu ihren aktuellen Wünschen, aber auch zu sich selbst zu verhalten im Sinne einer Stabilität ihrer Überzeugungen über die Zeit.

3.1.6 Die biographische Dimension der Autonomie und ihre narrative Struktur nach Michael Quante

Über den Verweis auf die Persönlichkeit kommt eine biographische Dimension der Autonomie ins Spiel. Einige Autoren schlagen daher vor, die zeitlich verankerte Entstehungsgeschichte von Wünschen mit in die Betrachtung einzubeziehen: In diesem Sinne lässt sich nach John Christman (1991) die Autonomie von Entscheidungen und Handlungen einer Person daran bemessen, ob letztere „zu ihren Entscheidungen auch noch im Wissen um deren Formierungsgeschichte stehen könnte“ (Steinfath 2016).¹³⁰ Darauf aufbauend entwirft Michael Quante in Auseinandersetzung mit dem oben bereits genannten Manipulationseinwand Kriterien für die Voraussetzungen der Autonomie einer Person gegenüber ihren Überzeugungen. Wenn ihr bewusst wird, dass ein Willensbildungsprozess in ihr stattfindet, ist sie diesem gegenüber dann autonom, wenn sie keinen Widerstand gegen diesen Prozess leistet bzw. keinen Widerstand geleistet hätte, wenn er ihr bewusst geworden wäre. Darüber hinaus darf dieser Widerstand nicht nur deshalb ausbleiben, weil er wiederum von äußeren Faktoren oder durch Selbsttäuschung verhindert wird. Dadurch werden an eine autonome Entscheidung einerseits eingeschränkte Anforderungen hinsichtlich ihrer Rationalität gestellt, indem nicht jeder einzelnen Handlung ein vorangegangener volitionaler Identifikationsprozess abverlangt wird (Quante 2002: 180). Zugleich kann eine autonome Entscheidung damit aber auch nicht mehr allein auf ihre Rationalität und objektive Unabhängigkeit reduziert werden, denn die biographische Dimension setzt sie mit einem Gesamtzusammenhang aus Erfahrungen, Beziehungen und Emotionen in Relation. Die Identifikation mit einer Entscheidung verweist also auf die Identität einer Person, und Zugriff auf diese gelingt mit Hilfe der Biographie. Der Persönlichkeit wird mit der Biographie eine „narrative Struktur“ unterstellt: „Die Biografie einer Person konstituiert sich in einer von dem jeweiligen Individuum in einem sozialen Umfeld eingenommenen Teilnehmerperspektive, in der seine eigene

¹³⁰ s. hierzu: Christman, J. (1991). Autonomy and personal history. *Canadian Journal of Philosophy*, 21(1), 1-24

Existenz über die Zeit hinweg als Biografie ‚erzählt‘ wird“ (Quante 2002: 170). Durch diese „erstpersönliche Perspektive“ wird deutlich, inwieweit eine Person sich unter Rückgriff auf ihre Erfahrungen und Erwartungen zu sich selbst verhält: „Der evaluative Zug von Antizipationen und Erinnerungen verdankt sich der Tatsache, dass sich eine Person mit vergangenen oder zukünftigen Zuständen identifiziert“ (Quante 2002: 171). Dabei geht es sowohl um die Identifikation mit durchgeführten bzw. geplanten Handlungen und getroffenen bzw. zu treffenden Entscheidungen im Sinne einer positiven Bewertung als auch deren Ablehnung im Sinne einer negativen Identifikation. Dasselbe gilt für das Wiedererkennen ihrer selbst in der Vergangenheit und der Zukunft als eine Person, die sie sein oder nicht sein möchte (Quante 2002: 171f.). Maßgeblich ist hier die Unterscheidung zwischen dem Wiedererkennen ihrer selbst im Sinne der Persistenz ihrer Existenz (Identifikation als) auf der einen Seite und der Identifikation mit sich selbst als ihrer Persönlichkeit auf der anderen Seite (Quante 2002: 173).

Die bisherigen Überlegungen haben gezeigt, dass ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie einer Person und deren Autonomie als Vermögen, der personalen Autonomie, besteht. Daraus lässt sich folgern: Möglicherweise darf der Respekt vor der Autonomie einer Person gar nicht danach bemessen werden, wie autonom sie ist, sondern muss ihr gegenüber erbracht werden, weil es sich um eine Person handelt. Man könnte dann eine Person in ihrer Autonomie achten, wie im Fall der Patientenautonomie, indem man die Privatsphäre ihrer Persönlichkeit respektiert. Damit lässt sich als „Quelle für unser Respektieren der Wünsche und Überzeugungen einer Person, die auf kritische Reflexion verzichtet, als Respekt vor der Integrität dieser Person bzw. als Respekt vor ihrer Persönlichkeit rekonstruieren“ (Quante 2002: 192). Zugleich müsste man ihr aber nicht zwangsläufig personale Autonomie zusprechen.

3.1.7 Jenseits einer individualistisch-rationalistischen Konzeption: Relationale Autonomie

Die Tatsache, dass Autonomie jedenfalls nur dann zum Tragen kommen kann, wenn sie von anderen geachtet wird, führt weiter zu der Frage, ob Autonomie überhaupt einseitig individualistisch gedacht werden kann. Dies hat zu kritischen Weiterentwicklungen im Sinne einer relationalen Theorie der Autonomie wie der von Mackenzie und Stoljar (2000) geführt: So

seien autonome Akteur:innen nie losgelöst von ihrem sozialen Kontext zu verstehen, in den sie nicht nur selbstbezüglich-rational, sondern auch emotional eingebunden sind und der es ihnen erst ermöglicht, „in Beziehung mit anderen ein Verhältnis zu sich selbst (ihren Wünschen, Gefühlen, Überlegungen)“ aufzubauen und ihre „Fähigkeiten zur Autonomie erlernen und ausüben“ zu können.¹³¹ Die Entwicklung unseres Selbstverständnisses ist also auf prägende Sozialisationsprozesse angewiesen, und ist gerade aus diesem Grund in ganz entscheidender Weise mit einer emotionalen Dimension verbunden, die in unserer Fähigkeit zur Selbstachtung manifest wird: „Mich selbst zu achten, mir selbst zu vertrauen und mich selbst wertzuschätzen heißt demnach, in besonderen Weisen zu mir selbst positiv eingestellt zu sein“, was erfordert, dass „sich andere zu mir in analogen Weisen verhalten“ (Steinfath 2016: 36). Neben dem Wissen darum, dass dies „institutionell in der Zuschreibung von Rechten“ zugesichert ist, bedarf es dabei auch und vor allem der persönlichen Zuwendung, sei es in Form von freundschaftlicher Wertschätzung oder innerhalb von „solidarischen Netzwerken und auf der Grundlage von geteilten Werten“ (Steinfath 2016: 37). Das bedeutet also, dass die „Achtung für sich selbst in der Regel wesentlich von der Achtung anderer lebt und dass das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten maßgeblich durch das Vertrauen anderer in einen selbst befördert wird“ (Steinfath 2016: 38).¹³²

Ganz entscheidend sind diese Überlegungen nicht nur für ein gehaltvolles allgemeines Verständnis von Autonomie im medizinischen Kontext, das vermeiden will, dass Patient:innen zu „Lieferanten von informierten Akten der Zustimmung degradiert werden“ (Steinfath 2016: 38f.). Darüber hinaus folgt aus ihnen für den Umgang mit Todeswünschen im Besonderen, dass die Anerkennung der Autonomie der Betroffenen nicht allein auf das Zugeständnis der Freiverantwortlichkeit reduziert werden kann. Vielmehr gilt es, im „Zeichen mitmenschlicher Solidarität wohlwollendes Interesse an der Existenz des Betroffenen, seinem Da-Sein und seinem So-Sein zu vermitteln“ (Hohendorf in Berghäuser et al. 2020: 208). Dem wird der Rückzug auf das Selbstbestimmungsrecht aber nicht gerecht: Wenn eine Person ihrem Leben den Wert abgesprochen hat, mag sie unter Umständen den Suizid als einzige Möglichkeit zur Wahrung ihrer Selbstachtung sehen. Im Spiegel des Gegenübers kann diese

¹³¹ Rössler (2011: 96) in Auseinandersetzung mit der relationalen Autonomiekonzeption von Mackenzie und Stoljar, s. hierzu Mackenzie, C. & Stoljar, N. (2000). *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford University Press.

¹³² vgl. hierzu Anderson, J. & Honneth, A. (2005). *Autonomy, Vulnerability, Recognition, and Justice*. In J. Christman & J. Anderson (Hrsg.), *Autonomy and the Challenges to Liberalism* (S. 127-149). Cambridge University Press.

Auffassung angenommen und bestätigt werden, oder aber in einem lebensbejahenden Dialog die Selbstachtung und -wertschätzung zurückgewonnen werden. Denn auch und gerade hier muss das relationale Moment der Autonomieausübung im reziproken Verhältnis ausgehandelt werden. Wenn oder: weil Suizidalität und Autonomie als komplexe menschliche Phänomene mehr sind als nüchtern abwägende intellektuelle Prozeduren, wird man diese kaum von emotionalen und zwischenmenschlichen Einflüssen getrennt betrachten können. Dies gilt auch dann, wenn Todeswünsche auf dem Boden einer schweren körperlichen Erkrankung entstehen:

„Gerade in schwierigen Situationen, zu denen die einer ernsthaften Erkrankung oft gehört, wissen wir in der Regel nicht genau, was wir wollen und was uns wichtig ist. Wir sind dann auf den Austausch mit anderen angewiesen.“ Denn ein „willensbildendes Gespräch besteht eben nicht in der gegenseitigen Mitteilung schon bestehender Einschätzungen und Absichten“, sondern die „im von Vertrauen getragenen Gespräch vollzogene Willensbildung ist eine genuin gemeinsame“ (Steinfath 2016: 39f.)

Diese Überlegungen werden im letzten Abschnitt dieser Arbeit nochmals aufgegriffen und den in erster Linie rationalistischen Konzepten von Suizidalität und Autonomie gegenübergestellt. Zunächst soll jedoch das zugunsten seines praktischen Bezugsrahmes vereinfachte Konzept des freiverantwortlichen Suizids im Hinblick auf seine einzelnen Komponenten näher untersucht werden.

3.2 Was wird unter einer „freiverantwortlichen“ Suizidentscheidung verstanden?

3.2.1 Die praktische Notwendigkeit einer vereinfachten Konzeption der freien Willensentscheidung

Die umstrittene Frage, ob es eine unabhängige Willensbildung überhaupt gibt, ist für die Frage nach der freiverantwortlichen Suizidentscheidung hinsichtlich ihrer praktischen Konsequenzen nicht vordergründig. Denn die Zweifel an der menschlichen Willensfreiheit können nur dann gültig sein, wenn man letztere als eine völlige Unabhängigkeit jeder Willensbildung und -entscheidung von äußeren Einflüssen und innerphysiologischen Prozessen versteht (vgl. Bauer 2007: 158). Dies hätte zur Folge, dass es sich bei einer vermeintlich willentlichen Entscheidung um nichts weiter als einen neurophysiologischen Prozess handelte (vgl. Bauer 2007: 4; Keil 2007: 170f). Damit lassen sich im hier geforderten

anwendungsbezogenen Kontext mit der Frage nach der Willensfreiheit keine Argumente für oder gegen Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmungsrecht generieren.

Um eine praktische Anwendbarkeit zu gewährleisten, wird wiederum die Vorstellung von der Willensfreiheit derart vereinfacht, dass sie sich nicht mehr ohne Weiteres auf die Frage nach einer autonomen Suizidentscheidung übertragen lässt. So bedeutet eine selbstbestimmte Entscheidung im juristischen Sinne im Wesentlichen, dass sie ohne Zwang, Drohung, Täuschung und unabhängig von schwerer seelischer Störung getroffen wurde. Genau genommen spricht man in diesem Fall nicht von der Willens-, sondern der Handlungsfreiheit: Es geht darum, dass man nicht „daran gehindert wird, seine Absichten in die Tat umzusetzen“, was die Absichten selbst als eigentlichem Gegenstand der zur Diskussion stehenden freien Willensbildung zunächst einmal nicht berührt. Denn hier geht es nicht um die Freiheit, „zu tun, was man will“, sondern „zu wollen, was man will. Willensfreiheit zu besitzen müsste dann die Fähigkeit einschließen, etwas anderes zu wollen, als man tatsächlich will.“ (Keil 2007: 2) Damit hat ein Suizid unter Drohung, Zwang oder Nötigung als eindeutig unfrei nur im Sinne der Handlungsfreiheit zu gelten, da diese Umstände ja den Willen als solchen nicht berühren. Die Entscheidung zum Suizid wäre dann im juristischen und ethischen Verständnis unfrei, nicht jedoch zwangsläufig nach den Kriterien der Willensfreiheit.

Die Frage nach der freiverantwortlichen Suizidentscheidung setzt also die grundsätzliche Unterstellung der menschlichen Willensfreiheit voraus. Ohne sie können rechtliche Überlegungen, aber auch ethische Entscheidungen im praktischen Kontext kaum stattfinden. Diese können keine vergleichbaren Anforderungen an eine „freie“ Entscheidung stellen wie der philosophische Diskurs, sofern sie anwendbar bleiben sollen. Denn die Annahme der Willensfreiheit im juristischen Sinne ist die Bedingung dafür, dass menschliche Handlungen überhaupt dem:der Einzelnen zugerechnet werden können. Im Strafrecht ist sie Grundlage für die Möglichkeit eigenverantwortlichen Handelns und Entscheidens und damit Bedingung für die Schuldzuweisung. Neben moralischer Verantwortung begründet sie aber auch den Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht. Daher muss in Bereichen, die rechtlich geregelt werden, eine eingeschränkte Konzeption dieser Begriffe zum Einsatz kommen. Auch die gegenwärtige Medizinethik passt die terminologische Verwendung von freiem Willen und Eigenverantwortlichkeit, Entscheidungs- und Selbstbestimmungsfähigkeit überwiegend dieser praxisorientierten Zweckmäßigkeit an.

Das in dieser Arbeit zugrunde gelegte Autonomieverständnis bedeutet also nicht eine vollständige Unabhängigkeit der Willensbildung gegenüber psychologischen und sozialen Einflüssen. Vielmehr geht es von dem subjektiv vorfindbaren menschlichen Gefühl aus, als handelndes und prinzipiell entscheidungsfähiges Wesen innerhalb der gegebenen Umstände zwischen Alternativen wählen zu können. Die autonome, selbstbestimmte Entscheidung einer Person bedeutet dann ihre geistig-seelische Urheberschaft in Bezug auf diese Entscheidung, aber auch das Verständnis um deren Bedeutung.

3.2.2 Das Prinzip der Freiverantwortlichkeit als juristisch geklärter Begriff

In Bezug auf die selbstbestimmte Entscheidung zum Suizid hat sich der vormals nur unscharf definierte Begriff der Freiverantwortlichkeit im Laufe der Zeit zu einem festen Terminus der juristischen Fachsprache entwickelt. Dabei haben sich zur Herleitung der Kriterien für die Freiverantwortlichkeit im rechtswissenschaftlichen Diskurs im Wesentlichen zwei Positionen, die Exkulpations- und die Einwilligungslösung, etabliert (Lorenz 2019). Demnach werden die Kriterien für die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung entweder aus den Grundannahmen des Schuldprinzips oder der aufgeklärten Einwilligung in einen Heileingriff hergeleitet. Die Auffassung der Exkulpationslösung bezieht sich auf die Verantwortungsregelungen für Fremdschädigungen. Demnach ist die Freiverantwortlichkeit nur dann ausgeschlossen, wenn die Suizidentscheidung auf jugendlicher Unreife nach § 19 StGB und § 3 JGG, schwerwiegender geistiger Erkrankung, seelischer Störung nach § 20 StGB oder einer gravierenden Notstandslage nach § 35 StGB beruht. Die Exkulpationslösung gilt als liberaler, weil rechtssicherer für die am Suizid beteiligten Dritten. Dagegen verweist die Einwilligungslösung auf die nach § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) geforderte Ernsthaftigkeit des Todeswunsches und die Mangelfreiheit der inneren Willensbildung und rückt damit den kognitiven Entscheidungsprozess zum Suizid in den Vordergrund (Jeong 2019: 119-124). Sie bietet durch ihre strengeren Anforderungen eine bessere suizidpräventive Barrierefunktion als die Exkulpationslösung, der sie jedoch im Hinblick auf klare und wertneutrale Abgrenzungskriterien als unterlegen gilt (Jeong 2019: 131f.).

In seinen Urteilen vom 2. und 3. Juli 2019 bezieht sich der BGH auf beide Auffassungen und definiert als Kriterien für einen freiverantwortlichen Suizid die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit, außerdem die Mangelfreiheit des Suizidwillens sowie die Ernstlichkeit, Dauerhaftigkeit und Willensfestigkeit des Entschlusses. Er muss also ohne Wissens- und Verantwortlichkeitsdefizite über einen längeren Zeitraum unter Berücksichtigung von

Alternativen erwogen worden und damit als Resultat bilanzierender Reflexion erkennbar sein. Schließlich muss er mit Zielstrebigkeit und innerer Festigkeit getragen und umgesetzt werden (BGH, U. v. 03.07.2019 - 5 StR 132/18, BGHSt 64, 121-135, Rn. 21-25; BGH, U. v. 03.07.2019 - 5 StR 393/18, BGHSt 64, 135-146, Rn. 17-21). Ähnlich hatte zuvor das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 2. März 2017 eine Suizidentscheidung dann als freiverantwortlich betrachtet, wenn „der Betroffene entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entschieden hat, sein Leben beenden zu wollen“ (BVerwG, U. v. 02.03.2017 - 3 C 19/15, BVerwGE 158, 142-163, Rn. 31). Darunter wird einmal die Abwesenheit von äußerer Einflussnahme wie Zwang und Täuschung verstanden, ferner wird auch hier Ernsthaftigkeit als Willensfestigkeit im Gegensatz zu einer bloßen Augenblicksstimmung vorausgesetzt (Jansen 2017), wie sie unter Umständen durch Einflüsse psychischer Erkrankungen zustande kommt. Dementsprechend ist auch nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 sicherzustellen, dass ein Suizidwunsch nicht auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruht oder die freie Willensbildung durch akute psychische Erkrankungen gefährdet wird (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 244f.). Im Gegensatz zu den vorangegangenen Urteilen betont das Bundesverfassungsgericht zusätzlich, dass ein freier Entscheidungsprozess „zwingend eine umfassende Beratung und Aufklärung hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen voraus[setzt], um sicherzustellen, dass der Suizidwillige nicht von Fehleinschätzungen geleitet, sondern tatsächlich in die Lage versetzt wird, eine realitätsbezogene, rationale Einschätzung der eigenen Situation vorzunehmen“ (Rn. 246). Hinsichtlich der o.g. äußeren Einflussnahme auf die Willensbildung spezifiziert das Bundesverfassungsgericht weiter, dass hierzu auch „autonomiegefährdende soziale Pressionen [...] angesichts steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen“ auf alte und kranke Menschen gezählt werden müssen, ferner der subjektiv empfundene Druck, Familie und Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen (Rn. 250-259). Mit der nun vorliegenden Definition der Freiverantwortlichkeit als ausreichend informierte, dauerhafte (Suizid-)Entscheidung, die unabhängig von akuter psychischer Erkrankung und äußerer Einflussnahme getroffen wurde, tritt die Diskussion um die Exkulpations- und Einwilligungslösung zwar in den Hintergrund (vgl. Cording & Saß 2020). Gleichwohl beeinflussen die Kriterien des Schuldprinzips und der aufgeklärten Einwilligung als die rechtlichen Kriterien selbstbestimmten Handelns und Entscheidens ganz wesentlich das allgemeine Verständnis des Zusammenhangs von Suizidalität und Autonomie. So ist auch der im Zusammenhang mit dem freiverantwortlichen Suizid geläufige Begriff der Urteilsfähigkeit ursprünglich dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch

(ZGB) entnommen.¹³³ Nach den Richtlinien der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften setzt die Urteilsfähigkeit zum einen Erkenntnis- und Wertungsfähigkeit voraus, also das Vermögen, die für eine Entscheidung relevanten Informationen und deren Bedeutung für die eigene Person zu erfassen. Anschließend muss in Übereinstimmung mit den eigenen Wertvorstellungen im Rahmen der Willensbildungs- und Willensumsetzungsfähigkeit eine Entscheidung getroffen und kommuniziert werden können (SAMW 2019b). Im deutschen Recht entsprechen der Urteilsfähigkeit im Wesentlichen die Voraussetzungen der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit sowie der wirksamen Willensbildung. Als Komponenten des Schuldprinzips verdeutlichen erstere die juristischen und rechtspolitischen Grundannahmen zu Urheberschaft und Willensfreiheit. Durch die Möglichkeit des Schuldausschlusses oder der Schuldminderung wird der Zusammenhang zwischen seelischen Störungen und Eigenverantwortlichkeit hergestellt. Damit kann der Selbstbestimmung bei psychischer Krankheit besser Ausdruck verliehen werden als allein der Verweis auf die Menschenwürde und die allgemeine Handlungsfreiheit.

3.2.2.1 Einsichts- und Steuerungsfähigkeit

Eine Person kann nur dann für ihr Handeln zur Verantwortung gezogen werden, wenn sie über das Vermögen verfügt, sich an Normen zu orientieren und sich entsprechend zu verhalten. Im Strafrecht geht man davon aus, dass Menschen normalerweise dazu fähig sind, sich von vernünftigen Überlegungen leiten zu lassen und ihren Willen danach zu bestimmen. Letzteres ist aus juristischer Sicht erst dann außer Kraft gesetzt, wenn:

„die mit den ‚biologischen‘ Merkmalen erfassten seelischen Störungen einen solchen Erheblichkeitsgrad erreicht haben, dass von einer tiefgreifenden, über die Grenzen des Normalen hinausreichenden Veränderung des Persönlichkeitsgefüges gesprochen und mit dieser Maßgabe die Fähigkeit zu sinnvollem Handeln völlig oder in gewissen Beziehungen als zerstört angesehen werden kann“ (Eser - Perron & Weißer, 2019, zu § 20 StGB, Rn. 26).

Der kognitive Aspekt der Schuldzuweisung wird von der Einsichtsfähigkeit erfasst: Erlauben es die geistig-seelischen Voraussetzungen einer Person nicht, das Unrecht ihrer Tat zu

¹³³ Nach Schweizer Zivilrecht ist „Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes [...] jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.“ (Art. 16 ZGB). Gemäß Art. 13 begründet die Urteilsfähigkeit gemeinsam mit der Volljährigkeit die Handlungsfähigkeit einer Person als „die Fähigkeit, durch seine Handlungen Rechte und Pflichten zu begründen“ (Art. 12 ZGB), vgl. hierzu das schweizerische Zivilgesetzbuch zum Personenrecht, Abschnitt „Das Recht der Persönlichkeit“.

erfassen, so trifft sie keine Schuld (Eser - Perron & Weißer, zu § 20 StGB, Rn. 27). Das gilt „insbesondere bei intellektuellen Defiziten (Schwachsinn oder Intelligenzschwäche auf krankhafter Grundlage) und bei psychotischer Realitätsverkenning“. Allerdings muss „sich die Störung auf das Einsichtsvermögen des Beschuldigten bezüglich der konkreten Tatbestandsverwirklichung tatsächlich ausgewirkt“ haben (Joecks & Miebach - Streng, 2020, zu § 20 StGB, Rn. 48). Spricht nichts gegen die Tatsache, dass eine Person die Situation in einer Weise überblicken konnte, die zum Unterlassen der Tat erforderlich ist, so gilt sie bezüglich dieser als einsichtsfähig.¹³⁴ Die Einsichtsfähigkeit bezieht sich also auf die individuelle Möglichkeit, mittels vernünftiger Überlegungen Rechtsnormen anzuerkennen und sie in der konkreten Situation auf ein Verbot zu übertragen. Damit ist jedoch noch nicht festgelegt, wie sich die betreffende Person im Einzelfall zu dieser Erkenntnis verhalten wird. Schließlich kann sie sich den entsprechenden Normen oder Verboten immer noch widersetzen: Ob sie das tut, weil sie diese für ihre Zwecke ablehnt oder weil sie ihre Einsicht nicht in ihrem Handeln umsetzen kann, hängt von ihrer Steuerungsfähigkeit ab. Gemeint ist damit „die Fähigkeit, die Anreize zur Tat und die ihr entgegenstehenden Hemmungsvorstellungen gegeneinander abzuwägen und danach einen Willensentschluss zu normgemäßem Verhalten zu bilden“ (Eser - Perron & Weißer, 2019, zu § 20 StGB, Rn. 29). Dies macht die rechtspolitisch motivierte Unterstellung der Entscheidungsfreiheit deutlich, die nicht als unabhängige Wahl eines beliebigen Willens, sondern als Freiheit, anders zu handeln, verstanden wird (vgl. Joecks & Miebach - Streng, 2020, zu § 20 StGB, Rn. 52 und 57): Sie geht davon aus, „dass der Mensch auf freie, verantwortliche, sittliche Selbstbestimmung angelegt und deshalb befähigt ist, sich für das Recht und gegen das Unrecht zu entscheiden“ (Joecks & Miebach - Streng, 2020, Rn. 52). Damit wird jedem Menschen zugetraut und abverlangt, persönliche gesetzeswidrige Wünsche zurückzustellen und sich gegen ihre Umsetzung zu entscheiden. Allein wenn der:die Täter:in „auch bei Aufbietung aller Widerstandskräfte zu einer normgemäßen Motivation nicht imstande ist“, kann er:sie strafrechtlich als steuerungsunfähig gelten. Dabei nimmt man eine umso höhere natürliche „Hemmschwelle“ an, je schwerer das betreffende Delikt ist (Eser - Perron & Weißer, 2019, zu § 20 StGB, Rn. 29). Von einer entsprechenden unverschuldeten Enthemmung ist insbesondere dann auszugehen, wenn eine kombinierte „Wechselwirkung von krankhafter seelischer Störung, Bewusstseinsstörung oder

¹³⁴ Anhaltspunkte für die Einsichtsfähigkeit sind „ungebrochener Realitätskontakt im Vorfeld der Tat, planmäßiges und folgerichtiges Verhalten bei und nach der Tat“. Dagegen weisen nach juristischer Auffassung „unkontrolliertes Verhalten und [...] Erinnerungslücken“ auf ein Fehlen der Einsichtsfähigkeit hin (Eser - Perron & Weißer, 2019, zu § 20 StGB, Rn. 28).

Persönlichkeitsstörung einerseits mit weiteren belastenden Faktoren wie Alkohol oder Drogen“ vorliegt (Joecks & Miebach - Streng, 2020, zu § 20 StGB, Rn. 68). Wird die Entscheidung zum Suizid im Zustand einer derart schweren geistigen oder akuten seelischen Beeinträchtigung nach §§ 20 und 21 StGB getroffen, ist die Freiverantwortlichkeit sowohl nach den Kriterien der Exkulpationslösung als auch der Einwilligungslösung ausgeschlossen: Bestehen „krankheitsbedingte‘ Defizite der Willensbildung“ oberhalb der Schwelle von §§ 20 und 21 StGB, kann dieser Wille auch nicht Grundlage einer rechtswirksamen medizinischen Entscheidung sein. Ähnliches gilt für das Vorliegen jugendlicher Unreife nach § 19 StGB und § 2 JGG. Allerdings ist nach Prüfung, ob Bedeutung und Tragweite der Entscheidung trotz jugendlichen Alters erfasst wurden, in diesen Fällen nach beiden Auffassungen die Freiverantwortlichkeit nicht grundsätzlich zu verneinen (Jeong 2019: 124f.). Daher sollen im Folgenden die rechtlichen Voraussetzungen einer mangelfreien Willensbildung betrachtet werden.

3.2.2.2 Wirksame Willensbildung

Bei der informierten Einwilligung als rechtliches Korrelat der Verbindlichkeit des Patientenwillens zeigt sich die intensive Zusammenarbeit von Medizinethik und Rechtsprechung im Besonderen. Obgleich der Entscheidung der Patient:innen mittlerweile ein beachtlicher und im Zweifelsfall überlegener Stellenwert zukommt, muss sie dennoch gewissen Kriterien genügen, um rechtlich wirksam zu werden. Der Entstehungshintergrund der Einwilligung im Arzt-Patienten-Verhältnis ist im eigentlichen Sinne strafrechtlicher Natur. Sie allein rechtfertigt den medizinischen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des:der Patient:in, der andernfalls eine Straftat wäre (Schork 2008: 30f.). Die Kriterien, durch die eine Einwilligung rechtswirksam wird, können jedoch nur bedingt aus dem Strafrecht hergeleitet werden. Hier sind zwar unter den §§ 19-21 StGB die Schuldunfähigkeit bei jugendlicher Unreife, seelischen Störungen und die verminderte Schuldfähigkeit geregelt, sie erfassen jedoch nicht die vollständige Tragweite einer Patienteneinwilligung. Darüber hinaus sind sie mangels strafbarer Haupttat ohnehin nicht auf den Suizid anwendbar. Sie fließen allerdings über die oben erläuterte Einsichtsfähigkeit in die Überprüfung einer rechtlich wirksamen Willensbildung ein. Letztere setzt zudem die Entscheidungsmöglichkeit und -freiheit sowie die Ernsthaftigkeit der Entscheidung voraus. (Schork 2008: 32)

Als entscheidungsfähig darf eine Person im juristischen Verständnis dann bezeichnet werden, wenn sie die „generelle geistige (abstrakt intellektuelle und sittliche) Reife und

Fähigkeit“ besitzt, „den für die Entscheidung erforderlichen Abwägungsvorgang durchgeführt und die Konsequenzen der Entscheidung erfasst zu haben“ (Schork 2008: 32). Das bedeutet nicht unbedingt, dass sie im zivilrechtlichen Sinne geschäftsfähig gemäß §§ 104f. BGB sein, aber über die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügen muss. Der Einwilligende muss „in der Lage sein, Wesen, Bedeutung und Tragweite des fraglichen Eingriffs voll und ganz zu erfassen und seinen Willen danach zu bestimmen im Stande sein“ (Schork 2008: 33). Diese Fähigkeit wird im juristischen Sinne allen Menschen zugestanden, sofern nicht fehlende Reife infolge von Minderjährigkeit oder „hinreichende Anhaltspunkte für psychische Störungen und Beeinträchtigungen“ erkennbar sind. Die Entscheidungsfähigkeit muss in diesen Fällen positiv belegt werden. (Schork 2008: 33)

Damit die einwilligende Person „Wesen, Bedeutung und Tragweite des fraglichen Eingriffs“ überhaupt abschätzen und den anschließenden Abwägungsprozess durchführen kann, müssen ihr die entsprechenden fachlichen Informationen zugänglich gemacht werden. Nur dann verfügt sie auch über die für eine rechtlich wirksame Willensäußerung erforderliche „Entscheidungsmöglichkeit“. Sie muss daher von ärztlicher Seite über „die Vornahme des Eingriffs, über Art, Ziel und Alternativen der Behandlung, über die Dringlichkeit und die Folgen des Eingriffs“ aufgeklärt werden. (Schork 2008: 34) Zwar steht Ärzt:innen ein gewisser Ermessensspielraum zu, wie umfangreich und detailliert sie im Einzelnen aufklären, sie dürfen jedoch den Patient:innen keine wesentliche Informationen vorenthalten. Täuschen sie gar gezielt den:die Patient:in bezüglich relevanter Bestandteile der Aufklärung oder nötigen sie ihn:sie unter Drohung oder Zwang zur Einwilligung, so ist diese nicht rechtswirksam (Schork 2008: 36). Auch volljährigen und geistig-seelisch gesunden Patient:innen fehlt in diesem Falle die für eine wirksame Willensbildung erforderliche Entscheidungsfreiheit (Schork 2008: 37).¹³⁵ Hier wird ein erheblicher Unterschied zur Exkulpationslösung für die Praxis relevant: Nach deren Auffassung ist die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentcheidung nur im Rahmen einer durch den:die Betroffenen nicht abwendbaren Nötigung oder eines nicht vermeidbaren Irrtums nach § 35 StGB ausgeschlossen. Nach der Einwilligungslösung ist die Freiverantwortlichkeit hingegen bei einer unter „Drohung und psychischem Druck beschlossene[n] Entscheidung zum Suizid“ nicht gegeben: Vielmehr machen sich

¹³⁵ Es müssen jedoch für den Fall der Täuschung „rechtsgutbezogener Fehlvorstellungen“ verursacht werden, die zu irrtümlichen Einschätzungen führen, „die unmittelbar mit der Behandlung verbunden“ sind. (Schork 2008: 36f.)

der:die Ärzt:in bzw. andere beteiligte Dritte unter Umständen sogar der mittelbaren Täterschaft an einem Tötungsdelikt schuldig (Schork 2008: 126f. und 136f.).

Unabhängig vom ärztlichen Verhalten setzt die Entscheidungsfreiheit auch allgemein die Abwesenheit von Irrtümern bezüglich des fraglichen Eingriffs sowie die Freiwilligkeit der Entscheidung voraus. Hiervon dürfen Ärzt:innen ausgehen, sofern sich ihnen „keine hinreichenden Verdachtsmomente für das Gegenteil aufdrängen“ (Schork 2008: 37). Ein wesentlicher Unterschied zum philosophischen Verständnis einer autonomen Entscheidung besteht aber darin, dass Letztere positiv begründet werden muss und damit zusätzlich die Vernünftigkeit des Entschlusses voraussetzt. Dies ist jedoch ausdrücklich kein juristisches Kriterium für eine rechtswirksame Willensentscheidung: „Unvernünftige Entscheidungen des Patienten muss der Arzt berücksichtigen. Der Wille des Patienten hat absolute Priorität, so dass dadurch das ‚Recht auf Unvernunft‘ in Konflikt geraten kann mit dem ärztlichen Ethos“ (Schork 2008: 40). Dieses „Vetorecht“ erlaubt es Patient:innen, selbst Maßnahmen von aus medizinischer Sicht unumstrittener Notwendigkeit abzulehnen. Zwar sollten Ärzt:innen in Anbetracht ihres Fachwissens zu überzeugen und „über die Risiken aufzuklären und zur Einsicht zu bewegen“ versuchen (Schork 2008: 40), doch dürfen sei keinen Behandlungszwang ausüben. Liegt keine Einsichtsunfähigkeit gemäß § 20/21 StGB vor, so sind den Ärzt:innen die Hände gebunden.

Schließlich darf eine Willensbekundung nicht schon dann als rechtswirksame Einwilligung gedeutet werden, wenn es sich lediglich um eine spontane Bemerkung handelt. Es muss die Ernsthaftigkeit der entsprechenden Entscheidung erkennbar sein; ein unter großen Schmerzen einmalig geäußelter Wunsch zu sterben kann daher nicht als tatsächlicher Todeswunsch gelten. Ernstlich ist er jedoch dann, „wenn der Patient sich über die Folgen seiner Erklärung bewusst ist und Bereitschaft zeigt, diese Konsequenzen auch wirklich auf sich zu nehmen“ (Schork 2008: 37). Bei Erfüllung dieser Kriterien wird unter Verweis auf das nach § 216 StGB geforderte, im Zustand der Einwilligungsfähigkeit unter Abwesenheit von Zwang und Irrtum geäußerte „ernstliche Verlangen“ nach der Einwilligungslösung von der Freiverantwortlichkeit des Suizidentchlusses ausgegangen (Jeong 2019: 136).

Die Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff ist im Rahmen der Menschenwürde gemäß Art. 1 GG und des Selbstbestimmungsrechtes gemäß Art. 2 GG zu sehen und stellt damit ein Abwehr- und Verfügungsrecht dar (Schork 2008: 39). Sofern eine medizinische Indikation

vorliegt, kommt ihm darüber hinaus der Stellenwert eines Rechtsanspruches auf Gesundheit zu. Ärzt:innen sind dann zur Durchführung des geforderten Heileingriffes verpflichtet oder müssen, handelt es sich nicht um einen Notfall, zumindest eine fachgerechte Behandlung organisieren. Der Wille des:der Patient:in bedeutet also einen rechtlichen Anspruch gegenüber dem:der Ärzt:in, wenn medizinische Diagnostik und Behandlung erforderlich sind. Ist dies nicht der Fall, so gilt er immer noch im Sinne eines Rechts auf Ablehnung des in Frage stehenden ärztlichen Eingriffs. Bei dieser Ablehnung spielt die Vernünftigkeit der Entscheidung ausdrücklich keine Rolle: Maßgeblich und rechtlich bindend ist nicht die Notwendigkeit medizinischer Intervention, sondern der Wille des:der Patient:in (Schork 2008: 40).

Zusammenfassend ist der Patient:innenwille als Sterbewunsch für Ärzt:innen dann rechtlich verpflichtend, wenn er sich auf einen Behandlungsabbruch oder Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bezieht. Es besteht somit ein Recht auf passive Sterbehilfe, wenn auch nur als Abwehrrecht gegenüber dem entsprechenden Heileingriff. Auch eine hochdosierte Schmerzbehandlung unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung können Patient:innen als medizinisch indizierte Maßnahme einfordern. Mit dieser Maßgabe kann das Recht auf eine palliative Therapiezieländerung im Sinne eines Rechtsanspruches geltend gemacht werden.¹³⁶

Handelt es sich hingegen um den Wunsch nach einer Tötung auf Verlangen oder die ärztliche Unterstützung beim Suizid, gilt ein solcher Rechtsanspruch nicht. Denn es existiert weder eine medizinische Indikation zur Lebensbeendigung, noch kann diese aus der Abwehrwirkung des Selbstbestimmungsrechtes hergeleitet werden. Allerdings kann gemäß dem Bundesverwaltungsgerichtsurteil zur Abgabe von Betäubungsmitteln vom März 2017 in Ausnahmefällen schwerer körperlicher Erkrankung ein Rechtsanspruch zur Aushändigung einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital geltend gemacht werden. Dabei handelt es sich jedoch explizit um einen Rechtsanspruch von Bürger:innen in einer extremen Notlage gegenüber dem Staat, nicht gegenüber Ärzt:innen (Jansen 2017).

¹³⁶ Typischerweise geht es hier um die Inkaufnahme eines vorzeitig eintretenden Todes durch ausreichend dosierte Schmerzmittel (sog. „Morphinperfusor“) im Falle eines bereits eingesetzten bzw. nicht mehr aufzuhaltenden Sterbeprozesses

3.2.3 Das vernünftige Abwägen des Todes gegenüber anderen Alternativen und die Problematik der negativen Definition der rechtlichen Kriterien beim Suizid

Die vorangegangene Darstellung macht deutlich, dass die juristischen Kriterien einer freiverantwortlichen Entscheidung keine Aussage darüber treffen können, ob ein Mensch mit der Entscheidung zum Suizid tatsächlich die für ihn richtige, einzige, letzte Lösung gefunden hat. Denn zu bestimmen, was zum Besten einer Person ist, bedeutet auch deren Bevormundung, und dies lehnen wir seitens des Staates üblicherweise ab. Daher wird weder die Exkulpations- noch die Einwilligungslösung die Frage, ob man den eigenen Tod frei von jeglichen inneren und äußeren Störfaktoren reflektieren kann, zu lösen vermögen. Von Jeong (2019) wird daher vorgeschlagen, als weiteres normatives Kriterium für die Freiverantwortlichkeit die „Überwindbarkeit“ heranzuziehen: Dieses bezieht sich einerseits auf das theoretische Vermögen, ob der:die Suizidwillige „Defizite wie Nötigung, Täuschung und Fehlvorstellungen durchschauen und vermeiden kann.“ Darüber hinaus bedürfe es der Prüfung, ob er:sie den „Tod trotz eines solch defizitären Einflusses ohne Zweifel gewollt und solche Defizite mindestens in Kauf genommen hätte.“ (Jeong 2019: 140) Damit wäre sowohl der Selbstverantwortung hinreichend Rechnung getragen, als auch einer positiven Nachweispflicht der Einsichts- und Urteilskraft angemessen begegnet (Jeong 2019: 141).

Dennoch ist es schwer vorstellbar zu akzeptieren, dass eine im Nachhinein nicht mehr widerrufliche Entscheidung wie die zum Suizid auf einem unvernünftigen Urteil beruht. Bis zu einem gewissen Grad wird ein tatsächlich als autonom anerkannter Suizidentschluss daher allgemeinen Rationalitätskriterien genügen müssen. Das von Margaret P. Battin erarbeitete „Concept of Rational Suicide“¹³⁷ steht zwar mit der Voraussetzung einer unbeeinträchtigten Entscheidungsfindung den juristischen Kriterien der Einsichtsfähigkeit und wirksamen Willensbildung nahe, reicht jedoch in wesentlichen Punkten weit über sie hinaus. So bedeuten hier logisches Denkvermögen (ability to reason) und korrekte Wirklichkeitswahrnehmung (realistic world view) mehr als die Abwesenheit von „intellektuellen Defiziten“ und „seelischen Störungen“, in deren Folge „die Fähigkeit zu sinnvollem Handeln völlig oder in gewissen Beziehungen als zerstört angesehen werden kann“ (Eser - Heine & Weißer, 2019, zu § 30 StGB, Rn. 26). Denn bereits ein sich Verlieren in Todesphantasien oder die Fokussierung auf die negativen Aspekte des Daseins unter Ausblendung der verbliebenen positiven

¹³⁷ zum Folgenden s.a. die Darstellung von Battin in Kap. 2.2.1.1. dieser Arbeit

Seiten mag unter Umständen eine vernünftige Entscheidung relevant beeinflussen, ohne dass Einsichtsunfähigkeit unterstellt werden kann. Eine wohlinformierte Entscheidung (adequacy of information) wiederum setzt nicht nur die Abwesenheit von Täuschung und die intellektuelle Fähigkeit voraus, ihre Konsequenzen (also das Verständnis, dass der Suizid zum Tod führt), zu erfassen. Vielmehr wird den Betroffenen abverlangt, aus eigenen Zügen hinreichende Informationen zu ihrer gegenwärtigen Situation und den ihnen verbleibenden Möglichkeiten einzuholen und gegeneinander abzuwägen. Eine rationale Suizidentscheidung müsste demnach auf dem Boden einer intensiven kognitiven Auseinandersetzung getroffen worden und zumindest innerhalb eines geteilten kulturellen Kontexts nachvollziehbar sein. Dagegen wird von den juristischen Kriterien der Entscheidungsfähigkeit lediglich Ernsthaftigkeit als Beständigkeit des geäußerten Willens gefordert. Der ihm zu zollende Respekt umfasst explizit auch einen unvernünftigen Entschluss.¹³⁸

Neben der Tatsache, dass der Staat eine Willensentscheidung nicht allein aufgrund unterstellter Unvernünftigkeit missachten darf, ergibt sich bei einer Übertragung der juristischen Kriterien der Einsichtsfähigkeit und wirksamen Willensbildung auf die Suizidentscheidung ein maßgebliches Problem durch ihre negative Definition. Denn die Konzeption dieser rechtlichen Begriffe ist auf Fragestellungen ausgerichtet, bei denen es um die Einsicht in allgemein verstehbare und erfahrbare Umstände geht. Dagegen sollte das Verständnis einer Entscheidung für den Tod positiv belegt werden, sofern sie vernünftig sein soll. Als Gegenstand der Diskussion um die Rationalität des Suizids wird dieses Argument häufig im Zusammenhang mit unheilbarer körperlicher Krankheit ohne realistische Aussicht auf Linderung des Leidens behandelt. Denn wenn letzteres ein derartiges Ausmaß annimmt, dass eine Fortführung des Lebens als unerträglich empfunden wird, scheint die Entscheidung für den Tod nachvollziehbar, insofern als es sich eigentlich um eine Entscheidung gegen das sichere Leiden handelt.¹³⁹ Diese Perspektive fließt auch in die Rechtsprechung zur Abgabe von Betäubungsmitteln an Suizidwillige ein (BVerwG, U. v. 2.3.2017 - 3 C 19/15, BVerwGE 158, 142-163). Hier wird unter der Bedingung, dass die betreffende Person sich in einer extremen Notlage angesichts unzumutbaren körperlichen Leidens ohne andere Linderungsmöglichkeiten befindet, die Aushändigung einer tödlichen Betäubungsmitteldosis zugestanden. Definiert wird die Notlage also neben der unheilbaren körperlichen Erkrankung dadurch, dass

¹³⁸ vgl. hierzu Kap. 3.2.2.1 dieser Arbeit

¹³⁹ vgl. hierzu die Darstellung von Wittwers und Battins Argumentation in Kapitel C 2.1.3 bzw. 2.2.1.1 dieser Arbeit

keine annehmbaren Alternativen zur Verfügung stehen. Um solche handelt es sich z.B. bei palliativmedizinischen Maßnahmen und der Möglichkeit des Behandlungsabbruchs, sofern dieser auf zumutbare Weise ebenfalls den Tod zur Folge hat (Jansen 2017). Die Regelung trifft damit explizit nur für Grenzfälle körperlicher Erkrankung zu und bietet keine rechtliche Grundlage dafür, den Behandlungsabbruch, die indirekt aktive Sterbehilfe mittels hochdosierter Morphinbehandlung oder die palliative Sedierung zu ersetzen. Es geht darum, dass unter der Annahme, dass im Falle schwerster körperlicher Erkrankung bei der Abwägung des Lebensschutzes gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht letzteres an Bedeutung gewinnt, und dem Staat dann die Aufgabe zukommt, Hindernisse für den Suizid zu beseitigen (vgl. Jansen 2017). Daraus ergibt sich allerdings das Problem, wie mit dem subjektiven Urteil, den eigenen körperlichen Verfall nicht hinnehmen zu wollen, umgegangen werden kann. Denn wenn dieser nicht unmittelbar unzumutbare physische Leidenszustände hervorruft und dennoch in unerträglicher Weise als entwürdigend erlebt wird, greifen alternative Maßnahmen wie die Linderung von Schmerzen oder Atemnot nicht. Permanente Immobilität und Pflegebedürftigkeit als Folgen unheilbarer körperlicher Erkrankung können unter Berufung auf die persönlichen Wertvorstellungen, aber auch allein aufgrund eines Pflegedefizits als unzumutbar empfunden werden. Wie diese sich unter Umständen fundamental unterscheidende Genese eines Sterbewunsches differenziert werden kann, bleibt ungelöst. So obliegt es letztlich einem durch Behörden vollzogenen bürokratischen Akt, über die Unzumutbarkeit des Leidens einerseits und die individuelle biographische Stimmigkeit eines Sterbewunsches andererseits zu entscheiden. Dass eine Verwaltungsbehörde davon überfordert ist, liegt nahe. Denn der eigentlich relevanten Frage, ob und wie ein freiverantwortlicher Entschluss zum Suizid positiv festgestellt werden kann, wird nicht nachgegangen. Vielmehr tritt die Prüfung des Entscheidungsprozesses mit der Beschränkung auf die Abwesenheit von Zwang oder Täuschung und der Voraussetzung von Willensfestigkeit in den Hintergrund (vgl. Jansen 2017). Die Rechtsprechung muss sich daher dem Vorwurf stellen, dass die Auseinandersetzung mit dem selbstbestimmten Tod auf die irreführende Vorstellung reduziert wird, Suizidwünsche seien verallgemeinerbar und „müssten staatlicherseits bewertet bzw. könnten staatlicherseits legitimiert werden. Das aber würde die höchstpersönliche Natur solcher Wünsche infrage [...]“ stellen (Deutscher Ethikrat 2017). Obschon diese Kritikpunkte durch die jüngste Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in den Hintergrund treten (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 210 und 340), wird die vom Bundesverwaltungsgericht definierte „extreme Notlage“ womöglich weiterhin Teil des Diskurses um die Neuregelung der (ärztlichen) Suizidassistenz bleiben. Denn der

vom BVerfG (2020) verneinte Anspruch gegenüber Dritten könnte zumindest im Sinne einer moralischen Verpflichtung verstanden werden, dass Ärzt:innen, die selbst Suizidhilfe aus Gewissensgründen ablehnen, ihre Patient:innen an Kolleg:innen überweisen, die hierzu bereit sind (Birnbacher 2022).

3.2.4 Die Fähigkeit zur reflektierten Selbstbewertung

Wie oben bereits erläutert, orientieren sich die juristischen Kriterien der Urteilsfähigkeit nicht am philosophischen Begriff der Willensfreiheit (die vorausgesetzt wird), sondern eigentlich an dem der Handlungsfreiheit: Es geht darum, dass man nicht „daran gehindert wird, seine Absichten in die Tat umzusetzen“, also „zu tun, was man will“. Für die Willensfreiheit dagegen ist entscheidend, „zu wollen, was man will.“ (Keil 2007: 2) Übertragen auf das Konstrukt der freien Suizidentscheidung bedeutete dies, dass diese Absichten nicht durch äußere Einflüsse oder (krankhafte) innerphysiologische Bedürfnisse zustande gekommen sein dürfen. Handlungsfreiheit setzt dann nicht nur die Abwesenheit von externen, sondern auch internen natürlichen Handlungsschranken voraus, wie Dagmar Fenner (2008) feststellt: Externe natürliche Beschränkungen bezeichnen „Grenzen, die dem menschlichen Handeln durch die Naturgesetze und die faktischen Gegebenheiten der Umwelt auferlegt werden“, wobei sie von einem nicht vollständigen Determinismus des menschlichen Handelns durch Naturgesetze ausgeht. Zu den externen kommen die internen natürlichen Beschränkungen, die sich aus den „angeborenen oder erworbenen physischen, psychischen oder geistigen Eigenschaften oder Dispositionen des Menschen“ ergeben. Soziale Beschränkungen auf der anderen Seite können zum einen externer Natur sein im Sinne von „Handlungsbarrieren oder Zwänge, die von der Gesellschaft, von kollektiven Normen oder von Einzelpersonen ausgehen“, wie gesetzliche oder soziokulturelle Konventionen bis hin zu politischen Zwängen und privaten Konflikten. (Fenner 2008: 126) Interne soziale Beschränkungen wiederum sind zurückzuführen auf „Handlungsressourcen, die zwar sozial bedingt sind, aber dennoch zur persönlichen Ausstattung der Individuen gehören“, hierzu zählt sie z.B. die Bildung und die berufliche Qualifikation einer Person (Fenner 2008: 127). Um diese objektiv vorhandene Handlungsfreiheit auch nutzen zu können, müssen wiederum bestimmte individuell-konstitutionelle Bedingungen gesichert sein. Dazu zählen finanzielle und gesundheitliche Grundvoraussetzungen sowie gestillte „elementare menschliche Bedürfnisse“ und eine hinreichende Sicherung von Infrastruktur, religiöser Selbstbestimmung und Frieden (Fenner 2008: 128). Letzteres geht über eine negative Freiheit hinaus, insofern als es sich hier nicht nur um eine Abwesenheit von Schranken, sondern auch um eine zusätzliche äußere Sicherung von

Möglichkeiten handelt. „Denn wenn wir nach mehr Freiheit streben, wünschen wir uns in der Regel mehr Handlungsmöglichkeiten, die uns tatsächlich offen stehen“ insofern als eine „Vorstellung von Freiheit als Unabhängigkeit oder Hindernislosigkeit [...] im Grunde nur Sinn [macht] in Verbindung mit der Idee von Optionalität, d.h. dem aktiven Verfügen über verschiedene Handlungsalternativen, zwischen denen wir die Wahl haben.“ Dieses Freiheitsverständnis bezeichnet Fenner nach der in der Philosophie gebräuchlichen Verwendung als eine „Wahl“- oder „Willkürfreiheit“, die „einerseits die menschlichen Handlungsmöglichkeiten betrifft, andererseits aber den Willen als Vermögen der Entscheidung voraussetzt“ und damit eine Art „Zwischenstufe zwischen Handlungs- und Willensfreiheit“ einnimmt (Fenner 2008: 129).

Diese Definition von Handlungs- und Wahlfreiheit überträgt Fenner (2008: 130-139) nun auf die Situation suizidaler Patient:innen. Deren typischer (subjektiv) eingeschränkter Handlungsspielraum stellt, wie sie den Untersuchungen Erwin Ringels entnimmt, vor allem unmittelbar zu dem Zeitpunkt seines Eintretens ein Suizidmotiv dar: Das bedeutet, dass nicht unbedingt der enge Handlungsspielraum an sich, sondern dessen akute, neu aufgetretene Einengung entscheidend ist. Daraus erklärt sie sich auch, dass z.B. Armut als externe natürliche Beschränkung nicht etwa als Dauerzustand wie im globalen Süden die Suizidrate erhöht, sondern dies vor allem bei unerwartetem finanziellen Ruin der Fall ist: „Nicht das Fehlen eines breiten Handlungsspielraums als solches scheint die Menschen zum Suizid zu treiben, sondern erst der kognitive Vergleich mit der früheren eigenen Lebenssituation“ (Fenner 2008: 131). Ähnliches zeige sich bei internen natürlichen Beschränkungen wie dem Ausbruch einer unheilbaren körperlichen oder psychischen Erkrankung, erkennbar an der besonders hohen Suizidgefährdung unmittelbar nach Diagnosestellung, wenn auf den ersten Schock „anstelle einer [...] positiven Anpassung an die situative Einengung innere Hoffnungslosigkeit und Selbstaufgabe ein[tritt]“ (Fenner 2008: 132). Auch bei Einschränkungen der Handlungsfreiheit durch soziale Faktoren sind bei deren Eintritt besonders kritische Phasen zu erkennen, wie bei plötzlich eintretender sozialer Isolation durch Haft oder den Tod Angehöriger sowie unmittelbar nach Kündigung der Arbeitsstelle (Fenner 2008: 133).

Solch ein „Verschließen von bisher offenstehenden Türen“ ist aber, wie Fenner mit Ringel feststellt, „durchweg fest verwoben [...] mit emotionalen, sozialen und wertrationalen Aspekten,“ wie zum Beispiel der Angst vor Armut und sozialem Abstieg sowie dem Verlust

des Selbstwertgefühls nach Verlust der Arbeitsstelle (Fenner 2008: 134). Also lasse sich eine letztlich negative Bilanzierung nicht „primär oder ausschließlich auf die Verringerung von Handlungsoptionen, sondern auf Verlusterfahrungen und Enttäuschungserlebnisse“ zurückführen (Fenner 2008: 135). Des Weiteren obliegt die entscheidende Beurteilung der eigenen Situation letztendlich nur der einzelnen Person, so dass die bloße „Lebenssituation niemanden zu einer negativen oder positiven Bilanz zwingen“ können wird, und „obgleich die Betroffenen die Verengung ihrer Lebenssituation zugegebenerweise nicht frei gewählt haben, stellen die verschiedenen oben erläuterten Varianten von Handlungsbeschränkungen keine kausalen Ursachen dar, sondern bewusste Suizidmotive“ (Fenner 2008: 135). Nicht der bloße Besitz oder Verlust von Handlungsoptionen allein sei entscheidend, sondern auch deren Qualität in Abhängigkeit von ihrer ganz persönlichen lebensweltlichen Einordnung und Bewertung durch das betroffene Individuum (Fenner 2008: 139). Eine Situation wäre für Fenner darüber hinaus auch „objektiv ausweglos“, wenn „sie vom Standpunkt eines neutralen Beobachters oder aufgrund einer intersubjektiven Übereinstimmung von sämtlichen Angehörigen einer bestimmten Kultur als solche taxiert und die Selbsttötung als ein freier Suizid ‚zur rechten Zeit‘ akzeptiert werden“ könnte (Fenner 2008: 136).

Eine freie Willensbildung in Bezug auf die subjektive Entscheidung zum Suizid setzt schließlich dort an, wo eine Person hinsichtlich der oben beschriebenen Handlungsbedingungen fähig ist, „ihre Wünsche und Motive mit Blick auf ein individuelles normatives Selbstbild zu reflektieren und zu bewerten“. Grundsätzlich kann man Fenners Auffassung zufolge die freie Entscheidungsfindung immer nur in Bezug auf bestimmte Situationen bzw. Lebensbereiche prüfen, nicht aber auf eine Person und deren Leben als Ganzes, und darüber hinaus komme sie „immer nur graduell vor“. (Fenner 2008: 153) Ihr Verständnis einer freien Willensbildung geht insofern über den juristischen Begriff der Urteilsfähigkeit hinaus, als es „zusätzlich die Fähigkeit zur reflektierten Selbstbewertung voraus[setzt]“ und damit die „hinsichtlich der Suizidproblematik interessierende Willensfreiheit eine generelle [ist], die sich vor dem Hintergrund der praktischen Frage, wie das Leben zu führen sei, auf das Leben als Ganzes bezieht“ (Fenner 2008: 154). Dabei könne es sich jedoch nicht um eine absolut verstandene Unabhängigkeit von sozialen Einflüssen handeln:

„Denn eine reflektierte Selbstbewertung hat sich vielmehr [...] notwendig in der bewussten Auseinandersetzung mit den Wertungsweisen und Perspektiven anderer zu vollziehen, weil wir sowohl bei der Identitätsbildung als auch -sicherung auf die

Anerkennung unserer Ziele oder Ideale durch unsere Mitmenschen angewiesen sind.“ (Fenner 2008: 154)

Fenner nimmt hier also eine Definition der selbstbestimmten Lebensführung als innerhalb der gegebenen natürlichen wie sozialen Handlungsmöglichkeiten bestehend vor. Dennoch bedeute diese Abhängigkeit der Wertebildung vom gesellschaftlich-kulturellen Kontext nicht, dass keine kritische Auseinandersetzung erfolgt. Es unterliege letztlich dem Urteil des:der Einzelnen, in welchem Maße er:sie vorgegebene Werte und Ideale übernimmt bzw. für sich selbst zurückweist. Solange keine gezielte staatliche und gesellschaftliche Unterdrückung von abweichenden Wertvorstellungen und Lebensweisen besteht, sieht Fenner die Möglichkeit der „Willensfreiheit als Selbstbestimmung“ im Sinne eines „ausreichenden Spielraum[es] zur Lebensgestaltung innerhalb einer mit anderen geteilten Kultur“ als gegeben (Fenner 2008: 150). Dabei stellt es für sie keinen Widerspruch dar, dass somit eine freie Entscheidung auch pflegebedürftigen Menschen attestiert werden kann, die sich allein angesichts des Gefühls, eine Last für die Gesellschaft darzustellen, zum (begleiteten) Suizid entschließen: Es handle sich bei diesem moralischen Druckmittel nämlich nicht um einen Zwang, „der die Selbstbestimmung zwangsläufig eliminiert“, sondern lediglich um eine „Begleiterscheinung des öffentlichen praktischen Diskurses“. Im Gegenteil müssten sich heutzutage auch die Patient:innen der zunehmenden Verteilungsproblematik im Gesundheitswesen stellen und sich „an der öffentlichen Diskussion über diese gesellschaftliche Situation [...] beteiligen.“ (Fenner 2008: 155) Im Zeichen der freien Willensbildung setzt sie immerhin voraus, dass „auch die Überlegungen und Wünsche der Minderheit der aktuell Betroffenen ausreichend Gehör finden“ und „nicht ökonomische Interessen“ vorrangig sein dürfen, „sondern die gerechte Güterverteilung“. Zudem müsse die Frage nach der „Gerechtigkeit im Gesundheitswesen vollständig entkoppelt werden von der Frage nach dem Lebensrecht, das jedem Menschen unabhängig vom Lebenswert in gleicher Weise“ zustehe. (Fenner 2008: 155)

Was den Prozess der reflektierten Selbstbewertung des eigenen Suizidwunsches als solchen betrifft, so setzt dieser Fenner zufolge voraus, dass die suizidwillige Person sich von bestimmten sie unfrei machenden Motiven distanzieren kann. So müsste sie erkennen können, dass „irrationale“ Wünsche z.B. als den Suizid suggerierende Stimmen im Rahmen einer wahnhaften Psychose, auf ihre Krankheit und nicht auf die Realität zurückzuführen sind. Ähnliches gelte für eine wahnhafte Depression, die mit der Angst vor Versündigung, Krankheits- oder Verarmungswahn einhergeht. Allerdings müssten diese wahnhaften Ideen auch

trotz ausgeschöpfter pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung fortbestehen, um die Fähigkeit zur Distanzierung ihnen gegenüber auszuschließen (Fenner 2008: 156). Auch dürfe für den Fall, dass ein Kontrollverlust über selbstzerstörerische Impulse im Rahmen von Alkohol- oder Drogenintoxikation entsteht, nicht automatisch auf den Suizid als „reine Impulshandlung[...]“ geschlossen werden (Fenner 2008: 157). Allerdings gesteht sie zu, dass es bei psychischer Erkrankung über die Zeit zu einer starken Beeinträchtigung von „Wahrnehmungs-, Denk- und Verarbeitungsfähigkeiten“ kommen kann, z.B. durch intellektuellem Abbau bei langjährigem Drogen- und Alkoholabusus, und in diesem Rahmen entstandene „(Todes-)wünsche eine wohlinformierte Basis vermissen lassen“ (Fenner 2008: 157). Bei der negativen Wahrnehmung der eigenen Person und der Zukunft bei schwerer Depression müsse wiederum einerseits zwischen einer Zuordnung als Fehleinschätzung der Realität und einer nicht erfüllten „Vorstellung von einem idealen Selbst oder bestimmter Lebensziele“ andererseits unterschieden werden (Fenner 2008: 158).

Unabhängig von einer bestehenden psychischen Krankheit beurteilt Fenner abschließend solche Suizidwünsche als „willensfrei“, die „(1) nicht kausal durch psychische Störungen induziert werden und ohne rationale Kontrolle handlungswirksam werden sowie (2) auf zuverlässigen Einschätzungen der Person des Suizidenten seiner Lebenssituation und Zukunftsaussichten basieren“ (Fenner 2008: 158). Mit Karl Jaspers und Konrad Michel kommt sie zu dem Schluss, dass geprüft werden müsse, ob den Suizidwünschen die Unmöglichkeit zur „Aufrechterhaltung der Ideale bzw. die Verwirklichung der zentralen Lebensziele“ zugrunde liege und dies „zugleich einen Verlust des ‚Selbst‘ oder der ‚Ich-Identität‘ bedeute“ (Fenner 2008: 158). Ein freiverantwortlicher Suizid wäre demnach an der Rationalität der Entscheidungsfindung und der Identifikation mit dieser Entscheidung gemäß einer vorbestehenden Persönlichkeit zu messen.

Wenngleich Fenners Analyse sich um die Berücksichtigung mannigfaltiger Faktoren bemüht, die eine präsuizidale Willensbildung potentiell beeinflussen könnten, entgeht ihr dabei doch ein ganz entscheidendes Moment von Identität und Persönlichkeit. So sind diese Phänomene keineswegs als statische Größen zu verstehen, im Gegenteil: Sie sind stets Wandlungsprozessen ausgesetzt und können durch existenzielle Herausforderungen hinterfragt und gegebenenfalls neu bewertet werden (Lachmann 2008: 148). Gerade in Bezug auf den Suizid ist die Bedeutung von Krisen, die zu einer fundamentalen Erschütterung von Selbstbezug und Lebensentwurf führen, hervorzuheben. Die Vorstellung, dass eine menschliche Biographie

in einzelne Fragmente unterteilt werden könnte, die unabhängig voneinander und zu jeder Zeit einer rationalen Analyse zugänglich sind, wird sich besonders in der Realität suizidaler Menschen wohl kaum halten lassen.

3.2.5 Abwesenheit von psychischer Krankheit? Die Frage nach der Selbstbestimmungsfähigkeit

3.2.5.1 Selbstbestimmungsrecht und psychische Krankheit

Gemäß der im vorangegangenen Kapitel aufgeführten Darstellung von Dagmar Fenners Konzept einer freien Willensentscheidung zum Suizid setzt dieses unter anderem voraus, dass der Entschluss „nicht kausal durch psychische Störungen induziert“ wurde (Fenner 2008: 158). Dem entspricht auch die aktuelle Auffassung des Bundesverfassungsgerichts, nach der eine freie Suizidentscheidung erfordert, dass die Betroffenen ihren „Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln“ können (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 241). Demnach müsste man differenzieren zwischen einem pathologischen psychisch-seelischen Zustand, der allein für das Entstehen einer Suizidentscheidung verantwortlich ist (wie z.B. den Suizid suggerierenden Stimmen im Rahmen einer halluzinativen Psychose), und dem bloßen Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung bzw. Diagnose als dauerhafter Bestandteil einer Person und ihrer Lebenswelt. Innerhalb solcher konstitutionellen Rahmenbedingungen könnte diese Person dennoch in Bezug auf einzelne Entscheidungen mehr oder weniger selbstbestimmt entscheiden und handeln. Geht man davon aus, dass Suizidalität nicht zwangsläufig ein pathologisches Phänomen per se ist, so muss man zugestehen, dass auch bei Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose eine kritisch reflexive Haltung zur eigenen Suizidentscheidung gegeben sein kann. Stehen solche kognitiven Prozesse weniger im Vordergrund, gestaltet sich die Differenzierung zwischen krankheitsbedingten und hier- von hinreichend distanzierten Suizidwünschen schwieriger. Versteht man Autonomie als ein aus Persönlichkeit hergeleitetes Recht, muss sie seitens Dritter zunächst einmal unabhängig vom psychomentalen Zustand der betreffenden Person geachtet werden. Auch wenn unter Berufung auf das Wohl Eingriffe in die Autonomie begründet sein können, bedeuten sie doch deren Missachtung auf der Grundlage normativer Vorannahmen, was „das Beste“ für die betroffene Person ist. Man muss also entweder zugestehen, dass Autonomie nicht das höchste Gut ist, oder aber begründen, dass die (paternalistische) Entscheidung zugunsten des Wohles gerade ihrem Schutze dient. So gibt es Ansätze, Eingriffe in das

Selbstbestimmungsrecht psychisch kranker Menschen unter Berufung auf einen temporären Verlust an personaler Autonomie durch die seelische Erkrankung zu begründen. Dabei geht es nicht um die dauerhafte Aberkennung eines Rechts, sondern um die Annahme, dass die Betroffenen durch den Zusammenbruch ihrer psychischen Kompensationsmöglichkeiten temporär nicht sie selbst sind (Bolton & Banner 2012: 78f.). Insofern diese Vorstellung seelische Störungen als „nicht normal“ betrachtet, mag dieses Menschenbild verständlicherweise als stigmatisierend empfunden werden. Ihm liegt jedoch nicht schlicht die Zurückweisung abweichenden Verhaltens zugrunde, sondern auch das gesellschaftliche Zugeständnis, dass psychisch Kranke ihrem Leiden ausgeliefert sind und besonderen Schutzes bedürfen. Interventionen werden dann als Maßnahmen zur Wiederherstellung der ursprünglichen Selbstbestimmungsfähigkeit verstanden und die psychische Erkrankung als ein mit äußeren Handlungsschranken vergleichbarer Zustand, als Kontrollverlust, der die Betroffenen an der Ausübung ihrer Autonomie hindert, betrachtet (Bolton & Banner 2012: 81).

Die Autonomie von psychisch kranken Menschen immer nur temporär einzuschränken, zu jedem anderen Zeitpunkt aber wieder zu achten und zu fördern bedeutet die Schaffung von Rahmenbedingungen, innerhalb derer ihnen so viel Eigenverantwortlichkeit wie möglich überlassen wird. Solange sie nicht nachweislich außerstande sind, die Entscheidung mit ihren Konsequenzen zu erfassen, ist ihr geäußertes Willen rechtlich bindend. Das Zugeständnis von Autonomie gegenüber psychisch kranken Menschen geht daher immer auch mit der praktischen Frage einher, ab welchem Punkt ihnen wie oben beschrieben die Fähigkeit zur Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts verloren geht und dessen Anerkennung ihnen nicht mehr zugemutet werden kann. In Bezug auf Suizidwünsche ist angesichts der statistischen Gegebenheiten stets zumindest ein kritisches Hinterfragen, ob sie auf dem Boden einer psychischen Erkrankung entstanden sind, geboten (vgl. DGPPN 2019). Derartige Vermutungen treten zwar dann in den Hintergrund, wenn aufgrund von unerträglichen Leidenszuständen bei unheilbarer körperlicher Erkrankung der Todeswunsch für Außenstehende einfühlbar erscheint. Allerdings ist bei einer Begründung über das Leiden der Ausschluss psychisch erkrankter Menschen hiervon nur schwer zu rechtfertigen: Es ist nicht einzusehen, warum ihre häufig ebenfalls unerträglichen und mitunter nicht kurativ behandelbaren seelischen Leidenszustände als weniger gravierend eingestuft werden sollten. Auf der anderen Seite weisen Studien zur psychischen Komorbidität bei suizidalen onkologischen Patienten darauf hin, dass auch in solchen nachvollziehbaren Fällen durchaus Zweifel an der Selbstbestimmungsfähigkeit (englisch „competence“) erhoben werden können. So wurde bei mehr

als 50% der Patient:innen mit Todeswunsch im Rahmen einer Krebserkrankung im Endstadium das Vorhandensein einer klinisch manifesten Depression festgestellt. Studien zum Zusammenhang zwischen Depression und Selbstbestimmungsfähigkeit wiederum weisen darauf hin, dass letztere bei 20% der Patient:innen in relevantem Maße eingeschränkt ist. Demnach müssten 10% der Todeswünsche terminal erkrankter Menschen als nicht vollständig selbstbestimmt eingestuft werden (Vollmann 2008: 175f.).

3.2.5.2 Voraussetzungen und Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit

Die bisher verfügbaren Instrumente und Kriterien zur Einschätzung der Selbstbestimmungsfähigkeit beziehen sich angesichts ihrer praktischen Relevanz im Wesentlichen auf die an anderer Stelle erläuterte Möglichkeit des Schuldausschlusses bzw. der Schuldverminderung gemäß §§ 20 und 21 sowie die Einwilligung in einen medizinischen Eingriff. Somit sind sie nur eingeschränkt auf den Suizid übertragbar: In eine Suizidentscheidung kann man weder „einwilligen“, noch kann man im Nachhinein – zumindest im Sinne eines säkularen Weltbilds – nach dem Schuldprinzip für sein Handeln belangt werden. Die Betrachtung der Einwilligungsfähigkeit kann aber helfen, sich grundlegenden Fragen der Untersuchung der Selbstbestimmungsfähigkeit bei psychisch kranken Menschen anzunähern. Im Kontext der Einwilligung kommt Autonomiefähigkeit als Kompetenz einer Person zum Ausdruck.¹⁴⁰ Sie beschreibt das Vermögen dieser Person, ihr Selbstbestimmungsrecht den eigenen Zwecken gemäß auszuüben. Der Kompetenzbegriff bezieht sich im klinischen Bereich auf die Zustimmung oder Ablehnung von Therapiemaßnahmen und wird an der Fähigkeit, die für eine Entscheidung relevanten Informationen zu erfassen und die Konsequenzen dieser Entscheidung auf die eigene Situation zu übertragen, bemessen. Im Anschluss an die Darstellung der jeweiligen Bedingungen und Erhebungsinstrumente soll kritisch hinterfragt werden (Teil D), inwieweit der Kompetenzbegriff überhaupt auf die Frage nach dem freiverantwortlichen Suizid übertragen werden kann.

¹⁴⁰ Der Kompetenzbegriff verweist auf die englische Bezeichnung *competence*, die im klinischen Kontext die Selbstbestimmungsfähigkeit im Hinblick auf medizinische Entscheidungen bezeichnet. Nach Beauchamp und Childress gilt das Urteil über die Kompetenz einer Person gewissermaßen als Vorbedingung („Nadel-öhr“) für das Zustandekommen eines Prozesses der informierten Einwilligung, indem die betreffende Person oberhalb einer Schwelle der Entscheidungsfähigkeit in Bezug auf die zur Diskussion stehende medizinische Maßnahme einordnet. Ein Kompetenzurteil enthält damit nicht nur empirische, sondern immer auch normative Züge. Zudem sollte es immer kontextsensitiv gefällt werden, d.h. in einem angemessenen Verhältnis zur Komplexität der jeweiligen Maßnahme stehen, vgl. Becker (2018: 9f.)

Bei der Untersuchung der Einwilligungsfähigkeit am Modell des Informed Consent geht es bekanntermaßen zunächst einmal um die Schaffung einer Situation, innerhalb derer sich ein:e Patient:in durch die Vermittlung ausreichender Informationen und deren Verständnis ohne Zwangs- oder Abhängigkeitsverhältnisse für oder gegen eine Behandlung entscheiden kann. Ob ein psychisch kranker Mensch dies kann, also einwilligungsfähig ist, hängt unter anderem von seiner Einsicht, krank zu sein einerseits und behandelt werden zu müssen andererseits, ab. Typischerweise wird die Einwilligungsfähigkeit dann in Frage gestellt, wenn z.B. die Ablehnung einer Psychopharmakatherapie aus der Überzeugung heraus, nicht krank zu sein, erfolgt. Betrachtet werden muss auch, ob die betreffende Person ihre Wahlmöglichkeiten erkennen und umsetzen kann. Ersteres kann beispielsweise daran gemessen werden, ob sie diese in eigenen Worten wiedergeben kann. Versteht sie zwar die Informationen und ihre Optionen, kann diese aber aufgrund von Denkstörungen, Wahnvorstellungen oder Zwangszuständen nicht in angemessener Weise für sich nutzen, muss ebenfalls ihre Selbstbestimmungsfähigkeit angezweifelt werden (Vollmann 2008: 56f.).

Als ein Untersuchungsinstrument zur praktischen Umsetzung dieser Kriterien in einer konkreten Entscheidungssituation wurde der sogenannte MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (Mac CAT-T) entwickelt (Grisso & Appelbaum 1998). Dabei werden in semistrukturierten Interviews die Fähigkeiten der Patient:innen überprüft, die Bedeutung der erhaltenen Informationen zu erfassen (Understanding), deren Bedeutung für die eigene Person zu erkennen (Appreciation), sie für einen Entscheidungsprozess zu nutzen (Reasoning) und schließlich eine getroffene Wahl zu artikulieren (Express a choice) (Grisso & Appelbaum 1998: 101). So wird die betreffende Person beispielsweise gefragt, ob sie der Meinung ist, Symptome zu haben und ob sie glaubt, dass die empfohlene Behandlung ihr helfen wird. Hat sie eine Entscheidung getroffen, so wird sie aufgefordert zu begründen, warum sie diese den ebenfalls erläuterten alternativen Therapieoptionen vorzieht und wie sie die Auswirkungen der jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten auf ihren Alltag einschätzt. Anschließend werden von dem:der Untersucher:in Punktzahlen gemäß der Angemessenheit der Antworten vergeben und aus der Summe wiederum der Grad an Selbstbestimmungsfähigkeit abgeleitet (Grisso & Appelbaum: 106ff.). Auch wenn die Vergabe von Punktzahlen für gemessene Autonomiegrade allein zu kurz greifen mag, so ermöglicht diese Methode doch ein hohes Maß an Objektivität. Dadurch wird verhindert, dass eine von der medizinischen Auffassung des:der Therapeut:in abweichende Patient:innenmeinung automatisch als Einschränkung ihrer:seiner Selbstbestimmungsfähigkeit gewertet wird. So wird das Vermögen, die eigene

Position vernünftig zu erläutern als selbstbestimmte Willensbildung und Entscheidungsfindung anerkannt, solange sie in sich schlüssig dargestellt wird (Vollmann 2008: 74f.). Damit lässt sie nicht zu, dass allein das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose zu Rückschlüssen auf eine eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit führt. Eine als Studie angelegte Durchführung des Mac CAT-T Tests an psychisch und internistisch erkrankten Patient:innen sowie gesunden Kontrollproband:innen hat gezeigt, dass auch unter den letzteren durchaus eine eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit beobachtet werden kann. Zwar wurde, mit erheblicher Variation innerhalb der einzelnen Krankheitsbilder, die Mehrzahl der psychisch erkrankten Patient:innen als einwilligungsfähig eingestuft (Vollmann 2008: 59f.). Dennoch fällt insgesamt, wie Vollmann (2008) feststellt, mit 52% der schizophrenen und 23,9 % der depressiven Patient:innen sowie 12,2 % der kardiologischen und 4% der gesunden Proband:innen ein verhältnismäßig hoher Anteil an eben nicht selbstbestimmungsfähigen Personen auf. Damit hätten derartige Tests mit der Forderung, ein Höchstmaß an Objektivität zu sichern und dadurch die Patientenselbstbestimmung zu fördern, ihre eigentliche Zielsetzung nicht erreicht. Neben der Tatsache, dass durch sie möglicherweise einwilligungsunfähige Personen erst herausgefiltert würden, führten die statistischen Maßgaben der Studie dazu, dass eine eigentlich normative Entscheidung auf eine rein deskriptive Ebene reduziert würde (Vollmann 2008: 64 und 78).

Kritisiert wird an standardisierten Verfahren wie dem MacCAT-T darüber hinaus die alleinige Fokussierung auf die kognitiven Fähigkeiten der Patient:innen. Solange sie ihre Entscheidung als einen bewussten Prozess logisch nachvollziehbar darstellen können, werden sie als selbstbestimmungsfähig (competent), eingestuft. Treffen sie dagegen einen Entschluss, der zwar in ihre Lebensführung integriert werden kann und zu ihrem anhaltenden Wohlergehen führt, aber nicht auf dem Verständnis um die Situation und ihre Konsequenzen beruht, wird die Willensbildung als nicht selbstbestimmt (incompetent), bewertet. Unabhängig von psychischer Erkrankung beinhaltet aber jede Entscheidung eine Vielfalt an intuitiven und von individuellen Erfahrungen sowie Wertvorstellungen abhängigen Faktoren. Deren Einflüsse werden uns dabei im Entscheidungsprozess häufig gar nicht bewusst. Dennoch sind sie wohl relevanter für das Ergebnis der Entscheidung als die Vorstellung, dass alle vorhandenen Alternativen an einem vorgegebenen, festen Wertekatalog gemessen werden (Vollmann 2008: 77). Von verschiedenen Autor:innen wird daher vorgeschlagen, die emotionale Übereinstimmung einer Person mit ihrer Entscheidung in die Beurteilung ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit miteinzubeziehen. „Kompetent“ wäre sie also auch dann, wenn

sie sich zu etwas entschließt, das sie zwar nicht rational begründen kann, mit dem sie sich aber identifiziert und „gut“ fühlt. Weiterhin müsse betrachtet werden, ob die Entscheidung insofern mit den authentischen Werten einer Person harmoniert, als sie der Beförderung eines individuell als befriedigend empfundenen Lebensentwurfs dient (Widdershoven et al. 2017). Dabei müssen gegebenenfalls auch unvernünftig erscheinende Abwägungen respektiert werden, solange sie die Wertvorstellungen der betreffenden Person widerspiegeln. Letztendlich besteht eine selbstbestimmte im Sinne einer kompetenten Entscheidung aus einem komplexen Zusammenspiel eines in einer bestimmten Situation angemessenen Verhaltens sowohl hinsichtlich allgemeiner Regeln als auch eines intuitiven Gefühls von richtig und falsch. Es geht darum, ob eine Person in der Lage ist, eine Verknüpfung ihrer verschiedenen Interessen und Ziele herzustellen und den Ausgleich widersprüchlicher Gefühle unter Berücksichtigung der eigenen Fähigkeiten und Grenzen zu finden. Wesentlich ist nicht, dass sie sich argumentativ verteidigen kann, sondern dass ihre Entscheidung dazu dient, mit der Situation in einer individuell angemessenen Weise umzugehen innerhalb eines persönlich als richtig und sinnvoll verstandenen Lebens (Widdershoven et al. 2017).

Ausgehend von der Vorstellung, dass eine Entscheidung keiner rationalen Analyse gleichzusetzen ist, deren Schritte im Einzelnen benannt werden können, bedarf es also der Erhebung weiterer Komponenten. Denn abfragbare Kategorien basieren immer auch auf dem Wertesystem der Erhebenden, womit sich der individuellen Sinngebung einer Entscheidung nicht gerecht werden lässt. Zur Ergänzung der kognitiven um die oben geforderten Elemente schlägt Vollmann (2008) einen phänomenologischen Zugang vor. Hierdurch sollen „emotionale, biographische und kontextspezifische Faktoren“ sowie „persönliche Konstrukt- und Wertesysteme“ zugänglich gemacht werden (Vollmann 2008: 79). Dabei könnten die Patient:innen beispielsweise über das Erzählen von Geschichten über sich selbst und andere oder Rollenspiele indirekt ihr Selbst- und Weltbild vermitteln. Ebenso sollten künftige Forschungsansätze über die Betrachtung einer qualitativen Dimension die kognitiven Kriterien des MacCAT-T sinnvoll vervollständigen. Die im Rahmen des vorliegenden Dissertationsprojektes durchgeführte qualitative Studie verfolgt einen solchen Ansatz. Über einen narrativen Zugang soll die in eine biographische Identität eingebettete persönliche Entscheidung zum Suizid nachvollzogen und über die Selbstdeutungen der Patient:innen deren Sinngebung innerhalb einer individuellen (Lebens-)geschichte verständlich werden.

3.2.5.3 Folgerungen für den Umgang mit Todeswünschen bei psychischer Erkrankung

Nun handelt es sich beim Suizid gerade nicht um eine Entscheidung, die auf künftiges Wohlergehen oder Sinnggebung im Rahmen einer individuell gestalteten Lebensführung ausgerichtet ist. Die Bedeutung der dargestellten Konzepte zur Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit psychisch kranker Menschen besteht darin, ihnen möglichst selbst gewählte Lebensumstände zu gewähren – auch unter Inkaufnahme, dass zugunsten der Identifizierung mit ihnen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt. Im Namen des Respekts vor der Autonomie müssen an letztere grundsätzlich möglichst niederschwellige Bedingungen gestellt werden. Man zieht es daher vor, Menschen irrtümlicherweise als selbstbestimmungsfähig zu beurteilen, als ihnen ungerechtfertigt jenes Vermögen abzusprechen (Vollmann 2008: 79). Übertragen auf den Suizid bedeutete dies jedoch, dass zum Schutz des geringen Anteils an selbstbestimmten Selbsttötungen psychisch kranke Menschen als die Personengruppe mit dem höchsten Vorkommen an Suizidalität in unverhältnismäßigem Ausmaß alleine gelassen würden.

Sicherlich kann man den Wunsch zu sterben auch bei Menschen mit psychischer Erkrankung gelegentlich als biographisch stimmige Entscheidung, wie das Leben zu führen oder eben zu beenden ist, betrachten. So wird im theoretischen Diskurs beispielsweise die Selbsttötung einer Person, die sich angesichts rezidivierender schwerer psychotischer Episoden in den Zwischenphasen ihrer Erkrankung unter Berufung auf ihre persönliche Vorstellung vom lebenswerten Dasein gegen die Fortführung eines damit nicht vereinbaren Zustandes entscheidet, mitunter als rational und selbstbestimmt verstanden (vgl. Fenner 2008; Battin 1995). Von solchen Einzelfällen abgesehen – zumal in der Praxis wohl selten in dieser Form abgrenzbar – erfordert eine grundsätzliche Diskussion über den Umgang mit Todeswünschen bei psychischer Erkrankung gerade die Frage danach, ob und inwiefern auch bei deutlich erkennbaren Einflüssen der Krankheit dennoch ein ausreichendes Maß an Autonomie erhalten sein kann. Gemäß den im Vorangegangenen vorgestellten Konzeptionen zur Selbstbestimmungsfähigkeit wird ja gerade nicht die rationale, kognitive Entscheidungsebene allein gefordert. Konsequenterweise müsste dann die Suizidentscheidung einer an schweren, aber prinzipiell behandelbaren Angstsymptomen leidenden Person als kompetent respektiert werden, wenn allein diese Lösung sich für sie als emotional stimmig anfühlt, um ihr Leiden zu beenden. Ähnlich die Situation einer anorektischen Patientin, die unter keinen Umständen den Höchstwert des Schlankseins aufgeben will und den Tod (durch passives Geschehen

lassen oder aktives Tun) der Gewichtszunahme oder gar künstlichen Ernährung vorzieht. An diesem Beispiel ist gezeigt worden, dass selbst eine logische Darstellung rational abgewogener individueller Wertvorstellungen mit anschließend emotional stimmigem Ergebnis nicht unbedingt ausreicht, um eine Entscheidung als kompetent zu betrachten: Es scheint, als seien auch die formalen Kriterien der Selbstbestimmungsfähigkeit nicht vollständig wertneutral. So erlauben sie es in bestimmten Situationen nicht, eine andere als intuitive Differenzierung zwischen nicht geteilten weil abweichenden Ansichten und nicht nachvollziehbaren weil pathologisch verzerrten Vorstellungen vorzunehmen (Holroyd 2012: 167). Bereits die für die Selbstbestimmungsfähigkeit geforderte Krankheitseinsicht setzt voraus, dass die jeweilige Person ein gewisses Maß an normativen Vorannahmen teilt, indem sie die objektive Einschränkung ihres Gesundheitszustandes als eine schlechte Erfahrung wahrnimmt (Holroyd 2012: 154). Weiterhin ist das Abwägen vorhandener Alternativen mit den eigenen Wertvorstellungen, so sehr es als Prozess auch formalen Kriterien genügen mag, abhängig von den Inhalten eben jener Werte, die als solche keine absolute Größe darstellen:

„This seems to indicate, then, that our understanding of what it is to be able to weigh information in a way relevant to capacity concerns the assignment of appropriate weights to certain objects or options or norms, which determines how one should rank them: to value life over food avoidance; to value treatment over significant risk of death or disability. Similarly, it has been argued that depression involves undervaluing continued existence.“ (Holroyd 2012: 158)

Die zuletzt genannte mangelnde Wertschätzung eines fortgesetzten Lebens führt zurück zum Suizid als ihrer Maximalform. Es handelt sich hier vielmehr um die Negation aller mit dem Dasein verbundenen Werte, ohne dass eine abweichende bzw. Überbewertung anderer Ideale als kritisches Entscheidungskriterium zwischen abweichender und selbstbestimmungsunfähiger Meinungsbildung fungiert. Der fundamentale Unterschied des Umgangs mit suicidalen Wünschen psychisch kranker Menschen im Vergleich zur Inkaufnahme der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes zugunsten des Respekts vor ihren Werten und ihrer Autonomie besteht jedoch im Folgenden: Bei Eintreten dieser Situation kann jederzeit die Selbstbestimmungsfähigkeit reevaluiert und im Zweifelsfall zu einem späteren Zeitpunkt eingegriffen werden. Betrachtet man Autonomie als dynamische Größe, so kann sie vulnerablen Personen deshalb gewährt werden, weil aus dem Hintergrund ein fürsorgliches Beobachten in Interventionsbereitschaft stattfindet. Im Rahmen eines relationalen Modells der Einwilligungsfähigkeit für an Demenz erkrankte Patient:innen wird vorgeschlagen, die Standards dem jeweiligen Risiko-Nutzen-Verhältnis des zur Entscheidung stehenden Eingriffs

anzupassen. Das bedeutet, dass die Bedingungen für das Zugeständnis von Selbstbestimmungsfähigkeit umso strenger festgelegt werden, je schwerwiegender die Folgen der Entscheidung sein können. Eine Person kann demnach zu verschiedenen Zeitpunkten und hinsichtlich unterschiedlicher Sachverhalte selbstbestimmungsfähig bzw. – unfähig sein. Die Autonomie wird geschützt, indem sie immer nur in Bezug auf konkrete Situationen aberkannt werden kann.¹⁴¹ Wenngleich an dieser Konzeption kritisiert wird, dass die Komplexität einer Entscheidung nicht notwendigerweise mit ihrem Risiko korreliert (Vollmann 2008: 67), so gilt dies wohl für den Entschluss zum Suizid: Selbst bei uneingeschränkt selbstbestimmungsfähigen Personen stellt sich die Frage, ob es sich überhaupt um eine verstehbare Entscheidung handelt. Angesichts der gravierenden Folgen und Unumkehrbarkeit des Suizids kann also, wenn überhaupt, nur ein relationales Kompetenzkonzept, welches das Autonomie- mit dem Fürsorgeprinzip ins Verhältnis setzt, aufrechterhalten werden. Der Kritik, dass hierdurch nicht ein Kompromiss zwischen beiden Prinzipien hergestellt, sondern letztendlich doch zugunsten des Wohls über Willen der Betroffenen hinweg entschieden wird, kann entgegnet werden: Betrachtet man Krankheit als Zusammenbruch der Kompensationsmöglichkeiten des Körpers oder der Psyche, als temporäre Unterbrechung dessen, was das personale Selbst eigentlich ausmacht, so bedeutet Fürsorge die Hilfe bei der Wiederherstellung der verloren gegangenen Handlungsfreiheit (vgl. Bolton & Banner 2012: 96). Daher ist es wichtig, eine suizidale Krise nicht primär als Erkenntnis eines Identifikationsverlusts mit dem von der Krankheit bestimmten Dasein, sondern als zeitweisen Kontrollverlust über die normalerweise vorhandene Fähigkeit, mit den eigenen Schwächen umzugehen, zu betrachten.

4. Der Suizid aus Freiverantwortlichkeit als theoretisches Konstrukt: Dispositiv für den folgenden empirischen Teil

In seinem jüngsten Urteil zum assistierten Suizid hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass der freiverantwortliche Entschluss zum Suizid „als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren“ ist. Es bezieht sich dabei auf ein Bild des Menschen, der „in Freiheit sich selbst bestimmt und entfaltet“. Den Kerngedanken autonomer Selbstbestimmung bildet demnach die Vorstellung, dass die „unverlierbare Würde

¹⁴¹ vgl. hierzu Vollmanns Darstellung von Helmchen et al. (Vollmann 2008: 65); s. hierzu Helmchen, H., Kanowski & Koch, H. G. (1989). Forschung mit dementen Kranken: Forschungsbedarf und Einwilligungsproblematik. *Ethik in der Medizin* 1, 83-98; s.a. Helmchen, H. (2019). Die Entwicklung des Konzepts der Einwilligung nach Aufklärung in der psychiatrischen Forschung. *Ethik in der Medizin* 31, 207-220

des Menschen als Person“ darin besteht, „dass er stets als selbstverantwortliche Persönlichkeit anerkannt“ wird. (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 206) In der Konsequenz gewähre damit die Garantie der Menschenwürde letztendlich auch die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben, denn:

„Welchen Sinn der Einzelne in seinem Leben sieht und ob und aus welchen Gründen er sich vorstellen kann, sein Leben selbst zu beenden, unterliegt höchstpersönlichen Vorstellungen und Überzeugungen. Der Entschluss zur Selbsttötung betrifft Grundfragen menschlichen Daseins und berührt wie keine andere Entscheidung Identität und Individualität des Menschen.“ (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 209)

In dieser Entscheidung spiegelt sich das Menschenbild wider, auf dem unsere Rechtsordnung fußt und deren Werteordnung wir im Allgemeinen schätzen. Doch unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Suizidologie stellt sich die Frage, ob sich Individualität und Selbstbestimmung überhaupt als Maßstäbe für die Bedeutung einer Selbsttötung eignen. Wenngleich der Suizid einen ultimativen Beziehungsabbruch darstellt, wissen wir zugleich, dass der Mensch von Geburt an ein auf Beziehungen zu anderen Menschen ausgerichtetes Wesen ist. Er ist immer schon und bis zuletzt beeinflusst durch soziale Bezüge, ohne die er in der Gesamtheit seiner Persönlichkeit nicht gedacht werden kann. Wir wissen auch, wie häufig Suizidalität durch Partnerschaftskonflikte ausgelöst wird, wie wichtig oftmals die appellative Funktion ist, die von ihr ausgeht, und wie vordergründig auch bei mutmaßlich freiverantwortlichen Suiziden als Hauptmotive Einsamkeit und Isolation vorliegen oder die Angst, Anderen zur Last zu fallen. Damit ist die Entstehung von Todeswünschen, wenn vielleicht auch nicht ausnahmslos, so doch genuin im sozialen Kontext zu suchen. Autonomie, Freiheit und Identität bedürfen immer, insbesondere auch im Hinblick auf den Suizid, eines sozialen Bezugsrahmens, um überhaupt sinnvoll definiert werden zu können. Doch der Diskurs um den freiverantwortlichen Suizid lässt eine Würdigung dieser Wechselseitigkeit oftmals vermissen. Vielmehr findet sich typischerweise eine Dichotomie zwischen Autonomie und Abhängigkeit, zwischen Individualität und sozialer Bedingtheit, zwischen Freiheit und Krankheit, zwischen Scheitern und Selbstbewahrung. Dieses dichotome Verständnis erstreckt sich auch auf andere Aspekte der Thematik: So wird dem Entscheidungsprozess zum freiverantwortlichen Suizid ein Raster der Rationalität aufgezwungen, das am Ende wohl eher einer Karikatur dessen entspricht, was wir uns unter dem wohlüberlegt agierenden sittlichen Vernunftwesen der Aufklärung vorstellen. Schließlich handelt es sich bei der Entscheidung zum Suizid nicht um eine triviale „pro und contra“-Liste, sondern um einen der

höchsten Einsätze, die der Mensch zu geben hat: Sein Leben. Ebenso wäre es abwegig, lebensbejahenden Bemühungen und Interventionen grundsätzlich zu unterstellen, dieses sich frei entfaltende Vernunftwesen in die entmündigenden Ketten einer „Lebenspflicht“ legen zu wollen. Ob als Vernunftentscheidung oder Verzweiflungstat verstanden, wird ein Suizidentschluss wohl selten die Charakteristika nur eines dieser beiden Pole erfüllen. Meist wird er sowohl Elemente einer krisenhaften Zuspitzung wie auch einer selbstreflektierenden Bilanzierung enthalten und in irgendeiner Form ein Moment der Autonomie aufweisen, sei es auch nur ein letztes sich Aufbäumen angesichts der Machtlosigkeit gegenüber als unerträglich empfundenen Lebensumständen. Somit mag je nach fachspezifischem Blickwinkel und diskursbezogener Motivation eine individuelle Suizidentscheidung auf ihren abwägenden oder aber ihren depressiven Anteil reduziert und entsprechend argumentativ eingesetzt werden. Beides wird aber der Ambivalenz und der emotionalen Komplexität, die diesem Entscheidungsprozess innewohnen, kaum gerecht.

Doch die fachbezogenen Perspektiven müssen in ihrem jeweiligen aufgabenspezifischen Kontext gesehen werden: Während es zu den fundamentalen Vorannahmen philosophischer und verfassungsrechtlicher Überlegungen zählt, den Menschen als reflektierendes, eigenverantwortliches Wesen zu betrachten, liegt der Fokus der Psychologie auf zwischenmenschlichen Beziehungsmustern und affektiv-emotionalen Einflüssen, die nicht unbedingt im Sinne eines bewussten Prozesses subjektiv nachvollziehbar sein müssen. Das Strafrecht hingegen muss solche Einflüsse, sofern nicht im Sinne eines nicht steuerbaren inneren Zwangs handlungsbestimmend, ausblenden. Nur so kann es die Verantwortlichkeit für Handlungen überhaupt einzelnen Personen zurechnen. Allerdings sollte sowohl im Hinblick auf die Exkulpations- als auch die Einwilligungslösung kritisch hinterfragt werden, ob die Kriterien des Schuldprinzips und der aufgeklärten Einwilligung sinnvoll auf die Beurteilung der Suizidentscheidung angewandt werden können: Denn hier geht es weder um die Zurechnung von Schuld, noch um ein anthropologisch vollständig verstehbares Phänomen, in das eingewilligt werden könnte. Die Frage der Verantwortlichkeit im Hinblick auf die Selbstbestimmungsfähigkeit in der Praxis zu beurteilen, ist wiederum Aufgabe der Psychiatrie, womit ihr in Bezug auf den assistierten Suizid letztendlich eine maßgebliche Rolle bei der Entscheidung zur Beendigung des Lebens zuteilwerden kann. Ihre Aufgabe ist es aber auch und in erster Linie, lebensbejahende Perspektiven zu vermitteln – so wie es die zentralen Kompetenzen der Palliativmedizin berührt, alternative Möglichkeiten der Leidenslinderung anzubieten. Zugleich gilt die (Palliativ-)Medizin als dasjenige Fachgebiet, das die Qualitätskriterien

einer professionellen Suizidbegleitung am ehesten sicherstellen könnte. Gleichwohl darf sie aber nicht unkritisch einem vermeintlichen Dienstleistungsanspruch folgen, sondern muss wie bei jeder anderen medizinischen Entscheidung ethischen Gehalts unabhängig von der moralischen Bewertung individueller Entscheidungen zwischen Autonomie und Fürsorge vermitteln.

Die Perspektiven dieser Fachgebiete bestimmen also hauptsächlich den Diskurs um den freiverantwortlichen Suizid. Die dabei gelegentlich entstehende Unvereinbarkeit ihrer Ansätze ist dabei aber nicht unbedingt auf Schwächen und Fehleinschätzungen der unterschiedlichen Positionen, sondern auf einen mitunter erhobenen Anspruch auf die Deutungshoheit über den freiverantwortlichen Suizid zurückzuführen. Denn möglicherweise wird mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten von ein und demselben Phänomen gesprochen: So kann ein subjektiver Verlust an Lebensperspektiven als Unvereinbarkeit der aktuellen Lebenssituation mit vorbestehenden Zielen und Idealen gedeutet werden, oder aber als situative Einnengung im Rahmen des präsuizidalen Syndroms ausgedrückt werden. Ebenso mag der nach intensiver Auseinandersetzung gefasste Entschluss zum Suizid durch eine gewisse Gelassenheit der Betroffenen den Anschein von Authentizität und Wohlerwogenheit erwecken, dies kann aber auch als sogenannte „Ruhe vor dem Sturm“ nach einer präsuizidalen Phase der Ambivalenz gewertet werden. Ferner mögen depressive Symptome zu einer Einordnung der Entstehung von Todeswünschen im Rahmen einer psychischen Erkrankung führen, sie können aber auch als reaktiv angesichts der Verzweiflung an einem abgelehnten Dasein gedeutet werden.

Letztendlich bleiben viele Perspektiven auf den freiverantwortlichen Suizid theoretische Konzepte, die durch das Bedürfnis, ein möglichst einfaches Raster von Kriterien zu entwickeln, diesem komplexen Phänomen nicht gerecht werden können. Daher ist es Ziel des empirischen Teils dieser Arbeit, von den theoretischen Kategorien zunächst zurückzutreten, um sich den höchstpersönlichen Inhalten des präsuizidalen Entscheidungsprozesses anzunähern.

5. Empirischer Teil: Suizidalität und Autonomie aus der Patient:innenperspektive

5.1 Auswertungsschema für die Interviews

Im Folgenden werden die Auswertungen der im Rahmen der klinisch-ethischen Studie „Suizidalität und Autonomie“ geführten narrativen Interviews in der zeitlichen Reihenfolge ihrer Durchführung dargestellt. Wie in Teil B, Kap. 3 dieser Arbeit erläutert, orientiert sich das Auswertungsschema an der biographischen Fallrekonstruktion nach Gabriele Rosenthal (1995; 2015). In der hier verwendeten modifizierten Form werden zur Einführung jedes Interviews zunächst die sequenziell analysierten biographischen Daten als eine Art „Metaerzählung“ dargestellt. Es folgt die Analyse der Selbstpräsentation, beginnend mit einer stichpunktartigen Skizzierung des Gesprächsverlaufs und einer anschließenden Analyse formaler Besonderheiten der Gespräche. Darauf aufbauend erfolgt die Rekonstruktion der Suizidentcheidung und schließlich die Analyse der Bedeutung von Freiheit und Autonomie sowie eine Einordnung der Haltung zur eigenen Suizidentcheidung.

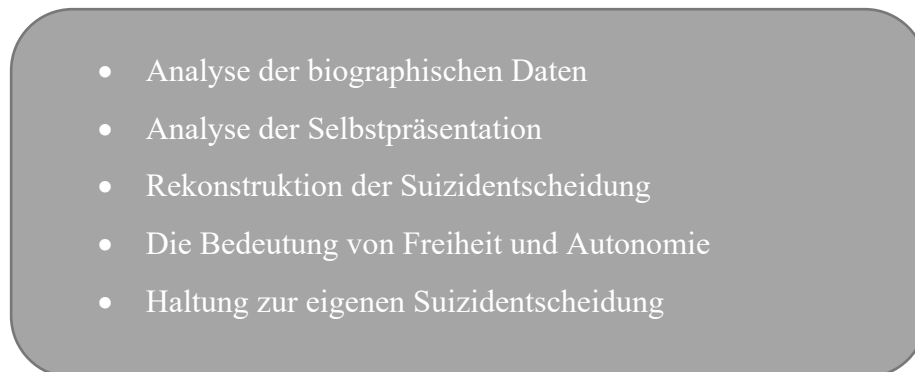


Abbildung 2: Schema für die Interviewauswertung (modifiziert nach Rosenthal 2015: 204)

5.2 Auswertung der Interviews

Frau Dogan

Analyse der biographischen Daten

Frau Dogan ist eine Familienmutter türkischer Abstammung, die seit ihrem 16. Lebensjahr verheiratet ist. Als 18-Jährige bekam sie ihr erstes Kind, das heute 24 Jahre alt ist. Insgesamt hat sie drei Töchter und einen Sohn, die jüngste Tochter ist 12 Jahre alt. Seit etwa drei Jahren gibt es Probleme in der Ehe, die vor etwa einem halben Jahr zur Trennung von ihrem Mann geführt haben. Seitdem lebt sie mit der jüngsten Tochter bei ihrem Bruder, die anderen Kinder blieben beim Vater. Anlass fortbestehender Konflikte trotz der vor mehreren Wochen stattgefundenen Scheidung ist der Kontakt von Frau Dogan mit einem Bekannten, den sie vor einigen Monaten in einer Rehaklinik kennengelernt hat. In den vergangenen drei Jahren hat sie sich aufgrund von chronischen Schmerzen insgesamt viermal solchen stationären Aufenthalten unterzogen. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung fand zwischenzeitlich ebenfalls statt, wurde jedoch von ihr abgebrochen. Sie ist seit 15 Monaten krankgeschrieben; der eigentlich für diesen Monat geplante Wiedereinstieg in den Beruf verzögert sich nun durch den aktuellen stationären Aufenthalt nach ihrem Suizidversuch. Diesen hatte sie im Anschluss an einen erneuten Streit mit dem Exmann mittels Tablettenintoxikation in der Familienwohnung durchgeführt.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

- Einstiegsfrage nach der subjektiven Beurteilung der Ursachen ihres Suizidversuchs. „Es gibt immer verschiedene Gründe – mal Kinder, mal Familie, mal Mann, was...es hängt alles zusammen“
- Seit zwei Jahren „schwierige Zeit“; Unfähigkeit, sich Anderen mitzuteilen
- aktuell: Scheidungsprozess, seit Trennung vor 6 Monaten keine eigene Wohnung, Angst vor Verlust der Arbeitsstelle nach längerer Krankschreibung
- Trennung von den Kindern, die zum Teil noch beim Vater leben

Interner Frageteil:

- Umstände der Trennung? Wurde stets von Ehemann unter Druck gesetzt; Auszug als erstmalige Abgrenzung. Beurteilung als richtige Entscheidung, dennoch schmerzhaft
- Anlass der zur Trennung führenden Eheprobleme: Eifersucht des Ehemanns über ihre Freundschaft zu einem Mitpatienten aus der Rehaklinik
- Situation unmittelbar vor dem Suizidversuch? Streit über diesen Kontakt zum Mitpatienten, den der Ehemann trotz anstehender Scheidung nicht akzeptiert. Unterstellung eines Verhältnisses und Diskreditierung gegenüber ihren Kindern und ihrer Familie; eigene Bewertung des Suizidversuches als Kurzschlusshandlung, Flucht vor Druck und Schmerzen; Durchführung, während Ehemann im Wohnzimmer ist und die Kinder schlafen
- Situation nach dem Aufwachen? Bruder und Mutter anwesend, Schmerzen; auf Nachfrage: froh über Rettung, Kinder brauchen sie
- Selbstvorwürfe? Nicht bzgl. Suizidversuch, ambivalente Schuldgefühle bzgl. Kontakt zum Mitpatienten, der rein freundschaftlich war; Angst, dass der Suizidversuch als Schuldbekennnis gedeutet werden könnte und vor entsprechender Reaktion der Familie; Abwendung der Tochter nach Intrige des Ehemanns.

Externer Frageteil:

- Perspektiven, Neuanfang nach dem Suizidversuch? „kämpfen“, eigene Wohnung suchen, dort mit den Kindern leben, von den Kindern gebraucht zu werden; Distanz zur Großfamilie halten
- bisherige psychotherapeutische Erfahrungen? Seit drei Jahren chronische Schmerzen mit wiederholten stationären Aufenthalten; zudem hatte sie eine ambulante Psychotherapeutin, mit deren Ratschlägen sie sich allerdings nicht identifizieren konnte wie die Verpflichtung des Ehemanns für Abbau der Schulden, die er selbst verursacht hat; die Bedeutung von familiärer Solidarität für Frau Dogan wird nochmals deutlich.

Der narrative Anteil des Interviews mit Frau Dogan ist sehr kurz und beschränkt sich im Grunde genommen auf die zehnzeilige Einstiegserzählung. So wird das Gespräch im Wesentlichen durch unsere Nachfragen strukturiert. Auch dann fällt es Frau Dogan jedoch weiterhin schwer, wieder in einen Erzählfluss zu kommen. Trotz der Kürze der Einstiegsnarration und ihrer eigenen Aussage, dass eben vieles zusammenkomme, spricht sie hier bereits wesentliche, auch im Folgenden wiederkehrende Themen an: Familiäre Konflikte und Scheidung, Krankschreibung, existenzielle Probleme wie das Fehlen einer eigenen Wohnung und die Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes nach der Scheidung. Sie erwähnt zudem ihre Probleme, Gefühle auszusprechen und auch den kurzschlussartigen Charakter ihres

Suizidversuches. Letztendlich werden wir im übrigen Interview auf der expliziten Ebene auch nicht viel mehr Informationen von ihr erhalten.

Nach einer allgemeinen Aussage zu Beginn („Es gibt immer verschiedene Gründe. fff. Mal Kinder, mal Familie, mal Mann, was..., es hängt alles zusammen“) versucht sie zunächst, einen chronologischen Erzählstrang aufzubauen. „Seit ein paar Jahren“ mache sie „halt eine schwierige Zeit durch“. Dieser wird unmittelbar wieder unterbrochen durch die Erklärung, dass sie „nicht direkt sagen kann“, was sie fühle, und deshalb alles in sich hineinfresse. Dies habe sie „mit der Zeit (...) soweit gebracht“ dass sie einfach nur „allein sein wollte“. Anschließend berichtet sie noch von den sie aktuell beschäftigenden Problemen durch Scheidung, Wohnungssuche und ihrer Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes nach langer Krankenschreibung.

Auffällig ist, dass Frau Dogan emotional besonders belastet wirkt, wenn es um ihre Kinder und insbesondere um deren Kontaktabbruch geht. So bricht bei diesem Thema mehrmals ihre Stimme ab und sie beginnt zu weinen. Die Abwendung ihrer Kinder und das eifersüchtige, sie vor der gesamten Familie als Ehebrecherin diskreditierende Verhalten ihres Exmanes tauchen immer wieder im Gespräch auf. Hingegen spricht sie nur in Andeutungen von ihrer Freundschaft zu dem Mitpatienten aus der Reha als konkretem Inhalt der Ehekrise: Sie umschreibt den Kontakt mehrmals mit „diese Sache da“ und spricht nicht explizit an, dass ihr ein außereheliches Verhältnis unterstellt wird. Dies drückt sie jedoch indirekt aus, indem sie uns gegenüber bekräftigt, dass sie lediglich mit dem Bekannten gesprochen und ihn eher wie einen Bruder gesehen habe.

Ausweichend reagiert Frau Dogan auch auf nahezu alle Fragen, die sich auf eine Auseinandersetzung mit den konkreten Motiven ihres Suizidversuchs, den damit verbundenen Emotionen und den Alternativen dazu beziehen. Sie beantwortet derartige Nachfragen mehrmals mit „keine Ahnung“ und dass sie nicht wisse, was sie gedacht oder gefühlt habe. Regelmäßig lenkt sie dann das Thema wieder auf ihre chronischen Schmerzen, die sie nicht mehr ertragen könne. Auch könne sie nicht beantworten, ob sie habe sterben wollen. Allerdings macht sie mit der Bezeichnung als „Schnellreaktion“ wiederholt den kurzschlussartigen Charakter ihres Suizidversuchs deutlich.

Wie im Laufe des Gespräches deutlich wird, ist für Frau Dogan die Klarstellung, dass ein erneuter Suizidversuch für sie als verantwortungsvolle Mutter nicht in Frage kommt, von zentraler Bedeutung. Dabei scheint ihr wichtiger zu sein, dieses Ideal zu verteidigen, als sich von Suizidalität als solcher zu distanzieren. Auch ist die Angst, ihre Kinder zu verlieren, das einzige Motiv für den Suizidversuch, das sie von sich aus nennt. Wenngleich sie es nicht ausspricht, weist dies doch auf ausgeprägte Gewissenskonflikte hin, dass sie mit der Trennung von ihrem Mann auch die Familie verlassen hat. Zumindest zeigt sich eine starke Trauer über das als gescheitert erfahrene Lebenskonzept, eine gute Ehefrau und Mutter sein zu wollen. Der Wunsch nach Anerkennung durch die Großfamilie sowie die Tatsache, dass die Unterstellung eines außerehelichen Verhältnisses einen Tabubruch darstellt, den man nicht einmal auszusprechen wagt, muss auch vor dem Hintergrund ihrer soziokulturellen Prägung durch die muslimische Herkunft gesehen werden. Doch neben diesen explizit vertretenen Werten kommt in ihrem Ausbruch aus einer unglücklichen Ehe der Wunsch nach Unabhängigkeit zum Ausdruck. Sie schließt aus, die Trennung von ihrem Ehemann rückgängig zu machen, und verteidigt den fortbestehenden Kontakt zu ihrem Mitpatienten unter Verweis auf die erfolgte Scheidung.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Frau Dogan hat ihren Suizidversuch im Rahmen einer sich über mehrere Jahre langsam entwickelten Ehekrise durchgeführt. Sie hat sehr jung geheiratet, ihr damaliges Alter von 16 Jahren sowie ihr kultureller Hintergrund weisen darauf hin, dass es sich um eine arrangierte Heirat handelte. Der Beginn ihres Erwachsenenalters fällt zusammen mit der Geburt ihrer Kinder und somit der Übernahme von Verantwortung für eine Familie. Sie entwickelte eine starke Identifikation mit der Mutterrolle und den damit verbundenen Pflichten. Dieses Ideal steht für sie auch nach dem Heranwachsen der Kinder, die heute zwischen 12 und 24 Jahre alt sind, im Vordergrund. Zugleich zog sie sich, von ihrem Mann ständig unter Druck gesetzt, emotional immer mehr aus der Partnerschaft zurück. Unfähig, sich gegen seine Dominanz zur Wehr zu setzen und ihre Gefühle auf andere Weise zu artikulieren, entwickelte sie psychosomatische Beschwerden, deren zeitliche Dauer in etwa mit dem Beginn der Eheprobleme zusammenfällt. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung wurde von ihr zunächst abgebrochen, da sie sich nicht mit einer seitens der Therapeutin empfohlenen Distanzierung von ihrem Ehemann identifizieren konnte. Nach mehreren stationären Behandlungen gelang es ihr schließlich, aus der unglücklichen Ehe auszubrechen. Seitdem lebt sie mit

der jüngsten Tochter bei ihrem Bruder, die anderen Kinder blieben beim Vater. Anlass fortbestehender Konflikte trotz der vor mehreren Wochen stattgefundenen Scheidung ist ihr Kontakt mit einem Bekannten, den sie vor einigen Monaten in einer Rehaklinik kennengelernt hat. Hierunter leidet schließlich auch die Beziehung zu ihren Kindern. Nachdem diese teilweise den Kontakt zu ihr abgebrochen haben, scheint momentan ihr Ideal, eine gute Mutter zu sein, nicht mehr mit dem Wunsch nach Unabhängigkeit von ihrem Mann vereinbar. Die Zerrissenheit zwischen diesen Bedürfnissen kann von ihr wie auch ihre Emotionen im Allgemeinen nicht ausgedrückt werden und führt so letztlich zum Suizidversuch. Diesen führte sie im Anschluss an einen erneuten Streit mit dem Exmann mittels Tablettenintoxikation in der Familienwohnung durch.

Die Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Nachdem ihre Kinder teilweise den Kontakt zu ihr abgebrochen haben, scheint momentan ihr Ideal, eine gute Mutter zu sein, nicht mehr mit dem Wunsch nach Unabhängigkeit von ihrem Mann vereinbar. Warum sie keinen anderen Ausweg als den Suizid sah, kann sie sich ebenso wie die Genese ihrer psychosomatischen Schmerzen nicht erklären, ihre Entscheidung und ihr Handeln erlebte sie jedoch als selbstbestimmt. Dass ihr Verständnis von Autonomie sich in erster Linie auf die Unabhängigkeit von ihrem Ehemann bezieht, zeigt ihre Reaktion auf unsere Frage, ob sie sich bei der Entscheidung zum Suizidversuch frei gefühlt habe. Diese bejaht sie ohne zu zögern, schließlich habe sie „es selbst gemacht“ und “[n]iemand wusste davon.“ Demnach scheint ihr Maßstab für Freiheit sich im Wesentlichen auf die Abwesenheit von Zwang zu beziehen. Allerdings kann die Tatsache, dass das Fehlen von Mitwissenden für sie ebenfalls Teil einer subjektiv freien Entscheidung ausmacht, gewissermaßen als Übernahme von Verantwortung für ihr eigenes Handeln verstanden werden. Es führte jedoch wohl zu weit, hierin eine Identifikation mit ihrem Entschluss zu sehen, zumal sie wiederholt betont, dass sie sich weder vor noch nach dem Suizidversuch mit den Motiven für ihr Tun auseinandergesetzt hat.

Haltung zur eigenen Suizidentscheidung

Aus ihrer aktuellen Perspektive stellt Frau Dogan den Suizidversuch als spontane Kurzschlusshandlung dar. Es habe sich um ein einmaliges Ereignis gehandelt, Suizidgedanken und -impulse kenne sie aus der Vergangenheit nicht. Sie verneint unsere Nachfrage, ob sie

bereits unmittelbar nach der Trennung solche Pläne oder Gedanken hatte, unter Verweis darauf, dass sie damals ihre jüngste Tochter bei sich hatte. In Zukunft wolle sie wieder mehr kämpfen und sich um ihrer Kinder willen „zusammenreißen“. Sie ist sich bewusst, dass sie von ihnen gebraucht wird und sei daher froh, dass der Suizidversuch misslungen ist. Der Suizidversuch scheint für sie also ein Zeichen der Schwäche zu sein, eine moralische Bewertung hinsichtlich eines Suizidverbots oder eines Rechts auf den Suizid nimmt sie aber nicht vor. Ihre Selbstvorwürfe im Hinblick auf den Suizidversuch beziehen sich vor allem auf die Angst, dass dieser von ihren Angehörigen nun als Schuldeingeständnis bezüglich der ihr unterstellten außerehelichen Beziehung gewertet werden könnte. Daher wolle sie sich nun mehr von der Großfamilie und dem Exmann abgrenzen und eine eigene Wohnung suchen, die sie mit ihren Kindern beziehen kann. Sie möchte standhaft in Bezug auf die Trennung bleiben, sich auf die Arbeit und ihre Kinder konzentrieren. Darüber hinaus sei sie bereit, sich aufgrund ihrer chronischen Schmerzen einer psychosomatischen Anschlussheilbehandlung zu unterziehen und auch wieder Kontakt zu ihrer niedergelassenen Psychotherapeutin aufzunehmen.

Zusammenfassend kann Frau Dogans Suizidversuch als misslungene Konfliktlösungsstrategie betrachtet werden. Ein Todeswunsch im eigentlichen Sinne spielte für sie keine Rolle, vielmehr versuchte sie aus der Abhängigkeit einer unglücklichen Ehe auszubrechen. Der Suizidversuch diene damit gewissermaßen als Flucht, um unabhängig sein zu können und nicht mehr von ihrem Ehemann unter Druck gesetzt zu werden. Hier zeigt sich deutlich, dass Autonomie nur aus dem soziokulturellen Kontext heraus verstehbar ist. Ihre Suizidalität entstand im Zuge einer vorübergehenden Krisensituation und steht nicht im Zusammenhang mit einem dauerhaften Scheitern ihres Lebenskonzepts und Selbstbildes als fürsorgliche Mutter.

Frau Schmidt

Analyse der biographischen Daten

Frau Schmidt verbrachte infolge der Tuberkuloseerkrankung ihrer Mutter die ersten acht Jahre ihres Lebens als Pflegekind und in verschiedenen Kinderheimen. Anschließend lebte sie bis zum Ende ihrer Schulzeit in einem Kinderdorf. Nach Abschluss der Hauswirtschaftsschule arbeitete sie zunächst für ein Jahr im dortigen Haushalt und absolvierte im Anschluss daran eine Ausbildung als Krankenpflegehelferin, erkrankte jedoch unmittelbar an Tuberkulose und konnte den Beruf nicht mehr ausüben. Nach einer Phase der Arbeitslosigkeit hielt sie sich zunächst mit Gelegenheitsjobs in der Bäckerei, einer Reinigung und einem Discounter über Wasser. Schließlich war sie 28 Jahre lang bei einem Transportdienst für Menschen mit geistiger Behinderung angestellt, 25 Jahre davon in leitender Position.

Ende der achtziger Jahre heiratete sie ihren mittlerweile verstorbenen Mann. Die Ehe führte zum Kontaktabbruch ihres Familien- bzw. Freundeskreises, dennoch hielt sie über 13 Jahre bis kurz vor seinem Tod. Er starb durch einen Sturz aus dem Fenster in suizidaler Absicht, nachdem er in Folge einer Trennung des Paares eine psychotische Episode entwickelt hatte und daraufhin in der geschlossenen Psychiatrie untergebracht worden war.

Frau Schmidt entwickelte daraufhin zunächst bulimische, im Verlauf ebenfalls autoaggressive und suizidale Verhaltensweisen. Bisher führten ihre psychischen Probleme zu zwei stationären Klinikaufenthalten, der erste erfolgte nach dem Tod des Ehemannes und der zweite stellte wohl eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund von Rückenproblemen dar. Letztere waren dann zusammen mit ihrem seelischen Zustand auch Anlass für eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit auf fünf Stunden täglich vor drei Jahren und führten schließlich zu ihrer Frühberentung nach einem Bandscheibenvorfall. Als 48-jährige Frau hat sie jedoch Probleme, sich mit ihrem Ruhestand abzufinden.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

- Narrationseinstieg: Beginn mit traumatischer Kindheit. Tuberkuloseerkrankung der Mutter, Vernachlässigung und Misshandlung durch Pflegeeltern, Jugend im Kinderheim/ Kinderdorf mit sehr autoritären Erziehungsmaßnahmen.
- Beruflicher Werdegang bis zur Frühberentung

- Krankheit und Suizid des Ehemannes; Bericht von ihrer schwierigen Ehe mit dem psychisch kranken Partner und ihren Ängsten, durch die von ihr initiierte Trennung die Psychose ausgelöst zu haben, die schließlich in seinem Suizid endete. Aufopferung in der Ehe neben starkem Engagement in der Arbeit, wo es zu Mobbing und Gehässigkeiten seitens der Pflegeleitung kam. Aufgrund der seelischen Belastung Reduktion der Arbeitszeit, schließlich Frühberentung nach einem Bandscheibenvorfall.

- nun sei sie ein nervliches Wrack, könne nicht mehr arbeiten, habe genug und wolle „heute noch gehen“ von „da herunter“; erste Äußerung ihres Wunsches nach medizinischer Suizidassistenten.

interner Frageteil:

- frühere Suizidversuche, Alternativen zum Suizid? knappe Information zu früheren Versuchen (durch Hungern oder Erfrieren sowie Tablettenintoxikationen) u.a. selbstverletzendem Verhalten

selbstverletzendem Verhalten - Übergang in Exkurs zur autoritären Erziehung und Misshandlungen im Kinderheim als Erklärung, warum sie schon lange „kaputt“ sei und stets Angst habe, was sich seit dem Suizid des Ehemanns noch verstärkt habe.

- Alternativen/ Wunsch nach Unterstützung? Fehlender Lebensinhalt nach dem Tod des Ehemanns, mit ihren 48 Jahren könne sie keine Erwartungen mehr an die Zukunft stellen; Resignation. Mangel an zwischenmenschlichen Beziehungen, da nach der Berentung die letzten sozialen Kontakte wegbrachen; Exkurs: Unerfülltes Bedürfnis nach Bezugsperson/ Freundschaft

- Darstellung der ambivalenten Beziehung zur Pflegemutter, an der sie immer noch hängt und in deren Schuld sie sich fühlt. Erneute Beschreibung, wie sehr ihre heutigen Empfindungen und Verhaltensweisen immer noch von der Heimkindheit geprägt sind: „ich bin so hart geworden! Ich bin nur noch ein harter Kloß!“. Auf eine Psychotherapie und die Mitpatienten könne sie sich nicht einlassen, denn sie habe keine Kraft mehr, Neues zu lernen. Die geschlossene Unterbringung betrachtet sie als Buße, die sie für ihren Suizidversuch tun muss. Sie sieht keinen Platz für sich im Leben, mit dem Rentnerinnendasein könne sie nicht umgehen.

- Nachfrage zum aktuellen Suizidversuch: Detaillierte Beschreibung des Suizidversuches mittels Tablettenintoxikation/ Erfrieren. Rettung durch Ehepaar, Ärger darüber, dass der Versuch misslungen ist. Erneute Bezweiflung ihrer Daseinsberechtigung als Rentnerin, Äußerung des Wunsches nach medizinischer Lösung für ihre psychischen Probleme.

- Exkurs über manisches Verhalten ihres Ehemanns und Vorwürfe/ Drohungen ihr gegenüber nach seinem Tod seitens seiner Familie. Schuldgefühle/ Selbstvorwürfe.
- Frage zur Entwicklung ihrer Suizidpläne: Die ersten Suizidversuche habe sie noch auf den Tag genau geplant und die Zeit davor ritualähnlich gestaltet, es sich „gutgehen lassen“, sich sogar dunkel gekleidet. Mittlerweile dränge jedoch die „pure Wut“ jegliche Planung in den Hintergrund. Wenn sie dann wieder aufwache, sei sie enttäuscht und habe Angst vor den Folgen ihres Handelns.
- Angst vor der Reaktion der wenigen Bezugspersonen, die ihr noch bleiben, Bedürfnis nach Freundschaft und sozialen Beziehungen, Resignation/ Hoffnungslosigkeit, dass sie dies in ihrem Alter noch aufbauen kann; Exkurs zu Freundschaften mit Mitpatientinnen, die sie im Rahmen von früheren Klinikaufenthalten kennengelernt hat; Belastung durch deren psychische Probleme, über die sie aufgrund ihres eigenen „Helfersyndroms“ nicht wegsehen könne; tragfähige Freundschaft zu einer Sozialpädagogin
- Thematisierung ihres Widerwillens gegen die Therapiegruppen auf ihrer aktuellen Station der toxikologischen Abteilung, sie fühle sich bestraft.
- Nachfrage zu ihrem Wunsch nach Suizidassistenten, den sie wieder bejaht, erneuter Exkurs zu den Problemen mit der Emotionsregulation und dem Kontrollverlust über ihr selbstzerstörerisches Verhalten. Auf Nachfrage Klärung, dass sie also nicht wirklich sterben, sondern in erster Linie ihre Wut kontrollieren und in Ruhe gelassen werden will.

externer Frageteil:

- Perspektive einer Psychotherapie? Diese lehnt sie eigentlich eher ab, das sei doch „wieder eine Kopfgeschichte“, bei der ihr „hundertachtzig Sachen irgendwie eingetrichtert“ würden.
- Beschwichtigung, dass es zwar eine „Kopfgeschichte“, aber keine Hirnwäsche sei; Frau Schmidt äußert daraufhin erstmals ihre Bereitschaft, sich doch noch einmal auf eine Therapie einzulassen – schließlich habe sie durch die aktuelle Auszeit die Möglichkeit, etwas zur Ruhe zu kommen. Sie äußert nochmals den Wunsch, ihre diversen Schuldgefühle loszuwerden.

→ Gesprächsabschluss.

Frau Schmidt strukturiert ihre Geschichte zunächst streng chronologisch, beginnend mit ihrer Geburt und frühen Kindheit. Anschließend erzählt sie von ihrer Heimkindheit, ihrem beruflichen Werdegang, ihrer Ehe sowie schließlich ihrer kürzlich erfolgten Frühberentung. Zusammenfassend beenden der Verlust ihrer Kräfte (ihre „Nerven liegen blank“, sie sei ein „nervliches Wrack“) und ihres Lebensmutes mit dem Wunsch, zu sterben, ihre einleitende

Erzählung: Sie wolle „heute noch gehen“. Diese entspricht somit gewissermaßen einem knappen Überblick zum zeitlichen Ablauf ihres Lebens bis zu ihrem heutigen Alter von 48 Jahren. Auffällig ist der Beginn mit ihrer traumatischen Kindheit, nicht mit dem Suizidversuch selbst oder der Lebensphase unmittelbar davor. Auch den Suizidversuch ihres Ehemannes, den sie selbst als Ausgangspunkt ihrer eigenen suizidalen Entwicklung betrachtet, erwähnt sie im Rahmen ihrer chronologischen Einstiegsnarration erst an der entsprechenden Stelle ihrer Lebenserzählung. Dies mag schlicht an dem chronologischen Aufbau als für eine Biographie gut passende Erzählform liegen. Es kann aber auch bedeuten, dass Frau Schmidt uns darlegen möchte, dass sie von Beginn an schwierige Ausgangsbedingungen hatte, gegen die sie Zeit ihres Lebens angekämpft hat und nun diesen Kampf aufgibt. Man könnte das chronologische Erzählen als solches auch als Selbstdeutung einer Autobiographie, die durch ihren schicksalhaften Verlauf zwangsläufig in einer suizidalen Entwicklung münden musste, verstehen. Des Weiteren suggeriert ein chronologisches Erzählen, dass die vollständige Lebensgeschichte wiedergegeben wird und uns keine Lebensphasen oder wichtige Details vorenthalten werden.

Sie macht in ihrer Haupterzählung keine Pausen, muss nicht zum Weitererzählen angeleitet werden und scheint keine Probleme zu haben, das Erlebte zu erinnern. Auch auf unsere Nachfragen im internen Frageteil lassen sich leicht Anschlussnarrationen generieren. Sie schmückt ihre Erzählung mit kleinen Anekdoten aus ihrem Leben aus, wie zu den manischen Phasen ihres Ehemannes, der paranoiden, zwanghaften Erkrankung einer Freundin oder dem merkwürdigen Verhalten von Mitpatient:innen in früheren stationären Aufenthalten in der Psychiatrie. Wesentliche Themenkomplexe wiederholen sich mehrmals und führen immer wieder zu Exkursen. Dies sind beispielsweise ihre Traumatisierung durch die Heimkindheit und die Probleme, ihre durch die autoritären Erziehungsmaßnahmen („Zucht und Ordnung“ seien ihr „eingetrichtert“ worden) geprägten restriktiven Verhaltensmuster abzulegen. Weitere solcher Themen sind ihre damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Selbstfürsorge: Sie habe das „Helfersyndrom“ und kümmere sich mehr um andere als um sich selbst. Zunehmend verliere sie auch die Kontrolle über ihre impulsiven Emotionen. Zudem vermisst sie zwischenmenschliche Beziehungen und sie hat die Hoffnung aufgegeben, solche nochmals aufbauen zu können. Zentrale Lebensereignisse, auf die sie immer wieder zurückkommt, sind der Suizid ihres Ehemannes und die damit verbundenen eigenen Schuldgefühle, sowie die Sinnkrise und der Verlust an Lebensinhalt nach ihrer Frühberentung und das damit verbundene Gefühl der fehlenden sozialen Resonanz.

Frau Schmidt ist beim Erzählen sichtlich emotional beteiligt, wenngleich sie nicht weint oder traurig wirkt. Vielmehr berichtet sie sehr aufgebracht und man merkt ihr an, wie bei gewissen Themenkomplexen die Wut sie wieder erfasst und in die damalige Situation zurückversetzt. Dies ist besonders der Fall, wenn sie über ihre Heimkindheit spricht oder über die Schicksals- und Rückschläge, die sie verwinden musste. Meist führt dies dann wiederum zurück zur Thematisierung ihres Wunsches, zu sterben. Dies betont sie mehrmals im gesamten Gespräch, auf unsere Nachfrage zu ihrem aktuellen Suizidversuch schildert sie diesen ausgesprochen detailliert. Auch hier steht wieder der Kontrollverlust über ihre Affekte im Vorfeld des Suizidversuchs im Vordergrund mit der Unmöglichkeit, einen klaren Gedanken zu fassen. Beim Gedanken an ihre Wut und Verzweiflung in der betreffenden Situation scheint ihre Anspannung besonders anzusteigen, als würde alleine das Erinnern ihrer damaligen Gefühlslage sie wieder vollständig in diese hineinversetzen. Auf unsere Interventionen, beispielsweise dass sie nicht schuld am Tod ihres Ehemanns ist und dass es doch noch Perspektiven geben könnte, reagiert sie gereizt. Unsere Versuche, ihren Abwertungen der eigenen Person Wertschätzendes entgegenzusetzen, scheint sie schwer annehmen zu können und wehrt diese mitunter verärgert ab. Dies verdeutlicht den emotionalen Anteil ihrer Entschlossenheit zum Suizid.

Auffällig ist, dass Frau Schmidt ihre biologische Familie kaum erwähnt. Wir erfahren lediglich, dass nach ihrer Heirat ihre „Seite abgesprungen“ ist. Sie scheint mindestens zwei Schwestern zu haben: So erzählt sie, dass sie in der frühen Kindheit mit ihrer „zweitjüngsten“ Schwester bei einer Pflegefamilie untergebracht war, dies bleibt jedoch die einzige Information. Auch ob sie ihre Mutter nach deren Genesung jemals wiedergetroffen hat bzw. ob diese an Tuberkulose verstorben ist, bleibt unklar. Diese ausbleibende Thematisierung mag durch den o.g. Kontaktabbruch bedingt sein, könnte aber ebenso bedeuten, dass sie von ihren Geschwistern getrennt aufgewachsen ist und schon früh den Kontakt verlor. Zu ihrer ehemaligen Pflegemutter besteht nach wie vor Kontakt, die Beziehung ist ambivalent: „Also ich mag meine Kinderdorf mama schon gern, aber sie – sie hat mich als Kind schon kaputt gemacht.“ Ihre damaligen autoritären Erziehungsmaßnahmen macht Frau Schmidt für ihre heutigen restriktiven Verhaltensmuster mitverantwortlich. Andererseits habe die „Pflegemama“ sie nach dem Suizid ihres Mannes sehr unterstützt, Frau Schmidt fühlt sich „in ihrer Schuld“ und glaubt darüber hinaus, sie „ausgesaugt“ zu haben. Als eine weitere Bezugsperson nennt sie eine Sozialpädagogin, die sie bei einem Aufenthalt in der Psychiatrie

kennengelernt hat. Diese sei eine Freundin geworden, habe allerdings vor kurzem selbst ihren Ehemann verloren, weshalb Frau Schmidt meint, sie nicht mit ihren Problemen belasten zu können.

Frau Schmidt äußert ein starkes Bedürfnis nach einer zwischenmenschlichen Beziehung, um weiterleben zu können – diese Beziehung müsse jedoch privater und nicht professioneller Natur sein: „Ich brauche ganz dringend einen Menschen, aber keinen Betreuer oder so“. Tatsächlich opfere sie sich stattdessen stets für andere Menschen auf: „Ich komm mir vor wie ein Ballon, der noch an zwei Polen hängt – Frau Meier¹⁴² und die Mama. Einer springt jetzt noch ab, dann hab ich bloß noch einen von – (Pause) und komischerweise, ich denk immer – ich denk immer an andere Menschen, nie an mich. Zuerst müssen die anderen drankommen.“ Sie betont, wie sie sich um ihren Mann gekümmert habe, der durch seine psychische Erkrankung eher ihr Kind denn ihr Partner gewesen sei. Sie besteht zwar auf ihrer Überzeugung, dass sie allein durch die Trennung die letztlich zu seinem Tod führende akute Psychose ausgelöst hat, auch wenn sie keine Schuld an der zugrunde liegenden seelischen Erkrankung hat. Es scheint ihr jedoch sehr wichtig zu sein, uns zu vermitteln, dass sie ihren Mann auch nach der Trennung nicht alleine gelassen hat. Man erkennt ein Stück weit ihr Bedürfnis, ihre Schuldgefühle erleichtern zu können und nicht verurteilt zu werden. Dies lässt auf eine weiterhin vorhandene starke Belastung durch die Vorwürfe der Familie ihres Ehemannes rückschließen, auch weil sie uns gegenüber Wert darauflegt, dass sie sich nie scheiden lassen wollte.

Auch bei Bekanntschaften im Rahmen ihrer früheren Psychiatrieaufenthalte habe sie die Rolle einer ZuhörerIn und fürsorglichen MentorIn übernommen. Die Betroffenen seien dankbar über die Zeit gewesen, sie selbst habe aus diesen Freundschaften jedoch wenig für sich herausziehen können. Die an sich positive Eigenschaft einer empathischen, hilfsbereiten Person wertet sie jedoch unmittelbar wieder als „Helfersyndrom“ ab. Dieses sei ihr eben durch „Zucht und Ordnung“ im Kinderheim „eingetrichtert“ worden. Das Gefühl, eine Aufgabe zu brauchen um die eigene Daseinsberechtigung anzuerkennen, sei somit seit der frühen Kindheit tief in ihr verankert, sie sei unfähig sich davon zu distanzieren und überfordere sich dadurch zugleich häufig selbst. Die häufigen Exkurse auf die Prägung durch ihre

¹⁴² gemeint ist eine befreundete Sozialpädagogin, deren Name aufgrund der Pseudonymisierung hier geändert wurde.

Heimkindheit deuten darauf hin, dass Frau Schmidt ihr aufbrausendes Verhalten rechtfertigen, aber auch ihre Wut und ihren Frust über die ihr genommenen Möglichkeiten loswerden möchte. Sie weist wiederholt auf die erlittenen Schicksalsschläge hin und betont, dass sie die Wahrheit sagt. Wichtig ist ihr auch, dass sie trotz dieser Schicksalsschläge niemals vom rechten Weg abgeraten ist und weder jemals Alkohol- noch Drogenprobleme hatte. Die Strenge ihrer Kinderdorfmutter habe sie vor der schiefen Bahn bewahrt, sie zugleich aber auf emotionale Weise „kaputtgemacht“. Sie sei nur noch „ein harter Kloß“ und habe gar nichts Liebenswertes mehr an sich.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Frau Schmidt musste sich Zeit ihres Lebens einer harten Wirklichkeit stellen, bereits ihre frühe Kindheit ist geprägt von Verlusten und Traumatisierungen. Sie wuchs ohne Kernfamilie als „Heimkind“ auf. Nach der Erkrankung ihrer Mutter an Tuberkulose war sie zunächst in einem Säuglingsheim untergebracht und kam anschließend in eine Pflegefamilie, wo sie vernachlässigt und misshandelt wurde. Von dort gab man das verwahrlost aufgefundene Kleinkind in zwei weitere Kinderheime, ihre Jugend verbrachte sie in einem Kinderdorf. Trotz dieser deutlich erschwerten Ausgangsbedingungen gestaltete sich ihr Lebenslauf in beruflicher Hinsicht erstaunlich linear. Sie erarbeitete sich eine Anstellung in leitender Position und war dort viele Jahre tätig, die Arbeit scheint ihr einen Halt gegeben zu haben, der ihr an anderer Stelle fehlte.

Nach den frühen Traumatisierungserfahrungen würde man zudem eine Frau erwarten, die auch als Erwachsene Schwierigkeiten hat, Beziehungen aufzubauen und andere Menschen an sich heranzulassen. Tatsächlich bewahrheitete sich dies nur insofern, als Frau Schmidt durchaus problematische, konfliktreiche Beziehungen führt. Diese sind jedoch eng und dauerhaft. Selbst zu ihrer damaligen Kinderdorfmutter pflegt sie im Erwachsenenalter weiter Kontakt, obwohl sie noch immer unter den Folgen von deren rigorosen Erziehungsmaßnahmen leidet. Mittlerweile ist sie jedoch ein Pflegefall und geistig nicht mehr in der Lage, Frau Schmidt bei der Bewältigung ihrer Probleme zu unterstützen.

Zu ihrer biologischen Familie wie auch ihrem früheren Freundeskreis hat sie keinen Kontakt mehr. Dieser brach ab, als sie entgegen der Vorbehalte ihrer Angehörigen ihren mittlerweile verstorbenen Mann heiratete. Die Ehe hielt trotz dieser Ausgangsbedingungen und der

Belastung durch die Tatsache, dass ihr Mann durch seine wiederkehrenden manischen Phasen mehr ein zu versorgendes Kind denn einen Partner für sie darstellte, über 13 Jahre. „Wir hätten beide Hilfe gebraucht“, sagt Frau Schmidt heute. Jene Unterstützung von außen blieb jedoch aus und sie unternahm den Versuch, durch eine Trennung auf Zeit Distanz für sich zu schaffen. Diese an sich selbstfürsorgliche Geste konnte sie jedoch nicht für sich nutzen, sondern kümmerte sich weiter um ihren Ehemann. Dessen psychischer Zustand hatte sich im Zuge der Trennung verschlechtert, der dadurch ausgelöste Ausbruch einer akuten psychotischen Episode führte zu seiner stationären Unterbringung in der Psychiatrie. Erst hier erfuhr sie von der Krankheit ihres Mannes als Ursache für sein auffälliges Verhalten und den damit verbundenen Schwierigkeiten im Zusammenleben. Nach zwei Wochen Aufenthalt in der Psychiatrie nahm er sich dort das Leben, indem er aus einem Fenster der Klinik sprang.

Nach dem Suizid ihres Ehemannes wurde ihr von seinen Angehörigen die Schuld dafür gegeben. Anstatt Wertschätzung und Anerkennung für ihre Aufopferung erfuhr sie nun neben ihrer eigenen Trauer Ablehnung, Vorwürfe und sogar Drohungen. Frau Schmidt verlor zunehmend die Kontrolle über ihre psychischen Kompensationsmechanismen, es traten bulimische und selbstverletzende Verhaltensweisen sowie erste suizidale Handlungen auf, indem sie ihren Tod durch Verhungern und Erfrieren zu erzwingen versuchte. Im Verlauf kam es zu mehreren misslungenen Suizidversuchen mittels Tablettenintoxikation, wie es auch aktuell der Fall war. Bisher führten ihre psychischen Probleme zu zwei stationären Klinikaufenthalten, der erste erfolgte nach dem Tod des Ehemannes und der zweite aufgrund von Rückenproblemen. Ein Bandscheibenvorfall führte schließlich zu ihrer Frühberentung. Damit fiel ihre Arbeit als derjenige Bereich, der ihr bisher Kontinuität und Stabilität gewährleistet hatte, weg. Frau Schmidt betont wiederholt, dass sie im Leben eine Aufgabe brauche, weshalb sie der Verlust derselben umso härter traf. Nun brach zudem ihr letztes Umfeld weg, sie sah sich allein gelassen mit ihren Emotionen und konnte diese weder kanalisieren noch sich durch die Notwendigkeit, ihren Alltagsverpflichtungen nachzugehen, von ihnen ablenken. So schwand ihre bisherige Standhaftigkeit immer mehr und wich der Verzweiflung angesichts all ihrer enttäuschten Hoffnungen.

Die Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Während Frau Schmidt uns schildert, wie sie durch Selbstwirksamkeit und Fleiß ihr Leben auch unter deutlich erschwerten Bedingungen zu lenken wusste, erlebt sie sich ihren

unkontrollierbaren Emotionen gegenüber als hilflos ausgeliefert. Obschon sie auch rational-bilanzierende Gründe wie den Verlust ihrer Aufgabe und somit ihrem Platz im Leben nach der Frühberentung sowie den unerfüllten Wunsch nach zwischenmenschlichen Beziehungen anbringt, beschreibt sie ihr suizidales Handeln als in erster Linie bestimmt von extremen Affekten. Sie könne sich dann weder steuern noch rational überlegen und es wäre ihr am liebsten, von niemandem angesprochen zu werden. Auf alternative selbstregulative Maßnahmen könne sie in ihrer „größten Wut“ nicht zurückgreifen.

Mit der Frage, ob sie sich bei der Entscheidung „frei oder getrieben“ gefühlt habe, scheint Frau Schmidt wenig anfangen zu können. Obschon sie ihren Suizidversuch als Kontrollverlust über ihre Verzweiflung darstellt, fordert sie in gewisser Weise ihre Autonomie ein, wenn sie sich gegen die geschlossene Unterbringung wehrt, wütend Therapiegruppen verlässt und das Recht auf assistierten Suizid auch für psychisch Kranke einfordert. So begründet das Scheitern, ihrer Unfähigkeit zur Emotionsregulation etwas anderes als autodestruktives Verhalten entgegenzusetzen, für sie zugleich einen Anspruch auf den Suizid als Anerkennung ihres ausweglosen Leidens. Jegliches in Frage stellen ihres Sterbewunsches scheint sie als Unverständnis und nicht ernstnehmen unsererseits zu empfinden.

Auf das Thema ärztlich assistierter Suizid kommt sie bereits früh im Interview von sich aus zu sprechen: Sie hat sich in der Presse darüber informiert und empfindet es als ungerecht, dass diese Option nur körperlich Kranken zur Verfügung steht. Sie erhofft sich davon einen schmerzfreien und komplikationslosen Tod, um so ihre „grausamen Selbstmordversuche“ zu vermeiden. Auf die Frage, ob sie dies als Hilfe betrachten würde, antwortet sie allerdings: „Neeein, aber ich würde es halt gerne in Anspruch nehmen!“. Letztlich geht es ihr aber – wie wir auf Nachfrage klären können – nicht primär darum, zu sterben, sondern ihre Wut loszuwerden und ihren extremen Emotionen zu entkommen. Dafür spricht auch, dass sie bei der Frage nach früheren Suizidversuchen parasuizidale Gesten wie bulimische und selbstverletzende Handlungen neben schweren, konkret geplanten Suizidversuchen nennt. Zudem äußert sie den Wunsch, die „Medizin wäre schon so weit, dass sie psychisch Kranken wirklich mal helfen“ könnte. Damit meint sie eindeutig therapeutische, lebensbejahende Möglichkeiten. Dafür spricht auch das im Laufe des Interviews immer wieder auftauchende unerfüllte Bedürfnis nach zwischenmenschlichem Beziehungsaufbau. Die Forderung nach ärztlicher Suizidassistenz scheint also in erster Linie aus dem Mangel hieran entstanden zu sein. Allerdings betont sie auch, dass die von ihr ersehnte Freundschaft privater und auf

keinen Fall professioneller Natur sein dürfe. Letztlich bleibt also ein Vakuum, das momentan allein durch therapeutischen Beziehungsaufbau für sie nicht auszufüllen ist.

Haltung zur Suizidentscheidung

Frau Schmidt erlebt den Aufenthalt auf der geschlossenen toxikologischen Intensivstation als Bestrafung für ihren misslungenen Suizidversuch. Sie ist wütend über die Faktoren, die ihn letztlich scheitern ließen. Ihretwegen müsse sie nun „Buße“ tun für den „Schmarrn“ und „Scheiß“, den sie angerichtet hat. Zwar sei sie den Menschen, die ihr in der Situation halfen, dankbar für deren Unterstützung, nicht aber „fürs Leben“. Mit den Therapieangeboten in der Psychiatrie kann sie wenig anfangen, sie sei zu hart für solch „zarte Sachen“ und nicht mehr bereit, sich auf etwas einzulassen, das man neu erlernen muss. Neben ihrem Frust über die aktuelle Situation befürchtet sie jedoch auch, ihre befreundete Sozialpädagogin und ihre Pflegemutter mit ihrem erneuten suizidalen Einbruch zu belasten und zu enttäuschen. Dieser Andeutung, dass sie selbst für andere Personen wertvoll sein könnte, hält sie jedoch unmittelbar entgegen, dass andere Menschen eben „nicht mit sowas konfrontiert“ werden möchten. Sie wollten „ja alle nur das Positive“ sehen und nicht „irgendwo auf eine Beerdigung müssen“. Ihr Leiden unter dem Mangel an Einbindung in ein sie stützendes soziales Umfeld und dem Fehlen echter Freundschaften kommt immer wieder zum Ausdruck. Zwar stellt sie den Suizidversuch als Kontrollverlust über ihre Verzweiflung dar, innerhalb dieser Situation identifiziert sie sich jedoch weiterhin damit. Subjektiv bedeutet der Suizid für sie die einzige Möglichkeit, ihr hilfloses Ausgeliefertsein gegenüber ihren Emotionen zu unterbrechen.

Zusammenfassend wird im Gespräch mit Frau Schmidt die Bedeutung emotionaler Faktoren für die Entschlossenheit zum Suizid besonders deutlich. Zugleich besteht eine Ambivalenz zwischen dem Drang, „heute noch“ sterben zu wollen und dem eigentlich leben wollen im Sinne des Wunsches, geliebt zu werden. Die Frustration angesichts der Nichterfüllung dieses emotionalen Bedürfnisses führt zur subjektiven Alternativlosigkeit und dem damit verbundenen Todeswunsch. Angesichts ihres als ausweglos empfundenen Leidens an diesem emotionalen Frustrations- und Verzweiflungszustand fordert Frau Schmidt ärztliche Suizidassistenten auch für psychisch kranke Menschen.

Frau Roth

Biographische Daten

Frau Roth wurde als Säugling von ihrer leiblichen Mutter nach der Geburt zunächst in ein Heim gegeben, mit sechs Jahren wurde sie dann von Pflegeeltern aufgenommen und von ihnen großgezogen. Das Ehepaar hatte selbst drei leibliche Kinder, der jüngste Sohn wuchs mit Frau Roth zusammen auf. Seine beiden älteren Geschwister waren zu diesem Zeitpunkt bereits ausgezogen. Zu ihrem Pflegevater, der heute im Seniorenheim lebt, hat sie noch regelmäßig Kontakt; zum Pflegebruder nur gelegentlich. Die Pflegemutter ist 2004 verstorben. Ihre leibliche Mutter hat noch drei weitere Kinder, eine Schwester kam nach dem Tod der Mutter als 34-Jährige ebenfalls zu Frau Roths Pflegefamilie. Der leibliche Vater ist nicht bekannt.

Frau Roth hat selbst zwei Söhne. Das erste Kind stammt aus einem nichtehelichen Verhältnis mit einem Mann, von dem sie sich kurz nach der Geburt distanziert hatte, das Kind gab sie zunächst zu ihren Eltern. Vierzehn Jahre nach dem ersten Kind kam 1998 ihr zweiter Sohn zur Welt. Seinen Vater und ihren jetzigen Ehemann hatte sie ein Jahr bevor sie schwanger wurde geheiratet. Die Entbindung verlief kompliziert, wohl aufgrund eines Kopf-/Beckenmissverhältnisses, zudem musste ein Dammschnitt vorgenommen werden. Postpartal entwickelte Frau Roth eine Wochenbettdepression, diese erkannte sie jedoch lange Zeit nicht als solche und suchte daher erst nach zwei Jahren einen Arzt auf. Heute leidet Frau Roth weiterhin an einer phasenweise remittierenden chronischen Depression, zudem durchlebte sie eine Episode von Alkoholabusus mit dreimonatiger stationärer Entwöhnungsbehandlung. Seit einem Jahr ist sie nun abstinent.

Frau Roth ist seit ihrem 17. Lebensjahr berufstätig. Ihr Ehemann ist im Sicherheitsdienst angestellt, Frau Roth selbst arbeitet seit 30 Jahren als Reinigungskraft auf der Intensivstation des örtlichen Klinikums. Sie berichtet, dass es in ihrem dortigen Kollegium zu einem Suizid gekommen ist. Ihre eigene, aktuelle suizidale Entwicklung habe in den vergangenen vier bis fünf Wochen eingesetzt. Diese fallen zeitlich zusammen mit einem Absetzversuch der Antidepressiva durch ihre ambulante Psychotherapeutin. Daraufhin war es zu einer akuten Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen, während eines zweiwöchigen

Urlaubs der Psychotherapeutin kam es schließlich zu dem Suizidversuch mit Frostschutzmittel und Ameisengift.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

- Narrationseinstieg: Spontaner Beginn der Erzählung während des Aufklärungsgesprächs: Unzufriedenheit mit ihrer ambulanten Psychiaterin, die ihre Notlage nicht adäquat erkannt und die Verschlechterung der depressiven Symptomatik nach Absetzen ihres Antidepressivums unterschätzt habe.

Interner Frageteil:

- Nachfragen zu ihrer Krankengeschichte in Bezug auf die Depression: Beginn während des Wochenbetts nach der Geburt ihres zweiten Kindes; Informationen zu ihrer familiären Situation und ihren Partnerschaften.

- erschwerte Ausgangsbedingungen ihres Lebens, Vermutung von Traumatisierungen in ihrer frühen Kindheit, Aufwachsen bei einer Pflegefamilie.

- auf unsere Frage, ob sie mit ihrem Mann über Probleme sprechen könne, folgt die erste eigentliche narrative Passage: Mit den Jahren habe er gelernt, mit ihrem Alkoholproblem ebenso wie mit ihrer Depression umzugehen. Erneute Thematisierung der Vorwürfe gegenüber ihrer Therapeutin.

- Fragen zur unmittelbaren Situation und der Methode ihres Suizidversuches, der Motive und ihrer präsuizidalen Vorstellung von den Konsequenzen ihres Suizids führen zur nächsten narrativen, plädoyerähnlichen Sequenz: „Die Praxis schaut“ in ihren Augen „anders aus“ als eine intellektuelle Auseinandersetzung mit dem Thema. Die Phase vor ihrem Suizidversuch sei geprägt gewesen von ständigen irrationalen Angstzuständen, sie habe sich diese selbst nicht erklären können und sich gefragt, ob sie „jetzt narrisch oder sonst was“ sei. Beschreibung einer immer stärker werdenden Kraftlosigkeit, so dass sie es kaum noch geschafft habe, ihren Alltag zu bestreiten.

- Rückhalt durch ihren Mann und ihr Arbeitsumfeld; Bedeutung ihrer Kinder als Grund, weiterzuleben. All das habe sie nicht mehr sehen können und nur ihrer Kraftlosigkeit entfliehen wollen, den Tod habe sie als Erlösung verstanden.

externer Frageteil:

Diskussion der Themen Entscheidungsfreiheit und Recht auf Selbstbestimmung, Suizidasistenz sowie Alternativen und positiven Perspektiven für die Zukunft.

Der Beginn unseres Interviews kommt als ein fließender Übergang aus dem Aufklärungsgespräch zustande, während dessen Frau Roth bereits die Unzufriedenheit mit ihrer ambulanten Psychiaterin thematisiert. Es ist ihr anzumerken, wie aufgebracht sie über den Vertrauensbruch ist, als den sie den Urlaub der Therapeutin empfindet. Es folgen Fragen von unserer Seite zur Einordnung der Depression in ihrer Krankengeschichte sowie zu ihren Lebensumständen zur Zeit des erstmaligen Auftretens. Als wir anschließend um eine Schilderung ihrer subjektiven Interpretation der biographischen Entstehung ihrer Suizidentwicklung bitten, beginnt sie chronologisch mit der Trennung von ihrer Mutter im Säuglingsalter. Sie vermutet den Ursprung ihrer depressiven bzw. suizidalen Entwicklung also am ehesten durch ihre frühkindlichen Traumatisierungen begründet, betont jedoch mehrfach, dass sie „keine Erinnerungen“ an die Zeit vor ihrem 6. Lebensjahr habe und „nur aus Erzählungen“ wisse, „was damals passiert ist“. Diese Selbstdeutung scheint ein eher rationales denn emotionales Erklärungsmodell zu sein, sie fragt sich: „hab ich so viel mitgemacht, dass ich das verdräng?“ Beim Zuhören entsteht zwar nicht vordergründig der Eindruck, dass dieses Schicksal sie heute weiterhin belastet, zugleich wird aber ein allgemeines Gefühl der Verlassenheit deutlich, ausgelöst beispielsweise durch den Urlaub der Therapeutin.

Die nächste narrative Sequenz thematisiert wieder ihre aktuelle depressive Episode. Sie erzählt von dem mit den Jahren gewachsenen Verständnis ihres Ehemannes für ihre Krankheit. Die wiederholt abgebrochenen und wieder neu begonnenen Sätze machen deutlich, dass es auch ihr selbst schwerfällt, ihre Situation in Worte zu fassen: „Das ist – ich sag mal: Das kommt auf den Tag, oder...das...ahm – wenn man sowas macht, das kann man nicht beschreiben! Das fängt vielleicht mit dem Tag an, wie du aufstehst, zum Beispiel. Das ist...Zeit...ich weiß nicht, wie ich es erklären soll.“

Die Konfrontation mit der eigenen Hilflosigkeit führt sie erneut zum Thema Wut auf ihre Therapeutin, die ihre professionelle Verpflichtung versäumt und ihre Notlage nicht erkannt habe: „da red ich halt mit der Frau Doktor, also, da versteh ich sie auch nicht ganz, wie – wahrscheinlich hat sie das nicht kapiert, dass es mir wirklich schlecht gegangen ist. Sie hat das wahrscheinlich unterschätzt! Und dann bin ich immer so – zweimal bin ich hingegangen: Es wird nicht besser! Dann sagt sie: Jetzt gehen wir zuerst, jetzt geh ich in den Urlaub, und dann sehn wir weiter, so ungefähr. Aber das...das hat sie irgendwie unterschätzt, oder – wenns halt gar nicht besser wird, und – hat sie die Gefahr, oder – kennt sie mich noch nicht, oder – da muss ich reden!“ Die häufigen Satzabbrüche und Ausrufe bringen hier sehr

deutlich zum Ausdruck, wie ausgeliefert und aufgebracht Frau Roth sich fühlt und wie sehr es sie nach wie vor beschäftigt, in ihrer Verzweiflung alleingelassen worden zu sein.

Dass es Frau Roth wichtig ist, von professioneller Seite gehört und verstanden zu werden, manifestiert sich plädoyerähnlich in einer weiteren narrativen Sequenz. Auf unsere Frage, ob sie sich mit einer Vorstellung vom Leben nach dem Tod auseinandergesetzt habe, antwortet sie: „Ihr seid Doktor, oder Professor, aber die Praxis schaut anders aus. Entschuldigung, dass ich das sag, ich möchte da nicht, ah, aber ich bin halt so ein Mensch – Sie möchten ja hören, wie ich denke.“ Sie habe von „früh bis spät immer nur Angst“ selbst vor den alltäglichsten zwischenmenschlichen Kontakten gehabt. Zwar habe sie gespürt, dass ihre Angst „nicht normal“ sei, diese aber „auch nicht begreifen können, da hab ich Angst, dass ich meinen Mann in der Arbeit anruf! Der tut mir doch nichts!“ Erneut ist sie angesichts der Erinnerung an ihre Hilflosigkeit aufgebracht, was sie einmal mehr zum Thema Wut auf ihre Therapeutin hinleitet: „Ich war wirklich – ich war am Ende! Sonst – hätt ich das mit Sicherheit nicht gemacht. Und da muss ich sagen, da hat mir meine Doktorin auch nicht geholfen!!“

Frau Roth erzählt größtenteils sachlich, ruhig und bestimmt. Emotional wird sie jedoch an zwei Punkten: Wenn ihre Wut über die fehlende Unterstützung durch ihre Psychotherapeutin zum Ausdruck kommt, und wenn sie weint, als sie von der ersten Reaktion ihres Sohnes auf ihren Suizidversuch erzählt. Beide Themen scheinen für sie letztlich Schlüsselerlebnisse ihrer suizidalen Entwicklung zu sein: Den Urlaub ihrer Therapeutin zu einem Zeitpunkt, zu dem sie deren Hilfe gebraucht hätte, empfindet sie als ein im Stich gelassen werden, das ihren Suizidversuch als nunmehr unaufhaltsamen Prozess ins Rollen brachte. Die Aussage ihres Sohnes, dass er sie doch als Mutter brauche, kommt wiederum als Schlüsselerlebnis zum Tragen, das ihr nach dem Suizidversuch einen Perspektivenwechsel und damit den Grund zum Weiterleben ermöglicht. Zuvor hatte sie nur eine immer lähmendere Kraftlosigkeit wahrnehmen können, die für ihre Depression steht. Als ihre unmittelbare suizidale Entwicklung beschreibt sie die fünf Wochen Kampf im Vorfeld ihres Suizidversuches. Dieser stellt schließlich das Mittel dar, den immer unerträglicher werdenden täglichen Kampf gegen die Kraftlosigkeit – beide Begriffe tauchen immer wieder zur Symbolisierung ihrer Depression auf – zu beenden. Aktive Todeswünsche im eigentlichen Sinne benennt sie nicht. Einzelheiten zum Suizidversuch selbst erfahren wir nur durch gezielte Fragen, auf die wir eher knappe Antworten erhalten.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Da Frau Roth keinerlei Erinnerungen an ihre frühe Kindheit hat, vermutet sie traumatische Erfahrungen während der ersten Lebensjahre, die sie nach der frühen Trennung von ihrer leiblichen Mutter in einem Heim verbrachte. Stabilität setzte mit ihrem sechsten Lebensjahr ein, als sie von Pflegeeltern aufgenommen und von ihnen großgezogen wurde. Dort sei es ihr gut gegangen, auch wenn sie es als sensibles Kind mit Brille und ohne leibliche Eltern auf dem Land „mit Sicherheit nicht leicht gehabt“ und „schon auch zum Kämpfen gehabt“ habe. Sie sei zwar „eigentlich schon hart im Nehmen“, habe aber aufgrund ihrer Sensibilität lange Zeit vieles in sich hineingeschluckt. Die Pflegeeltern seien liebevoll mit ihr umgegangen, auch mit deren leiblichen Kindern habe sie sich gut verstanden. Nach erschwerenden Ausgangsbedingungen machte sie demnach in ihrer Jugend insgesamt ebenso positive wie stabile Beziehungserfahrungen. Auch heute pflegt sie zu Teilen der Pflegefamilie weiterhin Kontakt. Ob dies auch bei ihrer leiblichen Mutter der Fall war, erfahren wir nicht. Diese hat jedoch noch drei weitere Kinder bekommen, eine Schwester kam nach dem Tod der Mutter ebenfalls zu Frau Roths Pflegefamilie. Die Tatsache, dass sie weitere Kinder bekam und diese bei sich behielt, wird Frau Roth sicher verletzt haben. Möglicherweise hatte sie sich zu diesem Zeitpunkt aber auch bereits als festes Mitglied der neuen Familie identifiziert und in dieser Rolle zurechtgefunden.

Ihr eigenes erstes Kind stammt aus einem nichtehelichen Verhältnis mit einem Mann, von dem sie sich kurz nach der Geburt distanziert hatte, weil die Beziehung nicht ihren Vorstellungen entsprach. Zunächst gab auch sie ihren ersten Sohn zu ihren Pflegeeltern, nahm in später jedoch wieder zu sich. Heute ist sie verheiratet, aus dieser Partnerschaft stammt ein weiterer Sohn. Nach seiner Geburt trat erstmals ihre depressive Erkrankung in Form einer Wochenbettpsychose auf, die jedoch erst zwei Jahre später als solche diagnostiziert wurde. Mittlerweile nimmt sie seit mehreren Jahren, zwischenzeitlich auch aufgrund eines Alkoholproblems, therapeutische und medizinische Unterstützung in Anspruch. Die aktuelle Episode stellt allerdings die erste Phase in ihrem Leben dar, in der sie unter Suizidgedanken litt.

Trotz ihrer frühkindlichen Trennungserfahrungen hat Frau Roth heute ein tragfähiges soziales Netz aufgebaut. Ihr Ehemann scheint gelernt zu haben, mit ihrer depressiven Erkrankung umzugehen und unterstützt sie darin. Von ehelichen Problemen berichtet Frau Roth nicht, vielmehr wirkt die Beziehung stabil und unterstützend. So war es auch ihr Mann, den

sie in der hochakuten Verzweiflungsphase unmittelbar vor dem Suizidversuch anrufen wollte und der sie – nachdem er ihren Intoxikationsversuch bemerkt hatte – ins Krankenhaus brachte. Dennoch betont sie, dass sie ihm nie von ihrem Vorhaben hätte erzählen können. Dies begründet sie jedoch nicht mit einem Mangel an Vertrauen, sondern damit, dass sie dies als eine Art Erpressung empfunden hätte. Ähnliches gilt auch für ihre Kollegen: Zwar beschreibt sie ein gutes Arbeitsklima, das ihr den Beruf angenehm macht. Sie mag ihre Arbeit und fühlt sich in ihrem beruflichen Umfeld wohl, in diesem Rahmen über ihre seelische Not zu berichten hätte sie jedoch als unpassend, als zu intim, empfunden.

Die Wochen vor ihrem Suizidversuch erlebte sie als geprägt von einer immer stärker werdenden Kraftlosigkeit, sie habe kaum ihren Alltag überstanden. Diese trat nach einem Absetzversuch der Antidepressiva durch ihre ambulante Psychotherapeutin auf. Diese erkannte ihre Notlage jedoch nicht adäquat und modifizierte ihr Therapiekonzept trotz der von Frau Roth mehrfach artikulierten Verschlechterung nicht. Das abwartende Procedere empfand sie als Bagatellisierung ihrer Notlage. Als die Therapeutin darüber hinaus auch noch ihren Urlaub kündigte und offenbar keine Vertretung anbot, erlebte Frau Roth dies als ein nunmehr hilfloses Ausgeliefertsein gegenüber ihrer Depression. Gequält von einer rational nicht erklärbaren, ständig vorhandenen Angst sei jeder Tag ein Kampf für sie gewesen, dem sie schließlich nicht mehr gewachsen war. Diese Kumulation von Angst, Kraft- und Hilflosigkeit entluden sich dann in einem spontanen, methodisch nicht geplanten Suizidversuch mit Frostschutzmittel und Ameisengift. Ein aktiver gedanklicher Entscheidungsprozess im Sinne einer Abwägung habe hingegen nicht stattgefunden; dafür hätte sie gar keine Kraft gehabt. Diese Kraftlosigkeit als immer wieder auftauchendes Hauptmotiv für den Suizidversuch und der Suizid als Mittel zur Beendigung dieses Zustands waren für sie letztlich logisch miteinander verbunden. Die Krankheit hatte sie unfähig, sich selbst zu helfen – sich dem Suizidimpuls entgegenzustellen – gemacht.

Die Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Anders als bei ihrem Bedürfnis, in Bezug auf ihre depressive Erkrankung die Verantwortung an die professionelle Seite abgeben zu können, kommt in ihrer Lebensgeschichte ein Bild von einer selbständigen Frau zum Ausdruck. Sie sei stets eine „starke Frau“ gewesen, habe „in gewisser Weise“ ihr „Leben selbst entschieden“ und nie von einem Mann abhängig sein wollen. Vom Vater ihres ersten Kindes hatte sie sich kurz nach dessen Geburt getrennt, weil

sie das Verhältnis nicht als „Beziehung, so wie sie eigentlich sein sollte“, empfand. Dass sie nach der Heirat mit ihrem heutigen Ehemann ihre Arbeit nicht aufgab, bedeutet für sie ebenfalls Selbstständigkeit. Sie schätzt ihre Berufstätigkeit und legt Wert darauf, finanziell unabhängig zu sein. Obschon sie eine eindeutige Krankheitseinsicht hat und die Entscheidung als aus der Depression heraus entstanden betrachtet, betont sie wiederholt, dass sie diese „schon bewusst“ getroffen habe. In unserem Gespräch wird deutlich, dass für Frau Roth in verschiedenen Lebensbereichen Unabhängigkeit und Selbstbestimmung eine unterschiedliche Bedeutung haben:

In den für ihre Selbstbestimmung als Frau wesentlichen Schritten vertrat sie stets ihre Ideale und ihren Anspruch, nach diesen zu leben, radikal als Grundlage ihrer Entscheidungen: „wenn ich auf mein Leben zurückblicke, eigentlich hab ich – so seh ich das, in gewisser Weise mein Leben selber entschieden. Im Grunde genommen ist es ja so. Viele Entscheidungen selber getroffen, früher.“

Andererseits treten beim Umgang mit ihrer Erkrankung ein mitunter hilfloses Verhalten hervor: Wie giftig das Ethylenglykol ist, könne man nicht wissen, „weils nicht draufsteht“; dass sie erst zwei Jahre nach dem postpartalen Auftreten der depressiven Symptomatik einen Arzt konsultiert habe, begründet sie damit, dass sie ja nicht habe wissen können, „was das ist“. Zudem macht sie für den aktuellen Suizidversuch die Abwesenheit ihrer Therapeutin verantwortlich. Die Frage, ob sie sich von dieser auch in die Psychiatrie hätte einweisen lassen, bejaht sie, andererseits betont sie, dass sie unter den gegebenen Umständen ihre persönliche Entscheidung respektiert wissen möchte. Sie möchte also unabhängig ihr Leben gestalten, sich im Umgang mit ihrer Krankheit jedoch auf professionelle Unterstützung verlassen können.

Auf die Frage, ob sie glaubt, im Rahmen der Depression eingeengt gewesen zu sein oder fähig gewesen war, anders zu entscheiden, antwortet sie: „Daran denkt man nicht“, sie habe dafür „gar keine Kraft gehabt.“ Andererseits betont sie auch, dass der Suizidversuch ihre Privatangelegenheit sei und: „Über mein Leben entscheide immer noch ich, was ich tue. Das ist meine Meinung. Nur ich.“ Sie sieht ihren Suizidversuch auf Nachfrage zugleich als freien Entschluss innerhalb von Umständen, die ihr keine Alternativen aufgezeigt hätten: „Das ist eine schwierige Frage. Da kommen so viele Emotionen zusammen, und die Krankheit...“.

In diesem nicht ganz eindeutig scheinenden Selbstverständnis von Autonomie kommen in Bezug auf die freie Verantwortlichkeit der Entscheidung gewissermaßen zwei Arten von Freiheit zum Tragen: Aufgrund der Depression fühlte sich Frau Roth unfrei, insofern als sie mangels Kraft nicht weiterleben konnte. Sie hätte sich professionelle Hilfe gewünscht und gebraucht, um ihr Leben wieder frei gestalten zu können. Da diese nicht erreichbar war, entschied sie sich zum Suizid – und wollte bei dieser letzten Entscheidung auch nicht von außen in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt werden. Das Thema ärztlich assistierter Suizid bringt sie nicht von sich aus ein, sie scheint sich auch bisher nicht damit auseinandergesetzt zu haben. Dennoch wird ihre Haltung dazu indirekt in ihrer ganz klaren Einforderung von professioneller Unterstützung beim Kampf gegen die Depression deutlich. Auf die von uns aufgegriffene Frage, was sie davon hält, antwortet sie spontan: „Da fällt mir ein Gebot ein: Du sollst nicht töten...“, Sterbehilfe lehne sie ab.

Haltung zur Suizidentscheidung

Frau Roth ist zwar zum Zeitpunkt unseres Gesprächs nicht mehr suizidal, steht jedoch weiterhin hinter ihrer Entscheidung. Die Frage, ob sie nach dem Aufwachen im Krankenhaus dankbar war, verneint sie und antwortet: „Ich muss halt ehrlich sagen: Das war halt schon bewusst, was ich da gemacht hab.“ Auf der anderen Seite weint sie beim Gedanken an die Reaktion ihres Sohnes, die ihr sehr nahegegangen sei und erst bewusst gemacht habe, was ihre Kinder ihr bedeuten. Auch ist sie motiviert, sich stationär behandeln zu lassen und zusehends, diese Hilfe annehmen zu können. Rückblickend beschreibt Frau Roth ihren suizidalen Entscheidungsprozess ausgehend von einem Rezidiv ihrer Depression, die sie als eine immer unerträglicher werdende Kraftlosigkeit und Angst wahrnahm und die jeden Tag zu einem Kampf für sie machte. Da professionelle Hilfe für sie nicht erreichbar war, erschien der Suizid ihr einziger verbleibender Ausweg. Sie habe den Kampf beenden wollen und den Tod als Erlösung angesehen, Fantasien von einem Leben danach habe sie jedoch nicht gehabt: „wenn ich tot bin, bin ich tot“.

Die Verantwortung für ihre suizidale Entwicklung sieht sie eindeutig im Verhalten ihrer Therapeutin, von der sie sich im Stich gelassen fühlt. Dagegen macht sie ihren privaten Bezugspersonen keinerlei Vorwürfe. Auch weist sie die Vorstellung zurück, dass sie sich ihnen hätte anvertrauen können. Es stehe ihr nicht zu, von Laien Hilfe in einer solchen Krisensituation zu verlangen. Sie hätte dies angesichts deren fehlenden Fachwissens als wenig

zielführend, aber auch als unanständig empfunden. Im Nachhinein wird ihr dennoch die Bedeutung ihrer Beziehungen, insbesondere der eigene Wert als Mutter, bewusst: Ihre Kinder brauchen sie und vermitteln ihr Lebensfreude, die wiederum einen ganz wesentlichen Grund zum Weiterleben für sie darstellt. Dies habe sie im Vorfeld nicht wahrnehmen können: „Da denkt man nicht mehr an andere! Da denkt man nur an sich“.

Zusammenfassend wird im Gespräch mit Frau Roth deutlich, mit welcher Ambivalenz Autonomie und Freiheit im Suizid auftreten: Als Unfreiheit im Sinne von depressionsbedingter Suizidalität, aufgrund deren sich die Patientin eigentlich nichts sehnlicher wünscht als professionelle Hilfe. Wenngleich sich selbst im präsuizidalen Entscheidungsprozess alles andere als frei erlebend, so besteht sie zugleich entschlossen auf ihrer Freiheit als einem Recht, über sich selbst zu entscheiden. Dieser Anspruch, über das eigene Leben verfügen zu können, geht für sie allerdings nicht so weit, bei dieser Form der Freiheitsausübung Unterstützung seitens Dritter zu befürworten.

Frau Färber

Biographische Daten

Zum Zeitpunkt unseres Gesprächs befindet sich Frau Färber, eine 29-jährigen Patientin, in ihrer nunmehr vierten suizidalen Phase. Ihre erste depressive Episode trat um das 15.-16. Lebensjahr in zeitlichem Zusammenhang mit einem vorübergehenden Absinken ihrer Schulleistungen in der Mittelstufe auf. Mit achtzehn folgte ein erneuter depressiver Einbruch. Nachdem ihre Eltern einen Abschiedsbrief fanden, veranlassten sie eine Einweisung in die Psychiatrie. Nach ihrem Schulabschluss begann Frau Färber mehrere Ausbildungs- bzw. Studiengänge, die sie jedoch wieder abbrach. Schließlich studierte sie Sozialpädagogik, währenddessen wohnte sie in einer katholisch geprägten ländlichen Region bei einer Familie zur Untermiete. Während des Studiums besuchte sie über einen Zeitraum von 1 bis 2 Jahren eine ambulante Psychotherapie. Insgesamt wurden auch mehrere Therapieansätze mit verschiedenen Antidepressiva, unter anderem Trevilor, Citalopram und Fluoxetin, versucht. Einige Monate nach ihrem Studienabschluss fand sie ihre erste Anstellung als Sozialarbeiterin in einem Rehabilitationszentrum für psychisch kranke Menschen, nach dem Umzug dorthin wohnte sie alleine in einem Appartement.

Als aktuelle psychiatrische Diagnosen sind bei Frau Färber eine rezidivierende mittelgradige Depression sowie eine Borderline-Persönlichkeitsstörung bekannt. Kurz vor ihrer aktuellen suizidalen Krise hatte sie sich einer sechswöchigen stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik unterzogen. Eine Besserung blieb jedoch aus und es folgte der Suizidversuch mit einem Cocktail aus Neuroleptika, Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Anti-brechmittel. Sie informierte ihren momentanen Partner und wurde daraufhin von ihm ins Krankenhaus gebracht.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

Narrationseinstieg: Es war nicht der erste Suizidversuch, vielmehr leide sie seit der Pubertät an Identitätsstörungen und habe sich nie richtig zugehörig gefühlt. Es kam wiederholt zu Krisen mit psychotherapeutischer Behandlung, sie brach mehrere Studiengänge ab, absolvierte schließlich jedoch ein Studium der Sozialpädagogik.

- Sie habe sich im Leben nie richtig zurechtgefunden, der Kontakt zu Gleichaltrigen sei ihr immer schwergefallen. Einsamkeit im Studium, die sich während der Bachelorarbeit verstärkte durch noch seltenere soziale Kontakte
- nach dem Abschluss unkomplizierter Berufseinstieg, nach einigen Anfangsschwierigkeiten Zugewinn an Selbstsicherheit. Sie fühlte sich wohl im Team und mit den Klient:innen, so dass sie diesen Zeitraum auch im Nachhinein als ein gutes Jahr betrachtet
- Zugleich hatte sie in dieser Zeit noch weniger private Kontakte als im Studium und litt unter ihrem unerfüllten Wunsch nach einer Partnerschaft.

Interner Fragenteil:

- bisher hatte sie nur Beziehungen zu Männern, die sie eigentlich abgewertet habe; dagegen habe sie andere angehimmelt, die sie nicht bekommen konnte; Partnerschaft als subjektiv einzige Möglichkeit, mit ihrer Einsamkeit umzugehen
- Schilderung der Umstände des ersten Suizidversuchs als reaktiv im Rahmen einer Selbstwertkrise nach einer lange ersehnten Gewichtsabnahme, die trotz Schlankheit nicht zu den gewünschten sozialen Kontakten bzw. einer Partnerschaft führte
- erste depressive Episode in der Mittelstufe und Einbruch ihrer Schulleistungen, mit Unterstützung von Familie und Freunden gelang ihr jedoch der Abschluss.

- Umstände und Motive ihrer Suizidversuche; Wahl die Methode der Intoxikation mit Medikamenten, um Schmerzen und Anzahl der Beteiligten zu minimieren; stark bilanzierende Darstellung: Ihr junges Alter bedeute nur noch längeres Leid, zumal es in den vergangenen zwanzig Jahren nichts gegeben habe, das lohnenswert gewesen sei.

Externer Fragenteil:

- Fragen nach Identifikationsgegenständen und positiven Seiten am Leben. Frau Färber sieht keine Kompensationsmöglichkeit für ihr unerfülltes Privatleben und kann allgemein dem Leben wenig Schönes und Freude abgewinnen

- Fragen zur präsuizidalen Entscheidungsphase, ihrer Vorstellung vom Tod bzw. dem Zustand danach. Beschreibung von Resignation und Verzweiflung bis zum Entschluss; dann Erleichterung, aber auch Trauer um ihr Scheitern und Angst, nicht auf den Tod vorbereitet zu sein; schlechtes Gewissen ihren Eltern gegenüber; Zurückweisung unserer Einwände, dass letzteres auf ihr Bewusstsein des eigenen Wertes als Mensch hindeute.

- Erwartungen seitens ihrer Eltern, positive Erfahrungen durch Wertschätzung im Beruf.

- Frage zu bisherigen Psychiatrieaufenthalten, die teilweise positiv bewertet werden, ihrer Erfahrung nach jedoch „kaum übertragbar auf das reale Leben“ seien.

- Auf unsere Frage zur Freiheit im Suizid hin bezeichnet Frau Färber den Tod für sich als „eine absolute Befreiung“, der ihr „diese ganzen Zwänge, und Anforderungen, Ansprüche, Erwartungen“ nähme. Auch in ihrer Entscheidung habe sie sich frei gefühlt, da sie ja auch hätte „weiter machen können“.

- Gleichgültigkeit gegenüber der Möglichkeit, dass ja evtl. doch noch etwas Schönes für sie bereitstehe; denn „das ganze Schlechte würde“ sie dann ja „auch nicht erleben.“ Da sie ohnehin allenfalls ein mittelmäßiges Leben zu erwarten habe, lohne es sich nicht zu kämpfen

- anhaltendes Minderwertigkeitsgefühl gegenüber anderen Menschen, das alle positiven Aspekte verdrängt

- Frau Färber betrachtet EXIT als „die perfekte Lösung“ ihrer Situation, ihrer Meinung nach „sollte auch für psychisch Kranke die Möglichkeit bestehen“

- Fragen zu bisheriger medikamentöser Therapie ihrer Depression; Bereitschaft, eine antidepressive Dauermedikation akzeptieren zu können. Medikamente könnten ihr aber allenfalls „den Zugang wieder eröffnen“, ihre Probleme ließen sich dadurch nicht lösen. Mangel an Anerkennung und positiver Resonanz bei Gleichaltrigen als ihr Grundproblem

- Aufgabe der Hoffnung, jemals eine erfüllende Partnerschaft haben zu können, Informationen zu früheren Kontakten mit Männern, aktuell Beziehung zu einem verheirateten Mann

- Fragen zu ihrer Einschätzung der Freiheit beim Suizid. Betrachtung ihrer Entscheidung als eine freie mit entsprechendem Anspruch, von Außenstehenden beim Suizid unterstützt zu werden. Allerdings sollte es sich dabei nicht um Angehörige, sondern um professionelle Sterbehelfer:innen handeln
- es folgen einige Fragen zu ihren psychiatrischen Diagnosen rezidivierende mittelgradige Depression und Borderline Persönlichkeitsstörung und ihrer aktuellen Beziehung, die sie nicht loslassen kann. Sie betont nochmals, wie wichtig ihr die Anerkennung von Autonomie und freier Entscheidung ist, und dass sie eine alleinige Deutung des Suizids im Zuge der Depression für einseitig hält.
- Gesprächsabschluss.

Das Interview besteht aus einem vergleichsweise geringen narrativen Anteil und geht nach einem ebenfalls kurzen internen Fragenteil in ein Gespräch bzw. den externen Fragenteil mit großem Diskussionsanteil über. Frau Färber beginnt ihre Einstiegserzählung mit „Ahmm...da muss ich erstmal ein bisschen überlegen“. Es folgt jedoch unmittelbar eine geschlossene Erklärung für ihre suizidale Entwicklung: „also es ist - ahm - war nicht der erste Suizidversuch, es war - es ist eigentlich so, dass ich, ahm, ja so seit dem Ende der Kindheit, Anfang der Pubertät sozusagen eigentlich immer Probleme hatte, mich nie so richtig zugehörig gefühlt habe, nie so richtig - ahm - am richtigen Ort in dieser Welt, in dieser Gesellschaft, einfach mal so grob gesagt (...)“. Diese Selbstdeutung wird auch das gesamte restliche Gespräch über zentrales Thema bleiben. Sie beginnt also nicht mit einer Narration, die ihre suizidale Entwicklung sukzessive aus biographischen Details heraus begründet oder die unmittelbaren präsuizidalen Umstände beschreibt. Gleich zu Beginn der Narration stellt sie klar, dass dies nicht ihr erster Suizidversuch war und kommuniziert uns damit zugleich, dass es sich nicht um eine vorübergehende Krise handelt.

Auf die initiale Selbstdeutung folgt eine chronologische Passage: „- und, ahm, ja - hab trotzdem mit vielen Auf und Ab's immer irgendwie weitergemacht, also hatte auch schon ganz viele therapeutische und stationäre oder ambulante Behandlungen, hab schlußendlich mein Abitur in [...] ¹⁴³ gemacht, verschiedene Sachen zu studieren angefangen, hab dann in [...] Sozialpädagogik studiert und das auch zu Ende gemacht [...]“ Nach der Unterbrechung durch die Frage, ob es sich um eine kirchliche Einrichtung handelt, beantwortet diese knapp und

¹⁴³ aus Gründen der Anonymisierung werden keine Ortsnamen genannt

lenkt dann wieder auf ihren Erzählstrang zurück, in welchem sie von ihrem beruflichen Werdegang auf der einen Seite und ihrem Frust über ein subjektiv misslungenes Privatleben berichtet.

Das Gespräch geht anschließend relativ rasch in den internen Frageteil über, in dem auf unsere Nachfragen hin knappe Anschlussnarrationen zum Thema unerfüllter Wunsch nach einer Partnerschaft und ihren bisherigen Beziehungen erfolgen. Als nächstes Thema werden die Umstände ihrer Suizidversuche aufgegriffen. Interessant ist hier, dass sie die Frage, wie viele Suizidversuche sie vor dem aktuellen durchgeführt habe, mit „Drei, glaub ich“ beantwortet. Die bisherigen Ansätze seien jedoch „eigentlich gar nicht zur Ausführung gekommen“, indem sie noch rechtzeitig „gescheitert“ bzw. „verhindert“ worden seien. Damit meint sie, dass ihr keine Schlafmittel rezeptiert wurden oder ihre Eltern den Abschiedsbrief fanden, bevor sie begonnen hatte ihre Pläne in die Tat umzusetzen. Dennoch bezeichnet sie diese Pläne als Suizidversuche und nicht als Suizidvorhaben. Dies lässt vermuten, dass sie mit einer entsprechenden Anzahl an tatsächlichen Versuchen nochmals die Ernsthaftigkeit und Kontinuität ihres Todeswunsches unterstreichen will. Dieser bleibt das gesamte Interview ein wesentliches Thema, den Suizid stellt sie uns gegenüber als ihre einzige akzeptable Alternative dar. Sie bleibt dabei auf einer sachlichen und emotional distanzierten Darstellungsebene und weist Gegenargumente bestimmt zurück. Besonders Versuche, ihre Probleme im Rahmen der allgemeinen Schwierigkeiten einer heranwachsenden jungen Frau oder der selektiv negativen Wirklichkeitswahrnehmung im Rahmen einer Depression zu deuten, scheinen sie zu verärgern. Sie signalisiert dann jeweils, sich nicht ernst genommen zu fühlen.

Frau Färber kommt immer wieder darauf zurück, dass die schlechten Seiten gegenüber ihren positiven Erfahrungen bei Weitem überwiegen. Die grundlegende Botschaft, die sie uns vermitteln möchte, ist die negative Gesamtbilanz ihres bisherigen Lebens und die fehlenden Aussichten auf zukünftige Besserung dieser Situation. Es ist ihr wichtig, dass dies nicht als Symptom einer Depression stigmatisiert wird, sondern als ihr individuelles Schicksal und ihre persönliche, selbstbestimmte Entscheidung ernst genommen wird. Weitere sich häufig wiederholende Themenkreise sind ihr unerfüllter Wunsch nach einer Partnerschaft, der sich als ein auf alle Lebensbereiche erstreckendes Gefühl der Einsamkeit und Überzeugung über die eigene Minderwertigkeit und Unterlegenheit darstellt. Auf die Frage, ob sie vor dem Suizidversuch über die Reaktion ihrer Angehörigen nachgedacht habe, antwortet sie, dass sie dies zwar getan, zugleich aber auf das Verständnis ihrer Eltern gehofft habe. Sie fügt

hinzu, dass sie zwar nur wenigen Menschen etwas bedeute, sie aber genau diejenigen verletze. Aus diesem Grund verneint sie auch einen Racheaspekt als Motivation für den Suizid: Den Menschen, bei denen sie sich gerne rächen würde, wäre ihr Tod egal; dagegen würde sie nur diejenigen, denen sie etwas wert ist, verletzen. Auf die Entgegnung, dass dies ja ein Bewusstsein über ihren Wert als Person impliziert, weicht sie eher aus und wertet diesen Aspekt ab. Es sei ihr nicht genug, von den Eltern geliebt zu werden und ersetze nicht ihr Bedürfnis nach einer erfüllten Partnerschaft. Ihre aktuelle Beziehung zu einem verheirateten Mann habe zwar durchaus eine Rolle in ihrer präsuizidalen Entwicklung gespielt, indem er „auch zu dieser Ausweglosigkeit geführt, oder dazu beigetragen“ hat. Als wesentliche Komponente habe er die Entscheidung aber nicht mitbestimmt.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Seit ihrer Jugend kämpft Frau Färber mit Selbstwertproblemen und dem subjektiven Mangel an Zugehörigkeit zu Gleichaltrigen. Dies hatte in den vergangenen Jahren bereits wiederholt zu konkreten Suizidplänen geführt. Obschon bisher nie zur Ausführung gekommen, hatten diese bereits mehrere ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen zur Folge. Im Zentrum der Todeswünsche stand stets ihr tiefer Wunsch nach einer Partnerschaft und die Hoffnungslosigkeit, dass dieser jemals in befriedigender Weise in Erfüllung gehen könne.

Sie datiert das Auftreten der ersten suizidalen Gedanken auf die Übergangsphase zwischen Kindheit und Pubertät zurück. Sie berichtet von ihrer ersten depressiven Episode in der Mittelstufe mit Verschlechterung der Schulleistungen, sozialer Isolation und Gewichtsproblemen, aus der sie durch die Motivierung und Unterstützung seitens ihrer Eltern und einiger Schulfreunde wieder herausgefunden habe. Trotz solcher tragfähigen Beziehungen habe sie sich nicht zugehörig gefühlt, da diese Menschen „alle ihr eigenes Leben“ gehabt hätten, während sie ihres dagegen als inhaltslos und sich selbst als unterlegen empfunden habe. Mit achtzehn verliebte sie sich in ihren damaligen Fitnesstrainer, sie begann Gewicht abzunehmen und erlebte eine euphorische Phase. Sie legte ihre Zuneigung jedoch nie offen und die Liebe blieb unerwidert. So wertete sie diesen „Höhenflug“, geprägt durch das Verliebtsein und die damit verbundene Überwindung ihrer Essstörung, im Nachhinein als nur „in der Einbildung“ existent ab, da es trotz erlangter körperlicher Attraktivität nicht zur erhofften Partnerschaft kam. Damit sei ihre letzte Hoffnung zerstört worden, die eigenen Interaktionsschwierigkeiten mit äußerlicher Attraktivität lösen zu können. Es folgte ein erneuter

depressiver Einbruch, ab der Oberstufe wurden die Suizidgedanken dann konkreter. Unmittelbaren Auslöser stellte die bevorstehende Abschlussklassenfahrt dar, die zwangsläufig damit verbundene Nähe zu Gleichaltrigen wollte sie durch den ohnehin geplanten Suizid vermeiden. Dies führte erstmals zu dem Plan, sich mit einer Überdosis Schlafmittel umzubringen. Diese wurden ihr jedoch nicht rezeptiert, zudem fanden ihre Eltern den Abschiedsbrief und veranlassten eine Einweisung in die Psychiatrie. Dort lernte sie ihren ersten Freund kennen, die Beziehung hielt wohl nicht besonders lange und wurde schließlich von ihm beendet. Wenngleich sie ihn nicht geliebt habe, sei sie doch „völlig verzweifelt“ darüber gewesen. Über die Umstände ihrer zweiten Partnerschaft erfahren wir nicht wesentlich mehr, sie war jedoch wohl von längerer Dauer als die vorangegangene.

Gegen Ende ihres Studiums der Sozialpädagogik traten trotz zweijähriger ambulanter psychotherapeutischer Begleitung und medikamentöser antidepressiver Einstellung mit dem Prüfungsstress erneute Suizidgedanken auf. Sie schaffte jedoch ihren Abschluss und fand einige Monate später ihre erste Anstellung als Sozialarbeiterin, nach dem Umzug dorthin wohnte sie alleine in einem Appartement. Nach den ersten sechs Monaten Probezeit mit gewissen Eingewöhnungsschwierigkeiten gewann sie dort zunehmend Sicherheit und Anerkennung in der Arbeit mit den Klient:innen sowie im Team und erlebte ein gutes Jahr. Die im beruflichen Bereich erfahrene Wertschätzung habe ihr erstmals das Gefühl vermittelt, gut zu sein.

Im Rahmen ihrer bisherigen Psychiatrieaufenthalte machte Frau Färber hinsichtlich der damit verbundenen Möglichkeit zum Beziehungsaufbau ebenfalls positive Erfahrungen. Das Erarbeitete konnte sie jedoch kaum auf den realen Alltag übertragen. Beim Kontakt zum anderen Geschlecht habe sie nach wie vor Schwierigkeiten, weil sie den Betreffenden dann zu sehr idealisiere und die Liebe unerwidert bleibe. Oft wussten die von ihr Verehrten überhaupt nichts von ihren Gefühlen. Das schöne Gefühl des Verliebtseins führte durch die Einseitigkeit für sie somit letztlich zu Frustration und Verzweiflung. Durch ihre Überzeugung, nicht gut genug für die von ihr idealisierten Männer zu sein, lasse sie sich immer wieder mit solchen ein, die sie wiederum als unter ihrem Niveau betrachtet; dies seien die einzigen, die sie bekommen könnte. Dies hatte zeitweise zu mitunter prostitutionsähnlichen Kontakten zu wesentlich älteren Männern geführt. Ihr aktueller Partner ist verheiratet und nicht bereit, seine Ehe aufzugeben. Frau Färber erlebt die Bindung ambivalent: Sie schätzt seine Unterstützung in ihrer momentanen Krise und wünscht sich, dass der Freund sich von seiner Frau

trennt. Zugleich möchte sie diese Verantwortung nicht auf sich nehmen. Denn es handele sich erneut um „so eine Kompromissache“. Auch ihn empfindet sie nicht als perfekt, sie würde ihn nicht aussuchen wenn sie „die freie Wahl hätte“.

Letztendlich trug diese problematische Konstellation wohl mit dazu bei, dass Frau Färber die Hoffnung, jemals eine ihren Vorstellungen entsprechende Beziehung zu einem Mann führen zu können, aufgab. Ihr abermals enttäuschter Wunsch nach der idealen, alles erfüllenden Liebe entwertet jeden positiven Aspekt ihres Daseins und ließ sie zu einer negativen Gesamtbilanz kommen. Vor ihrem Suizidversuch legte sie sogar eine pro- und contra Liste an, nur wenige Gründe hätten hier gegen den Suizid gesprochen. Sie habe ihre „Ruhe haben“ wollen, „nichts mehr sehen, nichts mehr hören, nichts mehr fühlen“ müssen. Der Tod sei für sie die einzige Möglichkeit, Ruhe zu finden und ihre als Dämonen empfundenen Gefühle und Gedanken loszuwerden. Sie schildert die präsuizidale Entscheidungsphase als angstvolles „am Abgrund zu balancieren“ und schließlich die Kapitulation mit dem freiwilligen Sprung in den Abgrund. Der Suizidentschluss bedeutet für sie den resignativen Endpunkt von sich steigernder Verzweiflung, der zur Erleichterung führt, da er Aussicht auf Beendigung ihrer Probleme bedeutet. Dabei erlebte sie unmittelbar vor dem Suizidversuch gemischte Emotionen zwischen Depression und Euphorie, aber auch das Bewusstsein über den bevorstehenden Verlust der wenigen schönen Dinge.

Die Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Frau Färber begreift den Tod für sich als „eine absolute Befreiung“. So müsste sie „diese ganzen Zwänge, und Anforderungen, Ansprüche, Erwartungen“ nicht mehr ertragen. Ihre Beschreibung des angstvollen Balancierens am Abgrund und schließlich Kapitulation mit dem freiwilligen Sprung in die Tiefe erinnert an Amérys Diskurs über den Freitod. Was den kognitiven Entscheidungsprozess zum Suizid betrifft, so habe sie sich auch hier frei im Sinne einer rationalen Bilanzierung gefühlt; ungewollte, sich aufdrängende, einengende Suizidphantasien kenne sie nicht. In diesem Sinne möchte sie auch ihre Geschichte interpretiert und anerkannt wissen: Als selbstbestimmte Entscheidung gegen ein Leben, das ihren persönlichen Vorstellungen und individuellem Lebenskonzept nicht gerecht wird. Dies impliziert für sie auch die Freiheit bzw. das Recht auf den Suizid als Anspruch auf Unterstützung durch Dritte, was in ihrer Forderung nach Sterbehilfe auch für psychisch Kranke deutlich wird. Sie lenkt ihrerseits das Thema auf die Schweizer Sterbehilfeorganisation EXIT, die sie

als die „die perfekte Lösung“ betrachtet. Sie fände es sinnvoll, wenn es dieses Angebot nicht nur für körperliche Krankheiten gäbe: Suizide würden durch diese Einschränkung ohnehin nicht verhindert, während eine Ausdehnung auf psychische Erkrankungen ihrer Auffassung zufolge viel Leid und Folgeschäden vermeiden könnte. Die Suizidassistenz solle jedoch ausschließlich von professioneller Seite durchgeführt werden, um Angehörige von dieser Aufgabe zu entlasten, sie aber auch vorzubereiten und zu begleiten, „damit es ihnen leichter gemacht wird zu verstehen, warum jemand diesen Schritt tut.“ Zuvor müssten ergebnisoffene ärztliche Gespräche stattfinden, die insofern einen zweifachen Nutzen hätten, als es zu solchen Kontakten ihrer Auffassung zufolge häufig gar nicht erst komme. Den im Einzelfall vorkommenden Missbrauch solcher Regelungen durch finanzielle Anreize könne sie dabei in Kauf nehmen. Der Gesetzgeber sollte dem jedoch mit „wirklich festgelegten Kriterien“ entgegenwirken, denn „dann hätte man wirklich die Freiheit.“ Zur Not hält sie unter solchen Umständen auch ein gewerbsmäßiges Sterbehilfeangebot für vertretbar. Allerdings fällt in Bezug auf die von ihr erwähnten „festgelegten Kriterien“ auf, dass trotz der von ihr betonten subjektiven Freiverantwortlichkeit ihrer Entscheidung die entsprechenden Merkmale nicht ausreichend erfüllt waren: Zwar betont sie unter Bezugnahme auf frühere Suizidvorhaben immer wieder die Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit ihres Todeswunsches, hinsichtlich dessen Umsetzung mangelte es bisher aber offenbar an der Zielstrebigkeit ihres Entschlusses. So misslang die Beschaffung der tödlichen Medikation oder ihre Eltern fanden ihren Abschiedsbrief, bevor sie ihr Vorhaben in die Tat umsetzen konnte. Dies spricht dafür, dass neben der von ihr mit Bestimmtheit verteidigten Wohlerwogenheit ihrer Entscheidung doch auch eine gewisse Ambivalenz bestand.

Haltung zum Suizidversuch

Frau Färber hält daran fest, dass die schlechten Aspekte ihres Lebens gegenüber den positiven Perspektiven überwiegen und das Gefühl ihrer eigenen Minderwertigkeit alles andere in den Hintergrund drängt. Ihre auffallende Lebensbilanzierung kommt stets zu einem negativen Gesamtergebnis. Da ihr bisheriges Dasein insgesamt nicht lohnenswert gewesen sei und sie – angesichts der Unvollkommenheit eines jeden menschlichen Lebens – bestenfalls eine mittelmäßige Zukunft zu erwarten habe, lohne sich das Aushalten der Qualen für sie nicht. Sie gesteht zwar zu, dass sie das Weiterleben akzeptieren könnte, wenn es therapeutisch-medikamentöse Optionen gäbe, diese Qualen zu lindern – dass diese ihre Zukunft subjektiv lebenswert machen könnten, hält sie jedoch nicht für möglich. Der Suizid bleibe somit ihre

einzigste Option, sie bedauert sein Misslingen. Für sie handelt es sich um ihre ganz private, rationale Entscheidung, mit der sie sich vollständig identifiziert. Es ist ihr wichtig, dass sie nicht als Symptom einer Depression stigmatisiert, sondern als ihre individuelle, autonome Entscheidung ernst genommen wird. Dennoch schwingen im Rahmen der Frage nach ihrer präsuizidalen Vorstellung vom Tod indirekt Bedenken hinsichtlich eines transzendenten Suizidverbotes mit: Zwar habe sie sich vorgestellt, dass nach dem Tod „einfach nichts“ ist, „kein Bewusstsein“. Sie habe es aber auch für möglich gehalten, dass sie „dann irgendwie konfrontiert werde“ oder sich „irgendwo in einer anderen Stufe“ befinde, auf die sie „noch nicht vorbereitet“ sei, weil sie „das Leben nicht zu Ende gelebt habe.“ Auch habe sie Schuldgefühle gegenüber ihren Angehörigen gehabt, diese jedoch verdrängt und auf Verständnis seitens ihrer Eltern gehofft.

Nach den aktuellen Vorkommnissen hält Frau Färber es nicht für möglich, an ihre ehemalige Arbeitsstelle zurückkehren zu können. In der Fokussierung auf ihren Beruf kann sie dennoch, anders als in anderen Bereichen, eine positive Zukunftsperspektive sehen. So sei es jene „Selbstverwirklichungsschiene“, die ihr noch „am ehesten Hoffnung“ auf ein erfülltes Leben vermittele. Das Bewusstsein über die eigene Leistungsfähigkeit könne jedoch keinen Ersatz für ihr unerfülltes Privatleben darstellen.

Zusammenfassend fordert Frau Färber bei der Schilderung ihrer Geschichte ein, unabhängig von ihren mit erhöhter Suizidalität einhergehenden psychiatrischen Vorerkrankungen eine rationale Abwägung ihres Todeswunsches vornehmen zu können. Obschon die bei ihr bekannte Borderline-Persönlichkeitsstörung ihre seit der Pubertät bestehende starke Belastung durch Identitätsstörung, Selbstwertkonflikte und zwischenmenschliche Probleme hinreichend erklären kann, begründet sie zugleich eine subjektiv deutlich eingeschränkte Lebensqualität. Die Zweifel an der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz und ihre unerfüllten Selbstansprüche führen sie zu einer rational erscheinenden negativen Lebensbilanz. Diese lässt ihr subjektiv kaum Hoffnung auf einen künftigen Perspektivenwechsel, bei gleichzeitig allerdings nicht voll ausgeschöpften therapeutischen Alternativen.

Frau Hamani

Biographische Daten

Frau Hamani ist eine 21jährige Frau afghanischer Abstammung, die in Deutschland geboren und aufgewachsen ist. Sie ist finanziell unabhängig sowohl von ihrer Familie als auch von ihrem Ehemann und hat einen westlichen Lebensstil internalisiert. Sie hat einen qualifizierten Hauptschulabschluss absolviert, die zunächst abgebrochene mittlere Reife möchte sie demnächst als externe Prüfung nachholen. Perspektivisch plant sie, sich selbstständig zu machen. Durch ihre momentane Arbeit bei einem Fast Food Label kann sie sich einerseits eine eigene Wohnung und ein Auto leisten, andererseits ist sie in einen internationalen Kolleg:innenkreis eingebunden. Ihre Eltern sind geschieden, die Mutter ist berufstätig und arbeitet in einer Küche, der Vater ist selbstständig als LKW-Händler tätig. Sie hat eine 13-jährige Schwester sowie einen Bruder.

Seit drei Jahren ist sie mit einem Afghanen verheiratet, der vor eineinhalb Jahren nach Deutschland gekommen ist. Sie ist diejenige, die für das finanzielle Auskommen sorgt, womit sich die klassischen Rollenverhältnisse in der Ehe aufzuweichen beginnen. Dies führte zu Konflikten in der Ehe, die anlässlich der Behauptung eines ihrer Kollegen, eine Affäre mit ihr zu haben, eskalierten. Das Gerücht zog auch über die Ehe hinaus Kreise, was für Aufruhr in ihrer Familie und der afghanischen Gemeinschaft sorgte. Daraufhin führte sie einen spontanen Suizidversuch mit 70 Tabletten Ibuprofen durch. Als Symptome auftraten, informierte sie Angehörige und wurde in die Klinik eingeliefert.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

Narrationseinstieg: Sie verstehe jetzt Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen; auf ihren Fall bezogen habe es sich um die Verbreitung eines unwahren Gerüchtes über ihre Person gehandelt, woraufhin ihr alles „zu viel“ wurde. Der ihr vorgeworfene Ehebruch hat zu entsprechenden Konsequenzen in ihrem sozialen Umfeld geführt; sie sieht keine Möglichkeit, die Situation aufzuklären.

- Fragen zu ihrer Ehe und ihrer Herkunft; zunächst keine Fortsetzung der Narration. Die Heirat sei nicht arrangiert gewesen, sie habe diese selbst gewünscht. Zugleich Äußerung von Ärger über die Schwäche und das unselbstständige Denken ihres Mannes.

- Kränkung durch die Verunglimpfung als „Schlampe“, zugleich abwertende Beschreibung eines Typus von Frau, auf den diese Bezeichnung aus ihrer Sicht zutrifft. Als „Kurzschluss“ bezeichnetes emotionales Bedürfnis, den Konflikt und die Kränkung mittels Suizid zu beenden. Schilderung ihres Selbstbildes als ehrenhafte Person, das aktuell erstmals von ihren Mitmenschen in Frage gestellt werde. Nähere Informationen zu den Umständen: Von ihr nicht erwiderte Verehrung seitens eines ebenfalls afghanischen Arbeitskollegen, der aufgrund ihrer Zurückweisung das Gerücht in die Welt gesetzt habe.

Interner Frageteil:

- auf die Andeutung bzgl. des möglichen kulturellen Hintergrunds hin Verteidigung ihrer Wurzeln und Betonung ihrer gleichzeitig guten Integration in Deutschland. Narrative Passage zum Rückhalt durch ihre Freunde, die nun wiederum ihre Ehre verteidigen werden; Thema Ehrenmord in ihrem Kulturkreis.

- narrative Antwort auf Fragen nach ihren präsuizidalen Gedanken: Sie habe wenig nachgedacht; überwiegend Vorstellung der Situation, in der man sie findet und Reaktion der Angehörigen mit der Hoffnung, dass sie durch ihren Suizid zur Einsicht kommen; genaue Beschreibung des Suizidversuches und dessen Abbruch aufgrund von Magenschmerzen mit der plötzlichen Einsicht, dass sie gar nicht sterben will.

- nochmals Thematisierung des kulturellen Konflikts und Zurückweisung seitens Frau Hamani. Äußerung von Verständnis gegenüber ihrem Mann, zumal es ihm nicht eben leicht gemacht werden, sich in die deutsche Gesellschaft zu integrieren. Angesichts der nun wiederholt erfolgten häuslichen Gewalt jedoch Entschluss zur Scheidung.

- Diskussion der unterschiedlichen Verständnisse von Rollenbild und Sünde in der westlichen und islamischen Welt. Vor dem Suizidversuch Überzeugung, dafür bestraft zu werden; zugleich Hoffnung, dass Gott ihr verzeiht, da sie die ihr nachgesagte Sünde ja nicht begangen hat.

- narrative Darstellung ihres Selbstkonzepts als unabhängige, erfolgreiche junge Frau, die bereits viel erreicht hat, starke Identifikation über materielle Werte. Probleme durch die Tatsache, dass sie ihren Ehemann als zu schwach empfindet und sich ihm dennoch unterordnen muss. Vergleich der islamischen Wert- und Moralvorstellungen mit dem westlichen Lebensstil. Ehrgeiz und Bewusstsein über die eigene gute Leistung, Bedürfnis nach Anerkennung.

Narrative Darstellung ihrer Perspektiven für die Zukunft: Eigenständigkeit, beruflicher Erfolg, ihren Kindern ein gutes Leben in materiellem Wohlstand zu ermöglichen

Externer Frageteil:

- Frage nach der Rolle von Freiheit bei der Suizidentscheidung: Dies wird eindeutig verneint, vielmehr habe sie sich „geschubst“ gefühlt, das Umfeld habe die Situation „ins Rollen gebracht“ und sie selbst habe diese dann schließlich nicht mehr ertragen können. Der Entschluss sei aber ganz spontan entstanden; Schilderung der kurzen Vorbereitungsphase und Durchführung.
- starke Rachedgedanken gegenüber ihrem Verehrer, der das Gerücht in die Welt gesetzt hat; möchte ihn nun ihrerseits beim Vater seiner Verlobten anschwärzen, es solle „ihm schlechtgehen“ und die „komplette afghanische Gesellschaft“ werde nur noch auf ihn „spuck[en]“.
- Positionierung gegen den ärztlich assistierten Suizid, Beurteilung des Suizids allgemein als irrational und affektgesteuert.
- Perspektiven für die nächste Zeit: Distanz zum Ehemann, Trennung durchsetzen und standhaft dabei bleiben; zunächst zurück zur Mutter ziehen, die sie sehr unterstützt.
- Gesprächsabschluss: Nochmals Betonung, dass sie den ärztlich assistierten Suizid strikt ablehnt.

Im Gespräch kommt zum Ausdruck, wie wichtig es für Frau Hamani ist, zu vermitteln, dass sie sich kein Fehlverhalten zu Schulden kommen lassen hat und man ihr mit den Anschuldigungen Unrecht tut. Diese Botschaft stellt auch den wesentlichen Inhalt der einleitenden Narration dar. Sie beginnt mit einer allgemeinen Aussage zum Suizid ähnlich einer abschließenden Beurteilung: Nun verstehe sie „die anderen, die das gemacht haben“ und kommt dann auf ihren eigenen Fall zu sprechen. Auch hier bleibt sie zunächst sehr vage und spricht lediglich von einem unwahren Gerücht, das über sie verbreitet wurde und aufgrund dessen sie „nicht mehr auf dieser Welt sein wollte“. Denn „alle Leute wussten auf einmal Bescheid über eine Lüge, die nicht existiert hat“ und drohte, ihr „Leben kaputt“ zu machen. Diesen Vorwurf wiederholt sie in den folgenden Sätzen mehrfach in leicht veränderter Formulierung. Ihr Hauptanliegen wird also unmissverständlich deutlich: Sie möchte klarstellen, dass es sich um üble Nachrede handelt und diese sie wiederum zum Suizidversuch getrieben hat. Allerdings gesteht sie zu, dass „auch ein bisschen Schwäche dabei“ dabei war, dies ist ein erster Hinweis auf ihre Distanzierung vom Suizid und dessen Beurteilung als Sünde.

Nachdem zunächst durch spiegelnde Fragen eine Fortführung der Narration zustande kommt, erfahren wir, dass es sich um die Unterstellung von Ehebruch handelte und dies zu Konflikten mit ihrem Ehemann und innerhalb ihrer Familie führte. Bezüglich der genauen Umstände bleibt sie jedoch zunächst unspezifisch: Sie spricht lediglich von einem „Dritten“, der Lügen über sie verbreitet, und verteidigt ihr Verhalten, auf einer Weihnachtsfeier zu tanzen. Im Anschluss lassen sich nur noch vereinzelt weitere narrative Passagen generieren. Fragen oder von uns angesprochene Themen, mit denen sie nicht viel anfangen kann, beantwortet sie knapp und kommt dann wieder auf ihre Standpunkte zurück. Vom Suizidversuch selbst spricht sie nur auf Nachfrage. Zwar schildert sie daraufhin wiederholt Einzelheiten, den vorangegangenen Entscheidungsprozess selbst reflektiert sie dabei jedoch kaum. Das Thema scheint für sie mit der Tatsache, dass sie „das nicht mit Verstand gemacht“ und eben in ihrem Gefühlschaos „nicht nachgedacht“ habe, hinreichend erklärt zu sein. Ihren Suizidversuch weist sie in diesem Sinne rückblickend als reflexartig abgelaufene Kurzschlusshandlung zurück. Die Überdosierung von Ibuprofen habe sie vollkommen spontan vorgenommen, ohne sich zuvor mit der Wirkung oder potentiellen Toxizität auseinandergesetzt zu haben. Das Medikament hatte sie sich ursprünglich zur Behandlung ihrer Zahnschmerzen besorgt. Ähnlich einem Schlüsselereignis waren es Notizen auf ihrem Tisch, die sie nach Einnahme der Tabletten symbolhaft zum Abbruch des Suizidversuchs bewegten: Stichpunkte zur Planung ihrer Selbstständigkeit sowie eine Einkaufsliste für einen Modediscounter riefen in ihr die plötzliche Einsicht hervor, wie viel sie noch vor sich hat und dass es unvernünftig wäre, sterben zu wollen.

Wenngleich Frau Hamani weder einen präsuizidalen Abwägungsprozess noch eine Identifikation mit einem tatsächlichen Todeswunsch beschreibt, sind ihre Motive und Beweggründe nach wie vor sehr aktuell für sie. Sie schildert ihre Situation aufgebracht und ruft wiederholt ihre Unschuld in Erinnerung. Gegenüber ihrem Umfeld ist sie froh, ein Exempel statuiert und demonstriert zu haben, was man ihr angetan hat. Es stellt sie zufrieden, dass ihre Freunde sich nun in ihrem Namen am Urheber des Gerüchtes rächen wollen. Zugleich befürchtet sie, der Suizidversuch könnte als Schuldeingeständnis gewertet werden. Auf die Frage nach ihrer Auseinandersetzung mit der moralischen Suizidbewertung im Islam gibt sie an, sich der Sündhaftigkeit ihres Handelns bewusst gewesen und von einer auf sie zukommenden Bestrafung ausgegangen zu sein. Diese habe sie allerdings in Kauf nehmen wollen und insgeheim gehofft, dass ihr verziehen werde, zumal sie ja hinsichtlich des Ehebruchs unschuldig sei. Den Aufenthalt auf der Überwachungsstation erlebt sie als abschreckend: Die von ihr

als „komisch“ empfundenen Mitpatient:innen der toxikologischen Abteilung demonstrieren ihr, dass sie offensichtlich „halt jetzt schon soo runtergekommen“ sei, „neben so welchen Leuten liegen“ zu müssen. Dies gebe ihr jedoch zugleich den „Kick“, „sowas nie wieder“ zu machen.

Immer wiederkehrendes Hauptthema unseres Gesprächs ist Frau Hamanis Kränkung durch die öffentliche Demütigung und ungerechte Verurteilung. Das Bewusstsein über ihre Fähigkeiten und Erfolge ist verbunden mit einem großen Interesse an der Aufrechterhaltung eines guten Bildes, das ihre Mitmenschen von ihr haben und der gleichzeitig neuen Erfahrung, dass man negativ über sie spricht. Während sie große Angst zu haben scheint, dass die muslimische Gemeinschaft ihre Ehre und ihre Rolle als makellose Ehefrau in Frage stellen könnte, möchte sie von uns als angepasste, erfolgreiche junge Frau wahrgenommen werden. Zusammen mit einer ausgeprägten Orientierung an materiellen Werten klingt dies für die Zuhörenden wie ein klassischer kultureller Konflikt einer beinahe überemanzipierten Frau mit ihrem muslimischen Wertesystem. Fragen, die sich auf einen solchen Hintergrund beziehen, beantwortet sie jedoch defensiv: Ihre individuellen Probleme möchte sie keinesfalls als Integrationsproblem gedeutet wissen und verteidigt energisch den Ehrbegriff und die Sitten des Islam, dessen hierzulande z.T. kritisch betrachtete Aspekte sich nur in anderer Form auch in der westlichen Gesellschaft wiederfinden. Ratschläge von unserer Seite, sich als emanzipierte Frau um ihrer Individualität willen von einigen gesellschaftlichen Traditionen loszulösen, lehnt sie als Angriff auf ihre muslimische Herkunft ab. Auch mit Versuchen, die Situation über Vergleiche mit Frauenfiguren der griechischen Tragödie weg vom Spannungsfeld zwischen Islam und westlicher Welt auf eine allgemeinere Ebene zu lenken, kann sie wenig anfangen. Die Einordnung des Konflikts in einen gesellschaftlichen Kontext scheint in ihr die Befürchtung auszulösen, dass ihrem Umfeld eine fundamentalistische religiöse Ausrichtung unterstellt wird. Im Gegenteil befürwortete ihre Familie die Scheidung von ihrem Ehemann, die sie selbst erst im Nachhinein als Alternative zum Suizid erkenne.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Frau Hamani wuchs in einer Familie auf, die sie als unterstützend und wohlwollend, aber auch als liberal oder zumindest gut in das westliche Umfeld integriert beschreibt. Ihre Eltern leben seit ihrer Kindheit geschieden, unter der Trennung litt sie jedoch nicht sehr, da sie ihren Vater täglich sehen konnte. Auch sei das heutige Verhältnis ihrer Eltern relativ gut.

Von ihrer Mutter wurde sie in der Jugend dazu ermutigt, sich als Heranwachsende in der westlichen Lebenswelt auszuprobieren, sich anzuziehen wie sie möchte und nicht zu verschleiern. Diese Möglichkeit habe sie jedoch nicht wahrgenommen, sondern sich lieber allein beschäftigt und fotografiert. An ihr interessierte Männer lehnte sie ab, wenn sie davon ausging, dass diese zuvor „schon hundert Frauen“ hatten. Stattdessen wünschte sie die Heirat mit einem aus Afghanistan stammenden und dort aufgewachsenen Mann. Zu diesem Zeitpunkt bestritt sie ihren Lebensunterhalt bereits selbst und hatte von ihrem Geld eine eigene Wohnung eingerichtet und ein Auto gekauft. Da ihr Ehemann in Deutschland keine Arbeitserlaubnis hat, ist sie diejenige, die für das finanzielle Auskommen sorgt. Mit der Umkehr der klassischen Rollenverhältnisse in der Ehe kollidieren auch jene Werte, die sie bislang miteinander vereinbaren konnte: Während sie ihr Leben wie bisher weiterführen möchte, hat ihr Mann sowohl Probleme mit dem westlichen Lebensstil im Allgemeinen, als auch der Abhängigkeit von seiner Ehefrau im Besonderen. Dies führte mitunter zu häuslicher Gewalt, was sie im Gegensatz zu seinen Eingewöhnungsschwierigkeiten in die westliche Gesellschaft nicht länger tolerieren möchte. Sie muss sich also einem Mann unterordnen, der ihr subjektiv kaum etwas bieten kann: „Außer dass er halt ab und zu mal die Wohnung sauber macht, aber das kränkt einen Mann richtig, dass er dann noch die Hausfrau spielen muss.“ Sie empfindet ihren Mann als schwach, während sie sich eigentlich nach einem ihr ebenbürtigen Partner sehnt: Sie brauche „einen richtigen Mann“, der sie „wirklich beschützen kann“, eigentlich „sogar schon einen Bodyguard“, zu dem sie aufschauen kann. Ihre eigenen Maßstäbe an sich selbst sind ebenfalls ehrgeizig: Sie möchte „reich werden“, denn sie könne „nicht normal leben“ und plant bereits in jungem Alter, sich demnächst beruflich selbständig zu machen. Ihren Kindern möchte sie ein sorgloses Leben in Wohlstand und eine gute Ausbildung ermöglichen.

Gemäß Frau Hamanis Lebenskonzept, geprägt durch die Internalisierung eines westlichen Lebensstils, lässt sich die Rolle der treuen Ehefrau durchaus vereinen mit ihrem Streben nach beruflichem Erfolg. Durch ihr traditionelles Umfeld befindet sie sich dennoch in einem ständigen Konfliktfeld zwischen gelebten muslimischen Werten und ihrer Eigenständigkeit als Frau. Auch wenn das Gerücht über ein außereheliches Verhältnis mit einem Arbeitskollegen von diesem in boshafter Absicht gezielt gestreut worden war, lastete es ihre Familie trotz aller Unterstützung ihrem Verhalten in der Vergangenheit an: Insbesondere ihr Bruder warf ihr vor, durch ihr westliches Verhalten das Gerücht geschürt zu haben, als sie eine Betriebsweihnachtsfeier besuchte und dort tanzte. Um diesen Anschuldigungen und damit

verbundenen seelischen Verletzungen zu entfliehen, aber auch um ihre Familie zur Einsicht und zu künftigem Zusammenhalt zu ermahnen, drückte sie ihre Verzweiflung in der überstürzten Überdosierung von Ibuprofen aus. Zwar habe sie „nicht mehr auf dieser Welt sein“ wollen und auch damit gerechnet, tot aufgefunden zu werden, sich jedoch letztlich nicht mit den Konsequenzen auseinandergesetzt. Todeswünsche und suizidale Tendenzen kennt Frau Hamani aus ihrem bisherigen Leben nicht. Sie habe zwar aus einem ähnlichen Konflikt heraus vor drei Jahren schon einmal in ihrer Wut den Impuls verspürt, mit dem Auto gegen irgendetwas zu fahren, insgesamt spielt das Thema Suizidalität in unserem Gespräch jedoch nur am Rande eine Rolle.

Die Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Während Frau Hamani sich allgemein als eine unabhängige und selbstwirksame Frau präsentiert, bedeutete der Suizidversuch für sie die Unfähigkeit, sich vom soziokulturellen Regelsystem ihrer afghanischen Gemeinschaft zu distanzieren. Sie beurteilt ihn eindeutig als eine unfreie Entscheidung, die sie weder geplant noch sich in anderer Form mit ihrer Bedeutung auseinandergesetzt habe. Nahezu alle Fragen zum präsuizidalen Entscheidungsprozess beantwortet sie damit, in ihrer Verzweiflung „nicht nachgedacht“ zu haben. Sie benennt wiederholt den kurzschlussartigen Charakter ihres Suizidversuchs. Das seien „Dinge, die passieren im Kopf, wie so ein Reflex“. Dies gilt ihrer Auffassung zufolge für die Betroffenen im Allgemeinen: Sie seien „in dem Moment nicht sie selbst“ ähnlich eines „Betrunkenen“, der nicht „weiß [...], was er macht“. Interessanterweise spricht sie in diesem Kontext, auch wenn sie ihren Suizidversuch ansonsten kaum kritisch hinterfragt, von sich aus das Thema ärztliche Suizidassistenz an: Es solle „nie so weit kommen, dass die Ärzte dabei helfen sollten. Weil - wie gesagt, das sind Dinge, die passieren im Kopf, wie so ein Reflex, kann man eigentlich schon fast sagen! Wie wenn man hier irgendwo aufs Knie haut, dann springt das Bein, ohne dass man das kontrolliert, genauso macht man das.“

Haltung zur eigenen Suizidentscheidung

Hauptinhalt unseres Gesprächs und wesentliche Botschaft von Frau Hamani ist die Klärung, dass die ihr unterstellte Untreue keinerlei Bezug zur Realität hat und die Aberkennung ihrer Ehre daher ungerechtfertigt ist. Zugleich legt sie Wert darauf, dass ihre Empörung angesichts des angeblichen Ehrverlusts keinesfalls auf einer fundamentalistischen religiösen

Einstellung mangels Integration beruht. Im Gegenteil gehe „das Wort Ehre [...] nicht nur muslimische Frauen was an“. Während sie sich energisch gegen den Vorwurf der Sündhaftigkeit ihres westlichen Lebensstils wehrt, ging sie von einem Verstoß gegen die Gesetze des Islam durch ihren Suizidversuch aus. Sie habe mit einer Bestrafung dafür gerechnet, jedoch zugleich auf Vergebung gehofft, weil sie zuvor keine Sünde begangen hat. Schließlich sei es üble Nachrede gewesen, die sie so weit getrieben hat. Allerdings gesteht sie zu, dass „auch ein bisschen Schwäche dabei“ dabei war. Sie betont mehrmals, „nicht nachgedacht“ zu haben, sie sei vielmehr „immer weiter da reingeschubst“ worden und habe „versucht zu sagen: Nein, nein, nein! Und irgendwann – irgendwann stand ich so davor und hab gesagt: Ja, ok.“ Den „Ball ins Rollen gebracht“ hätten die Verunglimpfungen durch das Umfeld, während sie das Unvermögen, den dadurch verursachten Verletzungen standzuhalten, sich selbst zuschreibt. Die eingenommenen Tabletten hatte sie nicht gehortet, sondern zur Behandlung ihrer Zahnschmerzen besorgt. Ebenso spontan wie die Durchführung schildert sie auch den Abbruch des Suizidversuchs, als sie durch das Eintreten von Magenschmerzen überrascht wurde und ihr Notizen auf dem Tisch in Erinnerung riefen, was sie noch alles vor sich hat. Es handelt sich somit um eine vorübergehende Krise, deren zeitliche Dauer auch Frau Hamani selbst für begrenzt hält und die ihre Perspektiven für die Zukunft kaum zu beeinflussen scheint. Rückblickend ist sie zufrieden, durch den Suizidversuch eine Versöhnung mit ihrer Familie erreicht und ihr Umfeld zur Einsicht gebracht zu haben.

Zusammenfassend handelt es sich bei Frau Hamanis Suizidversuch um eine nicht reflektierte Handlung in einer psychosozialen Krisensituation, die sie selbst als unfrei betrachtet und deren Wohlerwogenheit sie verneint. Zugleich scheint ihr nicht zur Vollendung gekommener Suizidversuch durchaus seinen Zweck erreicht zu haben, in Bezug auf die ihr gemachten Vorwürfe und Anschuldigungen ein Exempel an ihrem Umfeld zu statuieren.

Herr Schober

Biographische Daten

Herr Schober hat einen Tag zuvor seinen zweiten schweren Suizidversuch überlebt und erlaubt uns während unseres Gesprächs ein Stück weit den Reflexionsprozess seiner präsuizidalen Entwicklung zu verstehen. Hingegen gibt er kaum biographische Details preis. Zwar erwähnt er zweimal, dass er eine problematische Kindheit durchlebt hat, führt die genauen Umstände jedoch nicht weiter aus. Er wuchs gemeinsam mit einer Schwester auf, das Verhältnis zu ihr und den Eltern ist wohl nicht besonders eng. Dagegen standen ihm die vor zwei Jahren verstorbenen Großeltern nahe, er erwähnt zudem die Bedeutung einer Lieblingstante. Ein Onkel von ihm hat sich mittels Erhängen das Leben genommen. Orientierungskrisen in der Pubertät hatten im 15. Lebensjahr zu seinem eigenen ersten schweren Suizidversuch mit Pflanzenschutzmittel geführt, infolge dessen er mehrere Tage in kritischem Zustand im Koma lag. Die sich anschließende Behandlung stellte seine erste psychotherapeutische Erfahrung dar.

Sein aktuelles Umfeld bietet ihm wenig Stabilität. Er hat keine abgeschlossene Ausbildung, in Folge einer längeren Krankenschreibung aufgrund von somatischen Diagnosen – die er nicht näher spezifiziert – hat er nun keine Anstellung mehr und lebt von staatlichen Transferleistungen. Somit kommen finanzielle Probleme hinzu, an Unternehmungen mit Freunden kann er daher nur noch begrenzt teilnehmen. Zudem trennen ihn mitunter weite Wege von seinen Freunden, eine Partnerschaft hat er im Moment nicht. Für den kommenden Herbst hatte er ursprünglich geplant, wieder zur Schule zu gehen, um seinen Abschluss nachzuholen.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

Narrationseinstieg: Zu Beginn kurz Bezugnahme auf den ersten Suizidversuch in der Vergangenheit (15. Lebensjahr) und belastende Kindheit. Dann Thematisierung des Gefühls von Freiheit und Selbstkontrolle unmittelbar vor dem Suizidversuch, Schilderung einer romantisch-verklärenden Vorstellung vom Suizid. Beschreibung der Vorbereitungsphase beider Suizidversuche, der jeweils unterschiedlichen Motive/ Hintergründe. Dabei Berücksichtigung, Hinterbliebene/ andere Menschen möglichst wenig mit einzubeziehen. Andererseits

aber auch Vermutung einer appellativen Komponente. Reflexion des Entscheidungsprozesses: Im Vergleich zur Therapie wird der Suizidversuch als bequemere, weniger zeitaufwendige und endgültigere Lösung primär emotionaler Spannungen betrachtet, diese wird anschließend anhand der gezielten Suche nach realen Problemen rational begründet.

Interner Fragenteil:

Herr Schober beschreibt Scham- und Schuldgefühle nach dem Aufwachen, mit zeitlichem Abstand seien auch Dankbarkeit über Rettung und Wunsch weiterzuleben, Gedanken an die schönen Seiten des Lebens und die Suche nach Perspektiven hinzugekommen. Er äußert die Angst, dass es zu einem weiteren Suizidversuch kommen könnte, aber auch die Hoffnung, künftig konstruktiv mit suizidalen Krisen umgehen zu können. Bisher habe er Schwierigkeiten gehabt, therapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Den Tod habe er als Erlösung betrachtet, sich dabei allerdings nicht mit Hoffnungen, Vorstellungen oder Phantasien von einem Leben nach dem Tod auseinandergesetzt. Angst vor dem Tod habe er nicht gehabt, sondern primär vor einem Misslingen des Suizidversuchs und der Reaktion der Angehörigen. Aktuell bestehe eine Ambivalenz zwischen der Erleichterung, noch am Leben zu sein und der Angst, sich nun erneut den Problemen stellen zu müssen. Im Vergleich sie sein erster Suizidversuch sehr viel geplanter und intendierter gewesen, der aktuelle hingegen spontaner und unterbewusst rückblickend wohl weniger ernst gemeint gewesen.

Externer Fragenteil:

- Rolle von Bezugspersonen? Er habe sich im Vorfeld beider Suizidversuche niemandem anvertrauen können. Zum Zeitpunkt der Ereignisse bestand jeweils keine feste Partnerschaft und im Moment gebe es auch keine anderen Bezugspersonen, die er vermisst hätte; die wesentlichen Probleme, die zum Suizidversuch führten, seien mit seiner Einsamkeit und Angst vor dem Alleinsein verbunden, aber auch seiner instabilen beruflichen Situation mit den daraus resultierenden finanziellen Problemen.

- Motive jenseits des rationalen Abwägungsprozesses? Rolle von Emotionen/ Verzweiflung/ Krise?

Eine wesentliche Rolle hätten Verzweiflung, Einsamkeit, Traurigkeit und die Verweigerung der Freude am Leben gespielt. Zudem berichtet er von depressiven Zuständen mit einem Zelebrieren der negativen Stimmung

- Freiheitsgefühl? Ein solches habe er im Sinne einer dadurch erreichten subjektiven Kontrolle über die Depression verspürt, als Befreiung von den Problemen des Daseins; unmittelbar vor dem Suizidversuch dann Einsetzen von Erleichterung, Glücksgefühl, Gelassenheit. Die präsuizidale Entwicklung selbst habe er eher als ein Gefangensein in der Depression

empfundene, den Suizid als Kapitulation angesichts des Mangels an Kraft und Willen, Alternativen für die Probleme zu suchen. Er beschreibt eine Ambivalenz zwischen der Selbstüberwindung mit dem Willen, „es durchzuziehen“ und dem Bedürfnis, gegenzusteuern; dabei habe er sich gedrängt gefühlt, den Suizid durchzuführen, solange der Wille noch da ist.

- konkreter Anlass? Unmittelbar nach dem Suizidversuch könne das „warum?“ nicht beantwortet werden, da er sich bisher nur mit dem Wunsch nach Erlösung auseinandergesetzt habe. Er nennt externe Faktoren wie ein instabiles Umfeld, seine schwierige finanzielle Situation, ein defektes Auto, den Verlust des Führerscheins. Letztlich komme es aber „immer auch von innen“, seine wesentlichen Themen seien dabei Einsamkeit, Angst, Verzweiflung, Schuld und die Selbstbestrafung dafür, aus seinem Leben nichts zu machen
- Was hätte Sie davon abbringen können? Geholfen hätten ihm wohl eine abgeschlossene Ausbildung, eine Partnerschaft, tragfähige Freundschaften und familiäre Unterstützung. Er betont kurz seine schwierige Kindheit, nimmt dann aber sofort wieder Bezug auf das Abrufen schmerzhafter Erinnerungen als Mittel, um sein Leid zu zelebrieren.
- Anspruch auf Respektierung der Suizidentscheidung? Ja, jedoch auch wieder im Rahmen des Kontrollbedürfnisses, denn Gegenargumente würden ihn unter Druck setzen, daher vertraue er sich niemandem an. Unterstützung/ Zureden/ Zuhören habe er sich zwar gewünscht, jedoch bevor es zur suizidalen Entwicklung kommen konnte. Thematisierung des dennoch im Nachhinein bewusstwerdenden appellativen Moments. Nach gefasstem Entschluss habe er wiederum möglichst wenige Menschen miteinbeziehen, aber auch niemandem zur Last fallen wollen.
- Gesprächsabschluss: Zukunftsgerichtete Perspektive und Hoffnung, dass es nicht mehr zu suizidalen Krisen kommt.

Herr Schober wählt zunächst für seinen Narrationseinstieg kurzzeitig einen chronologischen Erzählansatz, indem er auf seine Kindheit „von der Frühgeschichte schon“, die „immer zu einem Teil mitbelastend“ sei, sowie seinen ersten Suizidversuch im 15. Lebensjahr, verweist. Er wechselt dann jedoch unvermittelt von der Bezugnahme auf seine Biographie zu einer vertiefenden Erläuterung der spezifischen Situation unmittelbar vor einem Suizidversuch im Allgemeinen:

„das war bei beiden Suizidversuchen gleich, dass man sich davor, in den Minuten, bevor man sich dazu entscheidet, das zu machen - oder auch Stunden davor, kommt darauf an, in welchem Zeitraum man das entscheidet - frei fühlt. Also, es ist davor das Gefühl wie, wie - man ist selig. Man hat - man denkt an seine Probleme nicht mehr, man

denkt in dem Moment nur: Es ist dann eh vorbei. Und die Gedanken in den nächsten Minuten, Stunden - das sind die letzten, und da ist man glücklich. Wenn man es schafft, damit abzuschließen.“

Es folgt nun in sachlichem, emotional distanzierendem Ton eine Erzählweise, die einer Art Experteninterview ähnelt:

„Die Entscheidung zum Suizid, das ist eine schwere Entscheidung. Also - ist verbunden mit Angst, Angst vor dem Tod, auch Angst vor dem Leben - man entscheidet sich ja für den Suizid, weil man sich gegen das Leben entscheidet (...). Was auch zum Teil mitspielt, ist die Selbstkontrolle - das ist ja...man geht in den Freitod: Man wählt den Augenblick und auch die Methode selbst.“

Passend zu dieser spontanen Wendung von einer Schilderung seiner persönlichen Entwicklung zu einer theoretischen Reflexionsebene wechselt er sprachlich von der 1. in die 3. Person, was er auch im weiteren Interviewverlauf überwiegend so beibehalten wird. Zwar nimmt er immer wieder kurz die Ich-Perspektive ein, jedoch eher um seine Thesen anhand der eigenen Erfahrungen beispielhaft zu belegen. Die Frage, die er beantworten möchte, ist demnach weniger: Wie hat sich meine Geschichte zum Suizidversuch hin zugespitzt?, sondern: Was geht allgemein vor sich, wenn jemand eine suizidale Entwicklung einschlägt? und: Welche Gemeinsamkeiten und Muster liegen der präsuizidalen Phase zugrunde? Er nimmt die Rolle des Betroffenen und zugleich auch des Spezialisten ein. Aus seiner Wortwahl wie „instabiles Umfeld“ und „Skills“ ist ersichtlich, dass er bereits psychotherapeutische Erfahrung bzw. Berührung mit ihren Begrifflichkeiten hatte. Ferner erinnern seine Ausführungen zum präsuizidalen „Tunnelblick“ stark an eine Erläuterung des Denkmusters der selektiven negativen Wirklichkeitswahrnehmung im Rahmen einer Depression, wenngleich er seine Situation im gesamten Gespräch nur zweimal als solche benennt. Auch fühlt man sich als Leser:in häufig an das von Erwin Ringel erstbeschriebene präsuizidale Syndrom erinnert. Darüber hinaus hat Herr Schober sich vor dem ersten Versuch über Suizidforen im Internet informiert, „und allen möglichen Scheiß gelesen von Leuten, die es probiert haben, wie sie es probiert haben, wie es schief gegangen ist...“. Heute weiß er hingegen: „Kernpunkt ist der Tod, man sucht nur danach, wie. Der Bezug auf andere nur, damit man sich nicht so alleine fühlt damit.“ Seine Vorstellung vom Tod wiederum enthält Komponenten eines epikurschen Todesverständnisses:

„wenn man den Entschluß gefasst hat, dann freundet man sich an mit dem Tod, d.h. man versucht es. Selbst wenn man sagt, da kann was schiefgehen - weil wenn ich jetzt wirklich Suizid begehe, und bin danach nicht mehr am Leben - was möchte da noch

schiefegehen? Dann hab ich wirklich keine Probleme mehr. Und das ist dann - also, ich hab mir nie Sorgen darüber gemacht, was dann kommt. Ich hab jetzt nie an ein Leben nach dem Tod gedacht oder so. Ich hab einfach nur gedacht: Ende. Ende von allem Negativen. Zwar auch vom Positiven, aber - Ende vom Negativen. Ende von allen Problemen, Sorgen, es ist einfach - weg. Man löst sich davon los.“

Die Narrationsphase beschränkt sich im Wesentlichen auf eine sehr differenzierte Beschreibung des präsuizidalen Entscheidungsprozesses, der sehr gut abrufbar ist. Auch die unmittelbare Vorbereitung inklusive der Auseinandersetzung mit der Auswahl der Methode nimmt eine längere Sequenz ein.

Die wichtigsten Themenkreise wie die Bedeutung des Suizids als bequeme Lösung der Probleme und der Angst vor dem Leben, als subjektives Gefühl der Selbstkontrolle, aber auch seine Funktion als „letzte(r) Aufschrei“, werden angesprochen. Eine besondere Betonung setzt er zudem auf den präsuizidalen „Tunnelblick“. Sobald einmal der Entschluss zum Suizid gefallen sei, würden die lebensmüden Gedanken anhand der gezielten Suche nach den schlechten Aspekten des Daseins gerechtfertigt und die Todessehnsucht zelebriert. Dieser Punkt scheint für ihn von besonderer Bedeutung zu sein, er taucht in Form von unterschiedlichen Formulierungen und Beispielen immer wieder im Interview auf. Fragen zu anderen Schwerpunkten im internen wie auch externen Frageteil führen wiederholt auf dieses Thema zurück. Es ist ihm also wichtig, sein Erklärungsmodell der präsuizidalen Prozesse zu vermitteln. Dagegen scheint er nicht das Bedürfnis zu haben, uns eine persönliche Botschaft mitzuteilen oder sich nach außen hin für den Suizidversuch rechtfertigen zu müssen.

Im anschließenden internen Frageteil erfahren wir mehr darüber, wie Herr Schobers Bewertung nach dem Aufwachen im Kontrast zu seinem präsuizidalen Erleben ausfällt. Im Vordergrund hätten zunächst ein „Riesengefühl von Scham“ und Schuld, eine Belastung für das medizinische System und die Gesellschaft auszulösen, gestanden. Er erinnert sich auch an die Sorge, „belächelt“ oder als „Verrückter“ abgestempelt zu werden. Dankbarkeit habe er nicht unmittelbar verspürt, diese sei am Folgetag jedoch langsam hinzugekommen. Er habe dann auch wieder an die positiven Dinge des Lebens denken können, verbunden mit dem Bewusstsein, „es geht weiter“. Neben diesem Wunsch habe er zugleich jedoch auch Angst gehabt, angesichts des nunmehr zweiten Ereignisses seinen Suizidversuch nicht mehr ohne Weiteres als Kurzschlusshandlung bagatellisieren zu können. Seinen „Selbsterhaltungstrieb“ umgehen zu können und fähig zu sein, „dass ich das ausschalte, dass ich das Leben

beende (...), dass ich das wirklich schaffen kann“, weckt bei ihm nun zugleich den Willen, Strategien zu erarbeiten, um sich im Fall künftiger Krisen rechtzeitig Hilfe zu holen.

Trotz seiner differenzierten Schilderung mit Hinterfragen der romantisch-verklärenden präsuizidalen Stimmung fällt es ihm schwer, die eigentlichen Hintergründe seiner Todeswünsche zu artikulieren. Dabei wird der Kontrast zwischen seiner sachlichen, rationalisierenden Schilderung der präsuizidalen Entwicklung im Rückblick und der in erster Linie emotionalen Genese seiner Suizidentscheidung besonders deutlich:

„die Frage warum ist danach immer die schwerste. Das werde ich immer gefragt, ich bin vom Notarzt gefragt worden, warum, vom Krankenhaus, von den Ärzten hier, aber am Anfang weiß man keine Antwort. Man denkt sich, wieso fragen alle warum? Als Betroffener ist das die dümmste Frage, die gestellt werden kann, man hat keine Antwort, man weiß es nicht. Man muss sich selber erst richtig bewusstwerden, warum. Ich hab davor nie überlegt, warum. Ich hab nur gesehen: Dann ist es endlich vorbei, die Erlösung. Irgendwo eine Erleichterung.“

Während sich im Nachfrageteil leicht Anschlussnarrationen generieren lassen, die einige seiner Hauptthemen nochmals vertiefen, gibt Herr Schober kaum biographische Details preis. Einige wenige werden an verschiedener Stelle kurz angeschnitten, dann schwenkt er wieder auf die o.g. Themenkreise um. So erwähnt er hinsichtlich der Wahl der Methode den Suizid eines Onkels mittels Erhängen, was für ihn persönlich jedoch zu „qualvoll“ wäre. Ferner deutet er im Rahmen der Erläuterung der Dynamik seiner Todeswünsche an, dass er „um es nett auszudrücken – eine bescheidene Kindheit hinter“ sich hat. Die Einzelheiten dazu scheint er uns jedoch nicht mitteilen zu wollen oder nicht für relevant zu halten: Er rufe in suizidalen Phasen zwar aktiv schmerzhaft Erinnerungen ab, um sein Leid zu zelebrieren, letztlich habe er diese jedoch „in gewisser Weise verarbeitet“. Den fehlenden Halt, den er innerhalb der Familie erfährt, fasst er zusammen mit seiner fehlenden beruflichen Perspektive und schwierigen finanziellen Situation unter der Formulierung „instabiles Umfeld“ zusammen. Dies seien „schon alle Faktoren, die auf alle Fälle mitspielen“, letztendlich entstehe der Suizidwunsch jedoch „von innendrin“. Zugleich geht er aber davon aus, dass ein tragfähiges soziales Netz, beispielsweise in Form einer festen Partnerschaft, als suizidprotektive Faktoren gewirkt hätten, was wiederum die Bedeutung des Beziehungsansatzes für die Suizidentscheidung verdeutlicht.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Welche Rolle einzelne lebensgeschichtliche Ereignisse und Bezugspersonen im Konkreten gespielt haben, lässt sich also kaum rekonstruieren. Herr Schober erwähnt lediglich eine problematische Kindheit mit einer wenig engen Bindung zur Kernfamilie. Das Verhältnis zu seinen Eltern und seiner Schwester sei zwar „nicht das beste“, es besteht aber wohl zumindest zu den Eltern Kontakt. Nach seinem ersten Suizidversuch sei er überrascht gewesen, dass er sie damit doch sehr getroffen habe. Einen Verlust, der für ihn ein Grund zum Weiterleben wäre, stellten sie allerdings nicht dar. Anders sei dies bei seinen vor zwei Jahren verstorbenen Großeltern der Fall gewesen: Sie „waren die einzigen Personen, bei denen ich nach dem ersten Mal gedacht habe: Oh, die verlier ich“. Es gebe einige Freunde, diese wohnen jedoch entweder weit entfernt und es besteht nur sporadisch Kontakt, oder er kann sich ihnen nicht anvertrauen. Er habe „zwar viel therapeutische und ärztliche Hilfe, aber die ersetzen keine Freunde“. Als wesentlich für seine suizidale Entwicklung betrachtet Herr Schober darüber hinaus die aus seinem unerfüllten Wunsch nach einer Beziehung zu einer Frau resultierende Einsamkeit. Auch geht er davon aus, dass eine feste Partnerschaft ihn insofern von seinen Suizidversuchen abhalten könnte, als er Verantwortung für einen anderen Menschen übernehmen müsste: „Wenn ich jetzt wirklich eine tiefe Partnerschaft hätte, wo ich meinen Partner über alles liebe, dann würde ich mich nicht umbringen, weil ich die Person verletzen würde, und warum würde ich jemanden, den ich liebe, verletzen wollen?“ Präsuizidal habe sich für ihn jedoch weniger die Frage gestellt, „ob mich jemand vermisst, sondern vermisse ich jemanden?“ An Angehörige habe erst wieder unmittelbar nach dem Aufwachen im Krankenhaus wieder gedacht. Dies habe ihm emotional gutgetan, habe zugleich aber auch ein schlechtes Gewissen hervorgerufen: „Wenn jetzt wirklich jemand der mir nahe steht, das dann erfährt - das ist ein überwältigend schönes Gefühl, und deshalb ist damit auch Schuld verbunden, dass man andere verletzt, und anderen Arbeit macht.“ Allerdings habe er bei der Wahl des Settings immer auch darauf geachtet, Mitmenschen damit möglichst wenig zu belasten. So würde er den Suizid nie nachts ausführen („wo ich dann irgendjemanden aus dem Bett klingel“) und keine Methode wählen wollen, bei der wie bei einem Personenschaden andere Menschen von den Gleisen „salopp gesagt - wegräumen müssen, was dann da übrig ist.“

Äußere Ereignisse wirkten aus Herrn Schobers Sicht auf seine suizidale Entwicklung allenfalls im Sinne eines katalysierenden Effektes. Zu seinem ersten Suizidversuch sei es im

Rahmen einer allgemeinen Orientierungskrise in der Pubertät, wo man „sowieso verwirrt“ ist, gekommen. Nebenbei erwähnt er, dass er kurz zuvor in eine Wohnung gezogen war, in der er sich nicht wohlfühlte. Was den Zeitraum vor seinem aktuellen Suizidversuch betrifft, so berichtet Herr Schober von wiederholten Krankschreibungen aufgrund von körperlichen Erkrankungen, die wiederum zur Arbeitslosigkeit geführt hatten. Um welche Krankheit(en) es sich dabei gehandelt hat, führt er nicht weiter aus. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird es sich also dabei nicht um eine lebensverändernde, krisenauslösende Erkrankung gehandelt haben. Möglicherweise spielten (psycho)somatische Beschwerden im Rahmen einer depressiven Entwicklung eine Rolle, Herr Schober äußert sich hierzu jedoch nicht. Jedenfalls führte seine Situation als Empfänger von Transferleistungen zu finanziellen Engpässen, anstehende Reparaturen an seinem defekten Auto verschärften diese weiter. Hinzu sei die Tatsache gekommen, dass er wahrscheinlich „aufgrund von einer kleinen Verkehrswidrigkeit den Führerschein verlieren“ wird. Auch das Gefühl, im Allgemeinen aus seinem Leben nichts zu machen und die Folgerung, dieses daher vielleicht gar nicht zu verdienen, habe als verstärkender Faktor gewirkt. Dagegen kann er sich vorstellen, dass es gar nicht erst zum Suizidversuch gekommen wäre, wenn er bereits wie für den Herbst geplant die Schule wiederaufgenommen hätte, um seinen Abschluss nachzuholen.

Im Rahmen dieser allgemein begünstigenden Umstände gibt Herr Schober einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum von mehreren Tagen bis etwas über einer Woche an, in dem sich seine konkreten Suizidpläne entwickelten. Dabei habe er sich beim ersten Mal länger Zeit gelassen und sein Vorhaben auch immer wieder vertagt. Der zweite Suizidversuch sei kurzfristiger, spontaner und die Methode „stümperhafter“ gewesen, rückblickend vermutet er daher einen unterbewusst weniger ernsthaften Todeswunsch. Die Entwicklung dieses Todeswunsches beschreibt er als ein langsames sich Anfreunden mit der Vorstellung, einen Ausweg gefunden zu haben: „Am Anfang ist es wie ein Wunsch, wie so ein Weg, die endgültige Lösung. Eine in goldenem Geschenkpapier verpackte Lösung - es ist wunderbar, es ist eine wunderbare Idee.“ Damit aus ihr der Wille entsteht, seinen Selbsterhaltungstrieb zu überwinden und sich zum Suizid durchzuringen, habe er sich nur die schlechten Seiten des Lebens vor Augen geführt. Er habe sich aktiv in eine negative Stimmung versetzt, traurige Musik gehört und sich destruktiv verhalten, Konflikte heraufbeschworen und sich wahllos herausgesucht, „was man eben als Zündstoff benötigt“. Zwar hatte er, zumindest beim zweiten Mal, das Wissen über professionelle Hilfsangebote und dass er mit ihnen seine „Probleme vielleicht auch in den Griff bekommen“ könnte. Da er die Vorstellung von einer

Therapie jedoch als „viel zeitaufwändiger, viel kraftaufwändiger“ empfand, habe er sich weiter seinen Suizidphantasien hingegeben:

„Aber irgendwann, wenn man es dann nicht mehr kann - vielleicht auch, wenn der Wille fehlt - dann ist das ein Strom, der einen mitreißt. Der Strudel der Depression, aus dem man vielleicht rausmöchte - aber man sitzt einfach so bequem drin...es ist leichter, drin zu bleiben. Es ist der schwerste Gedanke, sich rauszukämpfen. Es ist leichter, wenn man dem einfach nachgibt.“

So habe er sich sorgfältig mit der Wahl der Methode auseinandergesetzt und schließlich, wenn die Entscheidung gefallen war, ein Gefühl von Erleichterung, Freiheit und Glückseligkeit verspürt. Auch sei ihm plötzlich aufgefallen, dass er nicht einmal mehr negative Gedanken wahrnahm. Denn diese waren in dem nun unmittelbar Bevorstehenden „nicht mehr existent, nicht mehr relevant, weil sie ja in dem, was folgt, was ich eigentlich kontrollieren kann, nicht existieren.“

Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Bereits im dritten Satz beschreibt Herr Schober für beide Suizidversuche unmittelbar vor dem Entschluss ein Gefühl von Freiheit. Dieses erklärt er sich als Erleichterung, nun eine endgültige Lösung für die Probleme gefunden zu haben und als Gewissheit, diese Probleme und sich selbst in letzter Instanz unter Kontrolle zu haben. Den Augenblick und die Methode selbst zu wählen, bedeute für ihn, in den Freitod zu gehen. In jenen Momenten der Aussicht auf die Erlösung von allen Sorgen seien dann selbst die negativen Gedanken nicht mehr vorhanden und er verspüre eine gewisse Gelassenheit. Er gibt jedoch auch zu bedenken, dass der Entwicklungsprozess dorthin durch ein triebartig ansteigendes inneres Druckgefühl charakterisiert ist und dass er Methoden (Skills, Ressourcenarbeit) kennt, dieses frühzeitig zu kontrollieren. Nach einer gewissen Zeit fehle ihm jedoch der Wille und die Kraft, auf diese Alternativen zurückzugreifen, der Suizid scheint als bequemere Lösung. Während für Herrn Schober Freiheit im Suizid also vornehmlich die Gewissheit bedeutet, eine Lösung gefunden zu haben, beschreibt er den Entscheidungsprozess als solchen als weit weniger frei bzw. selbstbestimmt: Der Entschluss sei eine Kapitulation gegen die Depression, die „wie so ein kleiner Teufel, der auf der Schulter sitzt“ auf ihn einrede und ihn schließlich überzeuge, dem Suizidimpuls nachzugeben.

Was seinen Autonomieanspruch gegenüber Dritten betrifft, so habe er einer Intervention von Außenstehenden ablehnend gegenübergestanden und sich aus diesem Grund vor beiden Suizidversuchen auch niemandem anvertraut, denn:

„dann krieg ich wieder Gegenargumente, und die könnten mich überzeugen, aber dann hätte ja quasi die andere Person für mich beschlossen. Wenn sie sagt: Nein, mach es nicht, dann beschließt es die andere Person für mich und setzt mich unter Druck. Und so sage ich ganz klar: Es ist nur meine Entscheidung. Ich äußere keine Absichten gegenüber Anderen, dann kann es mir keiner schlecht reden, so kann mir keiner ein schlechtes Gewissen einreden, so ist es allein mein Wille.“

Hilfe von außen hätte für ihn bedeutet, dass er Alternativen anerkennen muss und darüber hinaus auf andere Menschen angewiesen ist, die ihm wiederum lebensbejahende Perspektiven vermitteln, welche er doch eigentlich so hartnäckig verweigert. Dagegen wäre er in Zeiten, als der Entschluss zum Suizid noch nicht gefallen war, dankbar über jemanden gewesen, „der sagt: Setz dich hin und erzähl mir genau, wie es dir geht! Und hört einem nur zu, das reicht schon.“ Optimalerweise hätte es sich dabei um eine Person aus seinem privaten Umfeld gehandelt. Auch wenn Herr Schober vor allem ein tragfähiges soziales Netz vermisst, gewinnt man im Gespräch insgesamt den Eindruck, dass es für ihn eher zu wenig niederschwellige Hilfsangebote der Suizidprävention gab. Das Thema Unterstützung Dritter beim Suizid bzw. ärztliche Suizidassistenz wird nicht angesprochen.

Haltung zur Suizidentscheidung

Herr Schober möchte uns in unserem Gespräch verständlich machen, wie sich Suizident:innen fühlen und seine Erfahrung mit uns teilen. Seine Entscheidung beurteilt er distanziert und rationalisierend im Rahmen eines plausiblen Erklärungsmodells des Suizids als scheinbar einzige Lösung im Rahmen der depressiven selektiven Wirklichkeitswahrnehmung. Er hat sich intensiv mit dem Phänomen des Suizids auseinandergesetzt, jedoch spart er individuelle Aspekte weitestgehend aus. Seine als problematisch beurteilte Kindheit und Beziehung zur Familie meint er mittlerweile „weggesteckt“ zu haben. Dass dies möglicherweise eben nicht der Fall ist und seine suizidalen Krisen auch Ausdruck nicht verarbeiteter Konflikte sind, kommt in seinem Erklärungsmodell nicht vor.

In seiner rückblickend zu sich selbst distanzierenden, scheinbar wertneutralen Darstellung wird weder ein eindeutiges Bereuen noch ein Verteidigen des Suizidversuches deutlich.

Insgesamt scheint er dankbar über die Möglichkeit neuer Perspektiven. Zugleich äußert er Angst davor, sich den Problemen, vor denen er weglaufen wollte, nun erneut stellen zu müssen. Das Unbehagen, dass er einen weiteren Suizidversuch unternehmen könnte, rufe bei ihm zugleich den Willen hervor, es nicht mehr so weit kommen zu lassen und sich künftig rechtzeitig Hilfe zu holen. Momentan sei er sich jedenfalls „ziemlich sicher“, dass er es „nie wieder machen“ wird.

Zusammenfassend zeigt sich in Herrn Schobers Darstellung eine auffällige Diskrepanz zwischen der retrospektiven Beurteilung seines Suizidversuchs, die er aus einer gleichsam rationalisierenden Außenperspektive vornimmt, und den vorherrschend emotionalen Aspekten seines präsuizidalen Entscheidungsprozesses. Er schildert eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch, gegen die Depression anzukämpfen und dem Bedürfnis, sich seinen Suizidphantasien hinzugeben. Das Wegfallen dieses Spannungszustands durch den Entschluss zum Suizid erlebte er als Befreiung. Dieses Gefühl von Freiheit entspricht dem Verständnis der Handlungsfreiheit; dagegen fehlte es ihm im Rahmen seiner Depression an Wahlfreiheit, die ihm die Wahrnehmung lebensbejahender Alternativen ermöglicht hätte.

Herr Bauer

Biographische Daten

Herr Bauer ist ein Anfang 20-jähriger Student, der im Zuge der letzten drei Monate durch hohe Anforderungen im Studium, vor allem im Sinne ehrgeiziger Leistungsanforderungen an sich selbst, in eine Burn-Out-Situation geraten ist. In den ersten Semestern hatte er sein Studium engagiert verfolgt und nahezu ausschließlich sehr gute Zensuren bekommen. Er ist unter den Kommiliton:innen gut integriert und lebt in einer Wohngemeinschaft in München. Nach vier Semestern häuften sich auf einmal seine Fehlzeiten in Universitätsveranstaltungen, er unternahm weniger mit Freunden und vernachlässigte alltägliche Verrichtungen. Zugleich begann er zu selbstverletzenden Verhaltensweisen zu greifen. Diese waren zunächst darauf ausgerichtet, sich das Augenlicht zu nehmen, indem er sich Pfählungsverletzungen zufügte und infektiöse Kontaktlinsen trug. Als er sich Freund:innen anvertraute, reagierten diese alarmiert und unterstützten ihn unter anderem, indem sie ihn zum Krisendienst begleiteten. Dort wurde ihm ebenso wie von seiner Hausärztin dringend eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen, er konnte sich jedoch nicht zur Organisation eines Therapieplatzes

überwinden. Daraufhin wurde er vorübergehend zu Hause von einem Freund beaufsichtigt. Während dessen Anwesenheit nahm er bei einem Gang auf die Toilette eine Überdosis Paracetamol ein, erbrach diese jedoch unmittelbar selbstinduziert wieder und vertraute sich dem Freund an.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

- Narrationseinstieg: Erschöpfung nach Phase starker Beanspruchung durch das Studium, das er mit großem Ehrgeiz und Engagement verfolgt. Seit ca. drei Monaten zunehmendes Gefühl, den Anforderungen nicht mehr gerecht werden zu können. Autoaggressive Verhaltensweisen, um seinen Einbruch zu begründen und den Ausfall in den Universitätsveranstaltungen zu rechtfertigen. Auf Nachfrage hinsichtlich seines sozialen Rückzugs konnte er sich einem Kommilitonen anvertrauen.

- vor etwa zwei Wochen erstmals Auftreten konkreter Suizidgedanken, ausgelöst im alkoholisierten Zustand durch verletzendes Äußerungen einer befreundeten Kommilitonin; Bedürfnis nach Ruhe und Vorstellung, dies mit einer Überdosis zu erreichen. Seither noch zweimal Wiederholung solcher Episoden, er habe jedoch auf selbstregulative beruhigende Methoden zurückgreifen können. Wunsch nach Aufmerksamkeit und Hoffnung, dass er durch sein Verhalten unmittelbar gezwungen würde, eine Psychotherapie zu beginnen.

- Schilderung von Stimmungsschwankungen mit Phasen guter Laune vs. sozialem Rückzug; schließlich Überdosierung von Paracetamol im Beisein eines Freundes, dem er sich zuvor anvertraut hatte und der ihn aus diesem Grund beaufsichtigte. Beschreibung des Suizidversuchs als spontan mit dem Hintergrund zu beweisen, dass er tatsächlich ein psychisches Problem hat und die Ankündigungen ernst meint.

Interner Fragenteil:

- Vergleich des Erlebens der Situation vor/ während des Suizidversuchs mit der Perspektive im Nachhinein? Er könne nicht mehr richtig auseinanderhalten, inwieweit er tatsächlich geplant hatte, die Tabletten wieder zu erbrechen oder ob der umgehende Abbruch durch die im Moment hochkommende Angst bedingt war. Rückblickende Bewertung insgesamt als Hilferuf.

- Motive des Suizidversuchs? Aussteigen wollen und zugleich diesen Wunsch nicht kommunizieren können; Angst, die Rolle des lustigen Kommilitonen im Freundeskreis zu

verlieren und Wunsch nach Aufmerksamkeit, weiterhin „Stories liefern“ zu können; auch mal schwach sein dürfen

- sich Anderen mitteilen als Alternative zum Suizidversuch? Zwar habe es ihm Erleichterung verschafft, als er sich einem Freund gegenüber öffnete und dieser ihn zum Krisendienst begleitete. Dort sei ihm wie von seiner Hausärztin auch eine psychotherapeutische Behandlung angeraten worden. Das Reden alleine könne sein Problem jedoch nicht beheben. Aufgrund seiner Angst, zu telefonieren, habe er aus eigenen Zügen nicht den Antrieb gehabt, sich einen Therapieplatz zu organisieren.

- Bewusstsein um den Widerspruch, dass es ihn weniger Überwindung kostete, eine potentiell tödliche Dosis Paracetamol einzunehmen als einen Anruf zu tätigen? Er sei sich „immer im Klaren gewesen“ über sein unvernünftiges Handeln. Die emotionale Ebene sei hiervon jedoch völlig losgelöst gewesen und habe impulsartig das Bedürfnis in ihm ausgelöst: „Wie wenn ich Hunger hab, und da ist ein Steak, so hatte ich das Bedürfnis, die Paracetamol zu nehmen.“ Doch auch dieser Impuls sei nur phasenweise vorhanden gewesen.

- Rolle von äußeren Faktoren, Verknüpfung zu Ereignissen in der Vergangenheit? allenfalls in sehr geringem Maße, er habe sich in letzter Zeit lediglich verletzlicher und sensibler gefühlt; weder ähnliche Phasen der übermäßigen Verausgabung noch den folgenden Erschöpfungszustand kenne er von früher.

- Identifikation mit dem selbstverletzenden Verhalten, Kontrolle über die Gedanken, Entscheidungsfreiheit? Rationaler vs. emotionaler Anteil; letzterem ordnet er sein impulsives selbstschädigendes Verhalten zu. Im Vorfeld des Suizidversuchs Wahrnehmung der Umwelt als bedrückender, Interessenlosigkeit, Flucht vor den Erwartungen seiner Mitmenschen

Externer Fragenteil:

- Vorstellung ob bzw. was nach dem Tod kommt? Dies habe keine Rolle gespielt, Beendigung der aktuellen Situation stand im Vordergrund

- Alternativen zum Suizid? Es habe nur zwei Optionen für ihn gegeben: Die Vereinbarung des Therapieplatzes in Verbindung mit Wartezeit oder sich etwas anzutun.

- Dankbarkeit über die Rettung? Unmittelbares Bereuen des Suizidversuchs und der Tatsache, damit wiederum die Erwartungen/ Abmachungen mit seinem Freund nicht erfüllt zu haben. Zugleich Dankbarkeit für dessen Unterstützung.

- Bedeutung von Freiheit, Autonomie? Vorstellung vom Tod als Befreiung von seinen Problemen, Ängsten und Erwartungen Anderer; zugleich Suizidversuch als Mittel, einen Therapieplatz zu bekommen und somit zu seinem „Glück gezwungen“ zu werden.

Herr Bauer beginnt seine Geschichte mit den Worten „also...ich glaube angefangen hat alles mehr oder weniger vor ungefähr drei Monaten“. Dieser Narrationseinstieg deutet bereits auf einen kurzfristigen Verlauf und eine vermutlich vorübergehende Krise hin. Jene Krise drückt sich in Erschöpfung und Antriebslosigkeit aus, er stellt sie der vorangegangenen Phase scheinbar unbegrenzter Motivation und Leistungsfähigkeit gegenüber: „da ist mir aufgefallen, dass ich im Gegensatz zu dem halben Jahr davor, wo ich gelernt habe ohne Ende, also wirklich jede freie Minute genutzt hab, em - auf einmal gar keine Energie mehr habe“. Zu den selbstverletzenden Handlungen sei es aus der Unfähigkeit heraus gekommen, diesen Gegensatz auszuhalten und sich einzugestehen, eine Auszeit zu brauchen. Er habe „sozusagen eine Ausrede“ dafür gesucht, „einen auf krank machen“ zu können, „aber sozusagen eine Stufe höher.“ Hier teilt er uns also bereits eine erste Selbstdeutung mit. Dabei fällt ein fast abwertender Ton auf, aus dem deutlich die Distanzierung von der eigenen Suizidalität herauszuhören ist. Dies kommt auch an anderer Stelle zum Ausdruck: Er gesteht ein, dass er „einfach auch mal den Schwachen spielen wollte so ungefähr“ und sich gelegentlich eine „seltsame Art von Bewunderung“ wünsche, im Sinne von „Schau her – ich hab keine Ahnung – ich bin zum Beispiel blind, oder so.“ Allerdings sei ihm durchaus bewusst gewesen, dass man ihm im Hinblick auf die Wahl des Mittels, diese Aufmerksamkeit zu erlangen, „eine reinhauen müsste.“

Er erzählt ausgehend vom Einsetzen der Erschöpfungsperiode chronologisch, wie es letztendlich zur Intoxikation mit Paracetamol kam. Dabei schildert er den Suizidversuch selbst ebenso wie die Entwicklung dorthin mit den damit verbundenen Gefühlen und Gedanken sehr detailliert, obschon sachlich und emotional distanziert. Er kann sich gut an Einzelheiten erinnern und macht genaue Angaben zum Zeitpunkt der jeweiligen Ereignisse. Diese sind in ihrer Bedeutung für den Suizidversuch seiner Darstellung zufolge sehr konkret an seine aktuelle Lebenswirklichkeit als junger Erwachsener und Student gebunden. Details zu seiner Kindheit und Familie sowie Informationen zu seiner vorausgehenden Lebensgeschichte kommen dagegen nicht zur Sprache. Die Nachfrage, ob er derartige Empfindungen auch mit Erlebnissen aus der Vergangenheit verknüpfen kann, wird von ihm verneint. Entsprechend lässt sich vermuten, dass die Todeswünsche nicht mit einer langfristigen lebensgeschichtlichen Bedeutung in Verbindung stehen.

Herr Bauer teilt seine suizidale Entwicklung selbst in drei Phasen ein. Angefangen mit oben beschriebenem Zustand der Erschöpfung, habe er mittels selbstverletzender Handlungen

sein Bedürfnis nach einer Auszeit zu rechtfertigen gehofft. Die sich anschließende Phase des sozialen Rückzugs habe ihm bewusst gemacht, dass er ein Leben in einem derart interesselosen Zustand nicht auf Dauer führen möchte. Die dritte Phase schließlich sei von dem Gedanken dominiert gewesen, „es durchzuziehen“, aber nur insoweit, als er Aufmerksamkeit bekommt ohne wirklich zu sterben. Er diskutiert jedoch auch, ob der umgehende Abbruch des Suizidversuchs möglicherweise auf die unmittelbar nach der Tabletteneinnahme aufkommende Angst bzw. das Bewusstsein, was er hier eigentlich tue, zurückzuführen sei. Dies könne er im Nachhinein letztendlich nicht mehr rekonstruieren, insgesamt bewertet er den Suizidversuch jedoch als Hilfeschrei.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Während er im narrativen Teil des Interviews den parasuizidalen Charakter und das appellative Moment in den Vordergrund rückt, werden später dennoch tiefere Ursachen seiner Motive deutlich. So habe der Tod für ihn auch die Erlösung von seiner quälenden Erschöpfung bedeutet und schien ihn als nie endender Traum von den Erwartungen Anderer zu befreien. Auch sein vordergründig als Mangel an Antrieb dargestelltes Motiv, durch einen Suizidversuch mit weniger Aufwand an einen Therapieplatz zu kommen, scheint letztendlich in einer grundsätzlichen Furcht vor Bewertung begründet. So habe er „teilweise wirklich Angst“ zu telefonieren, was ihn daran hinderte, eine:n Psychotherapeut:in zu kontaktieren. Mitunter versetze ihn allein die Tatsache, dass Erwartungen an ihn gestellt werden, in Panik: „Also ich bin zum Beispiel total nervös, wenn ich kontrolliert werde, auch wenn ich weiß, dass ich mein Ticket habe und davor gerade gestempelt habe und alles, bin aber trotzdem nervös.“

Trotz der als beklemmend empfundenen Belastung durch äußere Erwartungen ist Herr Bauer in ein tragfähiges soziales Netz eingebunden, auf dessen Unterstützung er sich verlassen kann und für die er dankbar ist. Der Beginn seines Studiums scheint für ihn eine viel weitreichendere Bedeutung zu haben als nur die einer Ausbildung: Neben der neuen Erfahrung, sich selbst als ehrgeizig kennenzulernen und den Erfolg für die eigene Zielstrebigkeit zu erleben, beschreibt er sich in der Rolle des beliebten Kommilitonen. Diese beizubehalten ist ihm offenbar sehr wichtig. Erst einmal im Mittelpunkt stehend, habe er dann „sozusagen immer mehr Stories liefern“ wollen, damit „sozusagen nicht der Gesprächsstoff ausgeht“ und seine Freunde auch weiterhin von ihm erzählen. Andererseits sei er stets derjenige

gewesen, „zu dem die Leute kamen mit ihren Problemen“, und nun wollte er „einfach auch mal den Schwachen spielen“. In diesem Rahmen interpretiert er auch sein anfängliches Vorhaben, sich das Augenlicht zu nehmen. Als „Musterstudent“ könne er „nicht einfach sagen, ich mach mal ein Urlaubssemester, weil es mir nicht so gut geht, da wollte ich eben sozusagen wirklich was festes in der Hand haben. Vor den Prof's, den Freunden, und auch meinen Eltern.“ Dadurch geriet er jedoch gewissermaßen in die Zwickmühle, nun auch den Nachweis erbringen zu müssen, dass er „wirklich irgendein psychisches Problem“ hat und es nicht nur vorschiebt.

Diesem stark appellativen Anteil scheint allerdings zumindest in seinem aktuellen Lebenskontext nicht das Fehlen von Aufmerksamkeit und sozialer Unterstützung zu Grunde zu liegen: Nachdem er sich zum ersten Mal seinem Freundeskreis anvertrauen konnte, habe er „geredet wie ein Wasserfall“. Wiederholt thematisiert er, dass ihn das sich Aussprechen können entlastete. Auch begleitete ihn daraufhin ein Freund zum psychiatrischen Krisendienst, in der akuten Phase war dieser aufgrund der anhaltenden Suizidalität zuletzt sogar rund um die Uhr in zur Beaufsichtigung in seiner Wohnung. Auf die Frage, ob er darüber nachgedacht habe, dass mit dem Tod auch solche positiven Beziehungen verloren gingen, antwortet er allerdings: „Ja, aber ich dachte mir, im Tod ist das ja nicht mehr so notwendig, also die Hilfe. Weil ich ja dann keine Probleme mehr habe.“

So scheint ihn gerade die Anwesenheit des Freundes unter Druck gesetzt zu haben, die gehorteten Tabletten gleichsam als Beweis tatsächlich einzunehmen. Andererseits sei ihn bereits unmittelbar danach ein schlechtes Gewissen überkommen, dass er den Freund getäuscht und damit die gemeinsame Abmachung, sich nichts anzutun, gebrochen hat. Der eigentlich als positiv erlebte soziale Kontext gibt ihm also Geborgenheit und Selbstvertrauen, bedingt jedoch durch seine potentielle Unbeständigkeit zugleich die Angst vor Verlust desselben. So erinnert er als ein Schlüsselereignis, das erstmals Suizidgedanken in ihm auslöste, vordergründig unbedeutende Sticheleien der Kommilitonin, die ihn trotz des Bewusstseins um ihre Loyalität sehr getroffen hätten. Er schildert eine zuvor unbekannte emotionale Instabilität im Sinne einer wechselhaften Stimmung und Wahrnehmung der Umwelt als bedrückender und bedrohlicher.

Im Rahmen der Bedeutung des Suizids als Vermeidung der Begegnung mit anderen Menschen schildert er eine romantisch-verklärende Vorstellung vom Tod als Realitätsflucht

ähnlich seiner Tagträume, die ihm das Gefühl der Sicherheit und Kontrolle geben. Er bilde sich dann seine eigene Welt und die darin auftauchenden Menschen setzten ihn nicht unter Druck, er fühle sich stets losgelöst und entspannt. Den Tod habe er sich als einen „nie endende[n] Traum“ vorgestellt, der Suizid habe für ihn „Einschlafen und dann sozusagen nicht mehr aus diesem Traum aufwachen symbolisiert.“ Dies betrachtet er aber nicht als den Glauben an ein Leben nach dem Tod im eigentlichen Sinne, er habe auch keinerlei religiöse Orientierung diesbezüglich. Es sei ihm „relativ egal“ gewesen, ob sich seine romantische Vorstellung vom Tod als falsch herausstellen würde; sein Bedürfnis nach Ruhe habe im Vordergrund gestanden.

Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Im Interview wirkt Herr Bauer erleichtert über das Misslingen seines Suizidversuchs und das Erreichen einer stationären Krisenintervention. Er ist dankbar für die Rettung und die Möglichkeit, Verantwortung abgeben zu können. Dem damit verbundenen Freiheitsentzug misst er keine wesentliche Bedeutung bei, im Gegenteil habe er ja gerade zu seinem Glück „gezwungen werde[n]“ und seine Motivationsprobleme umgehen wollen. Bezüglich der Entscheidungsfreiheit stellt er zwar einerseits ein gewisses Kalkül dar, zugleich benennt er auch einen ihm fremden, unzugehörigen Anteil, der den Suizidwunsch bedingt habe. Während seine rationale Ebene erkannt habe, „das bist nicht du“, ordnet er sein selbstschädigendes, impulsives Verhalten diesem emotionalen Anteil zu. So habe „dieses Fremde“ ihn die Umwelt als bedrückender wahrnehmen lassen, ihm seine Interessen genommen und ihn somit gewissermaßen zu seinen suizidalen Handlungen getrieben. Dabei habe auch eine Rolle gespielt, dass er einen großen Druck durch Erwartungen Anderer empfindet und diesem entfliehen wollte. Nur in seinen nächtlichen Träumen sei er davon frei, der Suizid wiederum habe für ihn primär Schlafen, also einen ewig andauernden Traum symbolisiert.

Haltung zur Suizidentscheidung

Herr Bauer bezeichnet seinen Suizidversuch selbst als „Hilfeschrei“ und spricht offen darüber, dass es sich dabei primär um den Wunsch nach einer Pause sowie nach Aufmerksamkeit und Verständnis handelte. Den Suizidversuch plante er so, dass er nicht sterben würde, darauf deuten wiederholte Äußerungen bzgl. des Appellcharakters hin. Auch spricht hierfür die eindeutige Ankündigung des Suizids und die spontane Wahl des Zeitpunktes im Beisein eines Freundes, der sich aus diesem Grund in der Wohnung aufhielt. Unmittelbar nach

Einnahme der Tabletten versuchte er, diese wieder zu erbrechen und vertraute sich dem Freund an. Es besteht keinerlei Identifikation mit seiner Selbsttötungsabsicht als Mittel, seine Ziele zu erreichen. Dies scheint auch im Vorfeld bereits der Fall gewesen zu sein, was er sich mit einer Konkurrenz zwischen rationaler und emotionaler Ebene erklärt: Das rationale Bewusstsein, Hilfe zu brauchen und sich unvernünftig zu verhalten, sei von wechselnden emotionalen Impulsen verdrängt worden. Diesen als emotional und irrational benannten Anteil habe er als fremd, seiner Person unzugehörig empfunden. Alternativen zum Suizidversuch als Mittel, schnellstmöglich einen stationären Therapieplatz zu bekommen, habe er nicht gesehen, da ihn – was er auch selbst als paradox erkennt – die Organisation desselben mehr Überwindung gekostet hätte als selbstverletzendes Verhalten. Der Suizidversuch ergab sich demnach aus der Unfähigkeit, seinen Mitmenschen den Wunsch nach einer Zäsur zu kommunizieren oder die notwendige Pause auf andere Weise durchzusetzen. Von seiner langfristigen Biographie gibt Herr Bauer fast nichts preis, was in diesem Fall durch den vorübergehenden Charakter der aktuellen Krisensituation bedingt zu sein scheint.

Zusammenfassend handelt es sich bei diesem Suizidversuch im Grunde genommen um eine appellative parasuizidale Geste, autoaggressive Gedanken und Impulse datiert Herr Bauer lediglich innerhalb der letzten drei Monate zurück. Offensichtlich bestand weder ein ernsthafter Todeswunsch noch eine dauerhafte Lebensmüdigkeit, sondern in erster Linie das Bedürfnis nach Unterbrechung aktueller Belastungen. Präsuizidal stand eine romantisch-verklärende Vorstellung vom Tod im Vordergrund, die ein Gefühl der Erlösung zu versprechen schien. Hiervon distanziert Herr Bauer sich im Nachhinein jedoch eindeutig.

Frau Paul

Biographische Daten

Frau Paul hat wenige Tage vor unserem Gespräch einen schweren Suizidversuch überlebt, den sie nach sorgfältiger Vorbereitung in einem Hotelzimmer durchgeführt hat. Mit dem Gelingen ihres Vorhabens hatte sie fest gerechnet, dennoch hinterließ sie vorsichtshalber ein Schriftstück mit der Verfügung, dass sie lebenserhaltende Maßnahmen ablehnt. Trotz dieser Vorkehrungen wurde sie aufgefunden und intensivmedizinisch behandelt. Aktuell ist sie aus internistischer Sicht außer Lebensgefahr, jedoch bei fortbestehender schwerer Suizidalität auf der geschlossenen Psychiatrie untergebracht. Dies ist nicht ihre erste Therapieerfahrung,

vielmehr hat sie bereits vier stationäre Klinikaufenthalte aufgrund ihrer seelischen Erkrankung hinter sich. Sie kann den Beginn ihrer Depression bis in die Kindheit zurückverfolgen und leidet mittlerweile aus ihrer Sicht über einen Zeitraum von zwanzig Jahren weitestgehend kontinuierlich unter der Krankheit. Bereits bei ihrer Mutter war eine schwere depressive Erkrankung bekannt. Sie wuchs gemeinsam mit Geschwistern auf, es besteht wohl eine enge familiäre Bindung, die Geschwister scheinen bei der Bewältigung ihrer bisherigen suizidalen Krisen involviert gewesen zu sein. Weitere biographische Details erfahren wir nicht.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

- Narrationseinstieg: Bedauern, dass ihr Suizidversuch misslungen ist und Wut, dass man ihre Bitte nach Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen nicht respektiert hat. Ihr geht es unverändert schlecht, sie fühlt sich nicht verstanden; dieser Zustand dauere seit Jahren an, sie beurteilt ihn als ausweglos. Sie äußert ihren Ärger darüber, dass sie in ihrer Not wohl nachlässig war und daher trotz ihrer Vorkehrungen gerettet wurde.

Interner Fragenteil:

- nähere Beschreibung dieser Not als „absolute Verzweiflung, Ausweglosigkeit, Sackgasse, mich selbst nicht mehr ertragen können“. Diese Wahrnehmung entspricht ihrer Auffassung zufolge nicht einer kurzfristigen Sichtweise im Rahmen der Depression, sondern gebe ihre Realität über den Zeitraum der vergangenen zwanzig Jahre wieder. Nun habe sie die Hoffnung aufgegeben, dass sich daran etwas ändern könnte. Früher habe sie in ihrem seelischen Zustand, keine Wünsche zu haben, eine spirituelle Aufgabe im Sinne einer Verweigerung des Materiellen, Weltlichen gesehen.

Externer Fragenteil:

- Mögliche Hoffnung/ Perspektive durch den aktuellen Klinikaufenthalt? Sie kann sich nicht vorstellen, dass mit Hilfe therapeutischer und medikamentöser Behandlung nach ihrer aktuellen depressiven Episode wieder Hoffnung möglich ist. Da sie jedoch angesichts der geschlossenen Unterbringung ohnehin keine Wahl habe, wolle sie es zumindest probieren. Hilfreich dabei ist für sie, dass sie sich beim Oberarzt der Station gut aufgehoben fühlt. Letztendlich betrachtet sie sich aber als unschuldig eingesperrt und ihre Selbstbestimmung als ausgelöscht.

- Haben Sie sich in der Entscheidung zum Suizid frei gefühlt? Nach langer Zeit des Abwägens habe sie sich am Ende in der Entscheidung selbst frei gefühlt. Ihr dauerhafter

depressiver Zustand lasse ihr keine andere Wahl; zugleich äußert sie Schuldgefühle angesichts dieses negativen inneren Erlebens.

- Gibt es Schwankungen dieses Zustandes? Anhaltende, kontinuierliche Unerträglichkeit ihres Daseins und Erschöpfung angesichts der Dauer der Zeit ohne Besserung. Erneute narrative Passage mit dem Beispiel eines Tierversuchs, in dem Ratten zwar Kräfte mobilisieren können, wenn Hoffnung auf Rettung besteht, am Ende jedoch genauso sterben wie das Vergleichstier. Schon in der Kindheit habe sie keine Freude erlebt oder Wünsche und Bedürfnisse gehabt, sie beurteilt diesen Zustand selbst als Persönlichkeitsstörung.

- Perspektive durch Bezugspersonen/ Familie? Mit ihrem Tod würde aus ihrer Sicht eine Belastung für ihre Angehörigen wegfallen.

- Sie spricht von sich aus das Thema ärztlich assistierter Suizid an: Enttäuschung, dass die Studie nicht auf eine Durchsetzung des ärztlich assistierten Suizids ausgerichtet ist, wovon sie vor dem Gespräch ausgegangen war. Unserer Befürwortung einer lebensbejahenden Perspektive entgegnet sie: Dass es Alternativen für sie gibt, „kann nur einer sagen, der nie in der Situation war.“ Es folgt eine argumentative Sequenz, in der sie auf die Belastung ihrer selbst und Angehöriger durch weitere Suizidversuche verweist.

- Gesprächsabschluss: Nochmals Betonung, dass sie keine Hoffnung hat, ihr aktuell aber keine andere Wahl bleibt, als es nochmal zu versuchen und Äußerung, dass sie nicht froh über die Rettung ist und eigentlich gehofft hatte, dass die Studie zur Liberalisierung des ärztlich assistierten Suizids beitragen würde.

Frau Paul kommuniziert gleich zu Beginn des Gesprächs sehr bestimmt ihre Hauptanliegen, den Sterbewunsch und den Vorwurf, dass ihr Recht auf Selbstbestimmung missachtet wurde: „Ja, also für mich ist es so, dass ich bedaure, dass es nicht geklappt hat, nach wie vor. Zum Teil bin ich wütend, weil ich eben in einem Schreiben darum gebeten habe, dass keine lebenserhaltenden Maßnahmen gemacht werden sollen, und darüber bin ich zum Teil auch sehr ärgerlich. Weil ich es ja selbstbestimmt, schwarz auf weiß, da liegen hatte.“

Mit der Formulierung „schwarz auf weiß“ hebt sie hervor, dass dieses Recht auf Selbstbestimmung für sie unverhandelbar ist und sie nicht einsieht, wie eine derart klare Äußerung umgangen werden kann. Nach wie vor fühle sie sich in ihrer Verzweiflung nicht wahrgenommen. Im Anschluss an diese einleitende Artikulation ihrer Wut und ihrer Botschaft setzt sie die kurze Narrationsphase fort, indem sie die Entwicklung ihrer Todeswünsche als einen nunmehr über zwanzig Jahre andauernden Kampf schildert. Daher habe sie auf „längere

Sicht schon im Hinterkopf diese Version“ gehabt, sich unter abgeschiedenen Bedingungen in einem Hotelzimmer das Leben zu nehmen. Dass sie trotz ihrer Vorkehrungen gefunden wurde, führt sie auf einen ihrer Not geschuldeten Flüchtigkeitsfehler, eine „Dummheit“, zurück: „sonst ... hätte man nicht so schnell die Spur aufnehmen können.“ Dabei nimmt sie vorweg, dass dahinter ihrer Überzeugung nach kein „geheimer Wunsch“ auf Rettung steckte. Vielmehr macht die Bezeichnung „Spur aufnehmen“ deutlich, dass sie sich nicht gerettet, sondern verfolgt und genötigt sieht.

Im folgenden internen Frageteil beschreibt Frau Paul uns ihre Verzweiflung und ihre Bezuglosigkeit zum eigenen Dasein näher. Auf unsere Nachfragen hin hält sie daran fest, dass sie keine Hoffnung auf eine künftige Besserung ihres Zustands hat. Frau Paul ist weiterhin schwer suizidal, so dass dem Gespräch auch unter therapeutischen Gesichtspunkten ein gewisser Rahmen gesetzt wurde. Der externe Frageteil bewegt sich somit zwischen dem Versuch, Frau Paul in ihrer Not anzuhören und ernstzunehmen, ihr zugleich aber auch lebensbejahende Alternativen und Perspektiven aufzuzeigen. Dies scheint in ihr jedoch zum Teil das Gefühl auszulösen, missverstanden zu werden. Sie verteidigt ihre Position beharrlich und reagiert mitunter gereizt auf unsere Einwände, dass die Depression sich bessern und sie „die Dinge, die [...] [ihr] jetzt so schmerzlich fehlen, wieder erleben“ könne. Wie als Hinweis darauf, dass wir ihr nicht adäquat zuhören, entgegnet sie: „Sie sagen wieder erleben – ich hab sie noch nie erlebt. Denn mein Leben war immer ohne Freude“ und: „ich habs nie gehabt, wie gesagt. Das wäre dann das erste Mal, dass es käme“ und: „wie gesagt, ich hatte noch nie Wünsche, in dem Sinne.“ In ihrer starken emotionalen Beteiligung werden ihre Verzweiflung und die Wahrnehmung, dass man ihr mit der Behandlung Unrecht und Gewalt antut, deutlich. Frau Paul weint während des Gesprächs viel, insbesondere im Rahmen der Thematisierung ihrer subjektiven Ausweglosigkeit, der Unerträglichkeit und Dauerhaftigkeit ihres Leidens sowie ihrer Verzweiflung über den aufgezwungenen Freiheitsentzug.

Diese Punkte sind zugleich die wesentlichen Themenkreise unseres Gesprächs. Die anhaltende Bezuglosigkeit zum eigenen Dasein sowie die Unfähigkeit, Freude zu empfinden und Wünsche zu haben, lösen bei ihr eine tiefgreifende Verzweiflung aus. Unablässig wiederholt Frau Paul, dass ihr unerträglicher Zustand seit nunmehr zwanzig Jahren anhalte. Wenn sie im Gespräch die Möglichkeit von Perspektiven und Besserung ihres Zustands zurückweist, ist dies stets verbunden mit dem Erwähnen dieses Zeitraums. Er scheint für sie einen symbolischen Wert zu haben im Sinne einer Zäsur nach einer langen Zeit des Kampfes, nach

dem sie nun angesichts der „Dauer der Zeit, die [...] [ihr] jede Möglichkeit nimmt, weil das einfach schon zu lange geht“, die Hoffnung auf Änderung aufgeben. Sie erzählt zudem von einem Tierexperiment, das sie als Symbol für ihr bisheriges Ankämpfen und die Sinnlosigkeit, daran festzuhalten, betrachtet: Werfe man eine Ratte in ein Wasserbecken ohne Möglichkeiten, sich selbst zu retten, ertrinke sie sehr bald. Biete man ihr dagegen immer wieder einen Strohhalm an, schwimme sie weiter, bis sie letztlich ebenso – nur nach längerer Zeit – ertrinke.

Frau Pauls aktuelle Perspektive ist also geprägt von einer anhaltenden suizidalen Krisensituation, sie hat kaum Zuversicht auf eine Änderung ihres Zustands und sieht sich selbst langfristig in einer unveränderlichen „Sackgasse“. Zusätzliche Verzweiflung entsteht durch den Freiheitsentzug in der geschlossenen Psychiatrie. Letztendlich scheint sie sich von ihrem aktuellen Klinikaufenthalt nicht wesentlich mehr zu erwarten als von der Situation der Ratte in ihrem Gleichnis. Ein wenig Hoffnung setzt sie in die neuen Medikamente und die Beziehung zum Stationsoberarzt. Dennoch formuliert sie mehrmals, dass sie ja angesichts der geschlossenen Unterbringung ohnehin „keine andere Wahl habe“ und auch nur aus diesem Grund bereit ist, sich auf einen erneuten Therapieversuch einzulassen. Sie betont, dass sie eine appellative Komponente ihres Suizidversuchs ausschließt und vertritt die Auffassung, dass ihren Angehörigen mit ihrem Tod eine Last genommen würde.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Frau Paul berichtet, dass sie sich im Vorfeld natürlich damit auseinandergesetzt habe, was sie ihren Angehörigen mit ihrem Suizid antun würde. Letztendlich sei sie jedoch zu dem Schluß gekommen, dass ihre Angehörigen langfristig ohne sie glücklicher wären. Denn auch die ständige Belastung und Forderung durch ihre jahrelange Krankheit müsse man bedenken und „wenn Schluß ist, wird’s dann zwar erstmal eine Wunde sein, aber die wird ja heilen, das wäre kein Dauerzustand, es würde besser werden.“ Über die Unterstützung ihrer Familie äußert sie sich wertschätzend. Vorwürfe und Konflikte erwähnt sie ebenso wenig wie positive Beziehungen und Begegnungen. Allerdings scheinen die familiären Bindungen sehr tragfähig zu sein, die Geschwister begleiten und tragen sie seit vielen Jahren durch ihre Krisen. Obschon sie auf lange Sicht die Entlastung ihrer Geschwister durch ihren Suizid als gewichtiger beurteilt als den damit verbundenen Verlust, gesteht sie ein, dass letzterer zunächst sehr schmerzlich würde.

Frau Paul bezieht sich nicht auf konkrete krisenhafte Lebensereignisse, ihr Wunsch zu sterben bezieht sich auf ihr individuelles Dasein auf der Welt im Allgemeinen. Das passt auch zu ihrer Argumentation, dass der Todeswunsch in ihrem krankhaften Innenleben begründet ist und mit äußeren Faktoren nichts zu tun hat: „Mein Zustand, ist einfach meine Meinung, mein Erleben lässt mir keine andere Möglichkeit, nicht die Außenwelt, sondern für mich persönlich, in mir drin.“ Sie kann kaum positive Aspekte ihres Lebens benennen, dieses sei schon seit der Kindheit „immer ohne Freude“ gewesen. Es habe bisher für sie lediglich vereinzelte schöne Momente gegeben, wenn beispielsweise „ein Lachen möglich war“ und sie „irgendwie einen Satz“ oder „ein Buch gelesen“ habe, in dem sie „was angesprochen“ hat. Dagegen habe sie sich „nie gefragt: Welche Ziele und Bedürfnisse habe ich eigentlich“ und betrachtet „diese Ziellosigkeit, diese Interessenlosigkeit“ selbst als „eine Art von Persönlichkeitsstörung“. Früher habe sie versucht, ihre Bezuglosigkeit zu sich selbst und zur Welt im Sinne einer Verweigerung von materiellen Werten positiv zu deuten, was sie im Grunde genommen bisher am Leben gehalten habe: So habe sie ihre Unfähigkeit, Freude zu empfinden lange Zeit als „religiöses Statement“ betrachtet, das sie „in einer spirituellen Form lösen“ müsse, und sie als eine besondere Aufgabe bzw. Sinn ihres Lebens verstanden. Mittlerweile sei sie jedoch davon überzeugt, schlichtweg krank zu sein, sich nicht durch eine besondere Tugend sondern im Gegenteil durch „Unvermögen“ und „Mangel“ auszuzeichnen. Da sie nun erkannt habe, dass Gott will, dass „man sich auch an den materiellen Dingen freut, weil dafür sind sie da“, fühle sie sich umso mehr schuldig, nicht dazu fähig zu sein: Sie wisse, sie sollte „dankbar sein über so viele Sachen und kann es nicht“, was für sie folglich „mit einer Sündhaftigkeit verbunden“ ist.

Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Frau Pauls Forderung nach Anerkennung ihrer Autonomie bestimmt einen großen Anteil des Gesprächsinhalts. Mehrfach beklagt sie ihren aktuellen geschlossenen stationären Aufenthalt als aufgezwungenen Freiheitsentzug, der ihr „keine Wahl“ lasse: „ich hab den Eindruck, dass man nicht wirklich die Situation – also meinen Zustand – wahrnimmt, wie er ist, so schlecht. Was auch an mir liegen kann, dass ich es vielleicht nicht genügend transportiere.“ Dass ihr schriftlich niedergelegter Wunsch, nicht gerettet zu werden, übergangen wurde, erlebt sie „letzten Endes wie eine Art von Vergewaltigung“. Sie hat das Gefühl, „unschuldig eingesperrt zu sein“, ihre Selbstbestimmung sei „ausgelöscht“. Die Perspektive

einer Therapie sehe sie für sich nicht, zumal ihr bisherige Klinikaufenthalte nicht geholfen hätten, sondern „teilweise auch traumatische Erfahrungen“ gewesen seien. Die aktuelle Einnahme von Psychopharmaka scheint sie als Unterdrückung ihrer selbst und ihrer Autonomie zu empfinden: Sie hat die Medikamente für das Gespräch pausiert, da sie andernfalls „wahrscheinlich nicht so fähig [gewesen wäre], zu reden.“ An anderer Stelle räumt sie jedoch zugleich ein, dass ihre „Hoffnung auf die Medikamente“ hilfreich für sie sei.

Was ihr Freisein in Bezug auf den suizidalen Entscheidungsprozess betrifft, so habe sie sich „frei gefühlt, zum Schluß ja.“ Sie beschreibt allerdings auch ein Erleben geprägt von „absolute[r] Verzweiflung, Ausweglosigkeit, Sackgasse, [sich] selbst nicht mehr ertragen können“ als Grund für ihre suizidale Entwicklung. Dieses lasse ihr „keine andere Möglichkeit“, sei aber unabhängig von äußeren Umständen in ihrer Person verwurzelt. Man könnte dies verstehen als ein subjektives Ausgeliefertsein gegenüber einem unerträglichen inneren Erleben, das von außen weder einseh- noch bekämpfbar scheint und dem sie nach ihrer Einschätzung – als letzte Freiheit und als Ergebnis einer „rein rational[en]“ Abwägung – nur durch Selbstvernichtung entgehen kann.

Zum ärztlich assistierten Suizid äußert Frau Paul sich dementsprechend von sich aus: Sie hat die Patient:inneninformation zur Studie so verstanden, dass letztere die Anregung einer liberaleren Regelung in Deutschland zum Ziel hat. Über die Entgegnung eines der Interviewer:innen, dass er den ärztlich assistierten Suizid nicht als Option für sie betrachtet und auch generell nicht befürwortet, ist sie enttäuscht. Persönlich würde sie „Unbedingt“ „dafür stimmen“; dass es immer Alternativen dazu gibt, könne „nur einer sagen, der nie in der Situation war.“ Zudem weist sie auf die Tatsache hin, dass „so viele Suizide [...] gleichzeitig andere Menschenleben mit ins Unglück ziehen – wenn dann eben der Zugfahrer mit hineingezogen wird.“ Sie „denke, das müsste wirklich nicht sein. Und wenn einer die Absicht hat, dann hat er die Absicht.“ Auch könne diese Option verhindern, ständig erneutes Leiden durch wiederholte Suizidversuche für die Betroffenen aber auch die Angehörigen entstehen zu lassen.

Haltung zur Suizidentscheidung

Frau Paul betrachtet den Suizid nach zwanzig Jahren vergeblichen Kämpfens als einzigen Ausweg aus einem Leben, das sie „frühs vom Augen aufmachen bis abends zum ins Bettgehen“ als unerträglich empfindet. Sie sieht sich selbst dauerhaft in einer unveränderlichen

„Sackgasse“, die Entscheidung zum Suizid war bereits „auf längere Sicht schon im Hinterkopf“ vorhanden. Zum Zeitpunkt unseres Gesprächs ist sie nach wie vor schwer suizidal, bedauert das Misslingen ihres Vorhabens und wirft sich selbst „Dummheit“ und „Fehler“ bei der Vorbereitung vor. Sie äußert sich offen darüber, dass sie weiterhin sterben möchte und sich lediglich aufgrund der technischen Unmöglichkeit durch die geschlossene Unterbringung noch nicht „davongemacht“ hat. Von unserer Studie hatte sie sich eigentlich erhofft, dass diese eine Liberalisierung des ärztlich assistierten Suizids durchsetzen möchte. Entsprechend enttäuscht ist sie zu erfahren, dass die Studie nicht darauf ausgerichtet ist. Letztlich sei sie ohnehin überzeugt, dass es mit ihr „trotzdem so enden“ wird. Dennoch kommt im Gespräch mehrmals zur Sprache, dass sie bereit ist, dem Oberarzt der geschlossenen Psychiatrie Vertrauen entgegenzubringen. Es helfe ihr, dass er an ihrer statt daran glaubt, dass ihr Zustand sich bessern wird: Da sie ja ohnehin „keine andere Wahl mehr habe“, wolle sie „es jetzt einfach mit ihm nochmal probieren.“ Sie habe zwar „nicht viel Hoffnung“, er strahle jedoch als einzige Person etwas aus, dass sie sich „ein bisschen aufgehoben fühle.“

Zusammenfassend steht der Todeswunsch von Frau Paul in einem deutlichen Zusammenhang mit ihrer schweren Depression. Gleichwohl macht sie den subjektiven Anspruch geltend, sich angesichts der von ihr erlebten Ausweglosigkeit zu dieser Erkrankung reflexiv verhalten zu können und eine rationale Entscheidung gegen ein von ihr als sinn- und wertlos wahrgenommenes Dasein treffen zu können. Durch die damit verbundene massive Einschränkung ihrer subjektiven Lebensqualität empfindet sie es als unzumutbaren Zwang, weiterleben zu müssen.

Herr Ernst

Biographische Daten

Herr Ernst bezeichnet sich selbst ironisch als „Universaldilettant“: Er absolvierte eine Ausbildung als Marineoffizier, wo er vom Segeln bis hin zum Führen eines Kampfschiffs mit der Seefahrt vertraut gemacht wurde. Über die Bundeswehr bekam er die Möglichkeit, zu studieren. Mit 23 Jahren erhielt er sein Diplom und fuhr nach dem Studium zehn Jahre lang zur See. Hier bereiste er mit dem gesamten Nordatlantik, der Karibik, dem kompletten Mittelmeer mit Vorstößen auch ins rote Meer große Teile der Welt. Mitte der achtziger Jahre verließ er die Marine und zog nach Süddeutschland, wo er im Forschungsbereich der

Wehrtechnik eines großen Unternehmens tätig war. Dort stieg er rasch zum Vorstandsassistenten auf. Seine Karriere stagnierte jedoch durch die Tatsache, dass es durch Konzernfusionen zu Veränderungen der Unternehmensstruktur kam. Als Folge des damit verbundenen Personalabbaus auch in der Führungsebene musste er seinen Posten als Vorstandsassistent aufgeben. Er behauptete sich jedoch weiterhin im fusionierten Unternehmen und wurde Fachbereichsleiter. 1992 beendete er seine Laufbahn in der Wehrtechnik und wechselte in den Bereich der Energie- und Abfallwirtschaft. Dies war mit einem erneuten Umzug in eine andere Stadt verbunden, wo er bei einem Finanzdienstleister angestellt wurde. Durch den hier erlangten Zugang zum Finanzwesen machte er über die Verrechenbarkeit von steuerlichen Verlusten mit steuerlichen Gewinnen über ein Jahrzehnt lang lukrative Geschäfte. Als durch gesetzliche Änderungen diese Art von Steuerspareffekten nicht mehr möglich waren, begann sich – zumal er seine gesamten Ersparnisse in die eigene Firma gesteckt hatte – ein finanzieller Engpass für ihn zu entwickeln. Fünf Jahre später war er erstmals „bankrott“. Im darauffolgenden Jahr kam es zu seinem ersten Suizidvorhaben, indem er mit einem Auto gegen einen Baum fahren wollte. Er brach den Plan jedoch in letzter Minute ab und vertraute sich seiner Lebensgefährtin an, die zum damaligem Zeitpunkt in der Psychiatrie arbeitete und ihren Vorgesetzten informierte. Es folgte ein großer Polizei- und Notarzteinsatz, Herr Ernst wurde für 24 Stunden in der geschlossenen Psychiatrie untergebracht. In der darauffolgenden Zeit nahm er professionelle Hilfe in Hinblick auf sein Alkoholproblem in Anspruch und beantragte Arbeitslosengeld. Letzteres war mit ständigen Auseinandersetzungen mit den Behörden verbunden, hinzu kamen finanzielle Streitigkeiten im Rahmen des Scheidungsprozesses mit seiner Ehefrau. Diese hatte kurz nach dem ersten Suizidversuch die Scheidung eingereicht. Eine berufliche Neuorientierung mit nennenswerten Erfolgen blieb aus, es folgte zweieinhalb Jahre nach dem ersten der zweite Suizidversuch mittels Tablettenintoxikation. Nach Einnahme der Medikamente konnte er sich jedoch selbst helfen und ließ sich in die Klinik aufnehmen. Aktuell befindet er sich auf der toxikologischen Überwachungsstation, eine Verlegung auf die psychiatrische Normalstation zur Weiterbehandlung ist geplant.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

- Narrationseinstieg: Beruflicher Werdegang: Er bezeichnet sich selbst als „Generalmanager“ bzw. „Universaldilettant“ und schildert seine Entwicklung von der Ausbildung zum Marineoffizier über sein Ingenieursstudium bis zur kontinuierlichen Weiterbildung und Spezialisierung im Berufsleben. Über lange Jahre nutzte er jede Gelegenheit, beruflich aufzusteigen und finanzielle Erfolge zu erzielen.
- Nach Konzernfusionen erste Stagnation seiner vielversprechenden Karriere und Umorientierung auf das Finanzwesen. Ab 2004 erstmals deutliche finanzielle Einbuße, 2008 Eingeständnis des privaten finanziellen Ruins und Entscheidung zum ersten Suizidversuch
- zweieinhalb Jahre finanzieller Schwierigkeiten durch Arbeitslosigkeit, Güterauseinanderetzung und Prozesskosten im Rahmen der Scheidung. Kontaktabbruch zur Tochter angesichts finanzieller Streitigkeiten
- sehr ausführliche Darstellung subjektiver Ungerechtigkeiten in seiner Position als Empfänger von Transferleistungen
- Im Kontrast zu diesen Erfahrungen Wertschätzung der Unterstützung, die er momentan von seiner Lebensgefährtin einerseits und von professioneller Seite im Krankenhaus andererseits bekommt; Dankbarkeit über diese Hilfe und Entschlossenheit, sie in Anspruch zu nehmen; Vorsatz, neue Perspektiven aufzubauen

Externer Frageteil:

- Rolle der Freiheit? Herr Ernst betrachtet seine Suizidentscheidung als konstantes Ergebnis wiederholter Bewertungen seines Scheiterns als „Universaldilettant“. Obschon „vom Gesamtanspruch her“ gescheitert, sei er bereit, neue Perspektiven aufzubauen. Er signalisiert, dass er die Diskussion über Motive und Faktoren des Entscheidungsprozesses beenden möchte, es seien eben „dann wieder viele Einzelaspekte, die dann zu einem komplexen Ganzen werden.“
- Beteiligung von Emotionen am Entscheidungsprozess? Emotionalität sei ein „Kampf“, den er „lange gekämpft habe und verloren habe“. Begründung mit der Leidenschaftslosigkeit seiner Exfrau und seiner Tochter, deren Abhängigkeit vom Urteil Anderer, was ihn „teilweise fast in den Wahnsinn getrieben“ habe. Kontrastierung mit seiner eigenen Eigenschaft, sich für die Dinge zu begeistern; diese sei es, die ihn in der jetzigen Situation wieder aufbaue.

- Interviewabschluß mit der Perspektive, sich als U-Bahnfahrer zu bewerben und vielleicht noch einmal einen Urlaub in Südafrika machen zu können.

Herr Ernst beginnt seine Narration mit dem Satz: „Letztendlich sprechen wir über zwei Versuche“ als Antwort auf die Frage, wie er selbst seine Entscheidung zum Suizidversuch erlebt habe.

Unmittelbar im Anschluss schwenkt er auf ein chronologisches Erzählen seines Lebenslaufes um und stellt seine Biographie als Schilderung seines beruflichen Aufstiegs und Niedergangs dar. Die einleitende Aussage „mein Leben ist eigentlich relativ kurz erzählt“ steht im Kontrast zu den nachfolgenden detaillierten Ausführungen. Die Übermittlung der Tatsache, dass ein erfülltes, erfolgreiches Leben hinter ihm liegt, scheint ihm wichtig zu sein. Es wird bald deutlich, dass seine Karriere der wesentlichste Abschnitt seines Lebens ist, über den er seine Person hauptsächlich definiert. Entsprechend symbolisiert deren Ende das Scheitern seines Lebens als Ganzes. Herr Ernst verfolgt einen streng chronologischen Handlungsstrang, auf den er auch nach inhaltlichen Fragen von unserer Seite bzw. erläuternden Passagen immer wieder zurückkommt. Seine Narration lässt sich ausgehend von seinem Studium in verschiedene Sinnabschnitte, die ungefähr den geschilderten Lebensphasen entsprechen, untergliedern:

1. Berufliche Orientierung, Aufstieg und Höhepunkt des Erfolgs
2. Stagnation und Niedergang der Karriere mit erstem Suizidversuch als Folge
3. Phase der Reorientierung und erneutes Scheitern
4. Existenznot mit zwischenmenschlichen Enttäuschungen und Ankämpfen gegen Widerstände
5. Phase des Neuanfangs trotz weiterhin negativer Bilanz und Anpassung des Lebenskonzepts
6. Rolle von Emotionalität, Enttäuschung durch Ehefrau und Tochter, eigene Leidenschaft
7. Interviewabschluss mit positiven Zukunftsperspektiven

Der Phase der beruflichen Karriere und der Phase der Existenznot kommen im Verhältnis zur gesamten Erzählung die größten Anteile zu. Die Narration führt auf zwei Höhepunkte hin, die jeweils durch die beiden Suizidversuche markiert werden. Nach umfangreichen, aufzählungsartigen Darstellungen zum beruflichen Aufstieg folgt als erster Höhepunkt das

Eingeständnis des eigenen Scheiterns und finanziellen Ruins mit begonnenem, jedoch nicht in letzter Konsequenz ausgeführtem Suizidversuch. Nach einer Phase der Reorientierung mit dem Versuch, das ursprüngliche Lebenskonzept wieder aufzugreifen, zieht Herr Ernst erneut eine negative Bilanz. Schikanen durch die Bürokratie und Ungerechtigkeiten in der Scheidungsauseinandersetzung mit seiner Frau führten zu anhaltenden finanziellen Problemen, diese Phase nimmt die nächste längere Passage der Erzählung ein. Symbolhaft stellt die Aufgabe seines Autos den zweiten Höhepunkt dar, gefolgt vom aktuellen Suizidversuch.

Im gesamten Interview wird immer wieder Herr Ernsts Selbstidentifikation über die eigene Leistung und Karriere bzw. die Ausrichtung seines Lebenskonzepts an beruflichem Erfolg und finanziellem Wohlstand deutlich. Seine Narration setzt mit dem Beginn seiner Berufsausbildung ein. Über Kindheit, Jugend, Eltern und evtl. vorhandene Geschwister erfahren wir nichts. Erst nach einiger Zeit erwähnt Herr Ernst erstmals kurz sein Privatleben, jedoch kommt diesem auch hier nur die Rolle eines Nebenschauplatzes zu. Der Zusammenhang ergibt sich aus einem Umzug im Rahmen seiner beruflichen Karriere, aufgrund dessen Frau und Tochter ihm nicht mehr gefolgt seien. Ihre Gründe, das Abitur der Tochter und die Pflege ihrer „ach so kranke(n) Mutter“, sind für ihn nicht nachvollziehbar. Er bejaht die Frage, ob dies eine Enttäuschung gewesen sei und lenkt dann das Gespräch wieder auf seine Karriere zurück.

Seiner Darstellung zufolge spielten familiäre Probleme keine Rolle bei der suizidalen Entwicklung. Letztere beschreibt er als Prozess im Sinne einer Bilanz, mittlerweile ein Leben zu führen, das seinen Ansprüchen nicht genügt. Der erste Suizidversuch vor einigen Jahren wird detaillierter beschrieben mit der Vorbereitungsphase, dem Abbruch und dem Anruf bei seiner jetzigen Lebensgefährtin, der zur stationären Einweisung führte. Dagegen gibt er zum aktuellen Versuch abgesehen von der erneuten negativen Bilanz kaum Details preis. Auf Nachfrage erfahren wir jedoch, dass er sich auch dieses Mal selbst retten konnte, indem er sich selbständig in der Klinik aufnehmen ließ. Die rein sachliche Darstellung der Entwicklung anhand seines beruflichen Werde- und Niedergangs spiegelt einmal mehr den stark rationalen, bilanzierenden Charakter seiner präsuizidalen Reflexion wieder.

Herrn Ernsts aktuelle Perspektive ist geprägt von der Motivation, nochmals einen Neuanfang zu versuchen. Der Aufenthalt in der Psychiatrie gebe ihm die Möglichkeit, „die Sache wieder gerade zu biegen“. Er möchte sich helfen lassen und psychotherapeutische Begleitung in

Anspruch nehmen. Zur Unterstützung von professioneller Seite, wie er sie durch den Sozialdienst und psychiatrischen Konsildienst momentan im Krankenhaus erhält, äußert er sich sehr wertschätzend. „Es gibt ja genügend Alternativen“ und „genügend Leute, die auch helfen!“. Er ist entschlossen, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen und neue Perspektiven aufzubauen. Anders als beim letzten Mal sind diese jedoch nicht auf eine Wiederherstellung des ursprünglichen Wohlstands ausgerichtet, sondern vielmehr auf eine Anpassung seines Lebenskonzepts an die vorhandenen Möglichkeiten. So möchte er sich nun zum U-Bahnfahrer ausbilden lassen. Obschon damit für ihn „keine Reichtümer mehr“ zu erwarten seien, so hätte er doch eine Aufgabe, die ihm Freude bereiten und ein solides Auskommen ermöglichen würde. So habe er die Hoffnung, gelegentlich einen Urlaub in Südtirol oder sogar eine Reise nach Südafrika unternehmen zu können.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Herr Ernst blickt auf eine bemerkenswerte berufliche Karriere zurück, die sein zentraler Identifikationsgegenstand war und ist. Nach seiner Hochschulausbildung nutzte er stets jede Gelegenheit zur Fort- und Weiterbildung und konnte zudem über seinen Beruf große Teile der Welt entdecken. Nach einem beruflichen Wechsel ins Finanzwesen konnte er hier zunächst ebenfalls eindruckliche Erfolge erzielen, bis diese durch Gesetzesänderungen stagnierten und damit sein bisheriges gut situiertes Dasein beendet war. Nach vielen Jahren, in denen Herr Ernst stets seine ehrgeizigen Ziele mit eigener Leistung zu voller Zufriedenheit erreicht hatte, führte das Ende seines beruflichen Erfolgs zu einer ersten krisenhaften Entwicklung. Während er bisherige Tiefpunkte seiner Karriere aus eigener Kraft überwunden und zum Guten gewendet hatte, erlebte er das Eingeständnis seines privaten finanziellen Ruins als Scheitern seines Lebens als Ganzem. Enttäuschung und Ärger über den mangelnden Erfolg führten damals zu seinem ersten Suizidplan, den er jedoch kurz vor der Ausführung verwarf. Dass es dennoch zu einem Großeinsatz von Polizei und Rettungsdienst mit folgender Unterbringung in der geschlossenen Psychiatrie kam, kränkte ihn damals sehr, zumal für ihn auf einem Missverständnis beruhend. Andererseits erlebte er als positiv, dass er dadurch Unterstützung in seiner Notlage bekam. Er nahm die Möglichkeit zu einem Neuanfang wahr und suchte sich professionelle Hilfe zur Überwindung seines Alkoholproblems. Schließlich war mit seinem Antrag auf Arbeitslosengeld II zunächst „alles getan, um wieder auf die Beine zu kommen.“

Ob Krisenerfahrungen oder Todeswünsche in seinem Leben zuvor schon einmal eine Rolle gespielt haben, erfahren wir nicht. Auch kommen kaum von beruflichem Erfolg und finan-
ziellem Wohlstand unabhängige Faktoren zur Sprache. Es gibt keinerlei Hinweise auf die
Umstände, in denen Herr Ernst aufgewachsen ist und ob es in seiner Kindheit traumatische
Erfahrungen gab. Zwischenmenschliche Konflikte, von denen wir erfahren, sind die Schei-
dung von seiner Frau und der Kontaktabbruch zu seiner Tochter. Er bejaht, dass der Ent-
schluss der beiden, ihm bei seinen beruflichen Umzügen nicht mehr zu folgen, eine Enttäu-
schung für ihn gewesen war. Seine Exfrau wird abwertend dargestellt, er kritisiert ihre Ab-
hängigkeit vom Urteil Anderer, die auch seine Tochter übernommen habe. Beide seien völlig
leidenschaftslos, was ihn „teilweise fast in den Wahnsinn getrieben“ habe. Dies beantwortet
für ihn die Frage nach der Beteiligung von Emotionen am Entscheidungsprozess zum Suizid:
Hierbei handle es sich um einen „Kampf“, den er „lange gekämpft habe und verloren habe“. Neben diesen Eigenschaften sei die Beziehung zu Exfrau und Tochter durch finanzielle Aus-
einandersetzungen getrübt worden. Kurz nach dem ersten Suizidversuch reichte seine Frau
die Scheidung ein, in der folgenden Güterauseinandersetzung fühlte er sich benachteiligt.
Sehr enttäuscht und unerwarteter getroffen als die Trennung seiner Frau habe ihn zudem die
Tatsache, dass er in seiner finanziellen Notlage keine Unterstützung von seiner Tochter er-
halten habe. Nachdem er sie durch die Ausbildung bis zur Promotion „geführt und beglei-
tet“ hatte und den Schwiegersohn beim Abbezahlen des BaFöG unterstützt hatte, weigerten
sich die beiden, ihm ebenfalls unter die Arme zu greifen und leugneten sogar, Hilfe von ihm
erhalten zu haben. Seitdem habe er den Kontakt abgebrochen; sollte seine Tochter allerdings
jemals in Not sein, so könne sie jederzeit zu ihm kommen.

Im Beziehungsabbruch zu seiner Familie wird deutlich, dass Herr Ernst sein Bewerten und
Handeln an den übergeordneten Idealvorstellungen der eigenen beruflichen Karriere aus-
richtet. Es lässt sich eine wenig flexible Orientierung an Erfolg und finanzielles Wohlerge-
hen vermuten. Als Beginn des Scheiterns seiner Ehe betrachtet er den Zeitpunkt, als seine
Frau ihm bei seinen beruflichen Umzügen nicht mehr gefolgt war. Während er heute ihre
Gründe als unglaubwürdig abtut, mag ihn damals die Tatsache gekränkt haben, dass sein
Erfolg für seine Frau nicht wie für ihn das höchste Gut ausmachte. Auch der Bruch mit seiner
Tochter, den Herr Ernst uns gegenüber mit Streitigkeiten um Geld begründet, wird ihn nicht
nur auf finanzieller Ebene getroffen haben. Sie wird auch dahingehend eine Enttäuschung
gewesen sein, als er sich in seiner Großzügigkeit ausgenutzt und alleingelassen gefühlt ha-
ben muss.

Ein weiterer Konflikt, der ihn zur Verzweiflung getrieben habe, sei die ausweglos erscheinende Auseinandersetzung mit der Bürokratie beim Jobcenter gewesen. Herr Ernst beschreibt ausführlich die Schikanen seines Sachbearbeiters im Jobcenter, dieser scheine „offensichtlich einen Spaß dran zu haben, die Leute erstmal ganz ganz klein zu machen“ und sei „nicht bereit, irgendwo eine Persönlichkeit dazulassen.“ Als er seine 3 Zimmer Wohnung nicht mehr halten konnte empfand er die Aufforderung, sich eine von den Transferleistungen bezahlbare Bleibe zu suchen, als ungerecht. Nach einer 15monatigen Phase Arbeitslosengeldbezugs versuchte er nochmals „die Kurve zu kriegen“ und lebte von Darlehen von Freunden. Seither sei es zwar zum „ein oder anderen Gewinn“ gekommen, jedoch nie „zum großen Durchbruch.“ Als absehbar war, dass dies auf längere Sicht nicht funktionieren würde, meldete er sich wieder arbeitslos und wurde erneut damit konfrontiert, dass er sich eine günstigere Wohnung suchen muss. Es folgte eine als zermürend empfundene erfolglose Wohnungssuche. Neben der tatsächlichen Existenznot fühlte er sich gekränkt durch die Anmaßung, ihn als 60jährigen „wieder in eine Studentenbude zurückprügeln“ zu wollen. Als er schließlich sein Auto abgeben musste, sei dies für ihn einer von mehreren „markante[n] Punkt[en]“ gewesen, der ihn nach zweieinhalb Jahren erneut zu einer negativen Bilanz führte. Es folgte sein aktueller Suizidversuch. Die Aufgabe des Autos mag dabei den Verlust eines Statussymbols bedeutet und hinsichtlich seiner Orientierung an Wohlstand als auslösender Faktor gewirkt haben.

Viel eher scheint ihm damit aber der schleichende Prozess, dass sein ursprünglich von Kontrolle und Sicherheit geprägter Lebensstandard unter denjenigen der durchschnittlichen Bevölkerung abgeglitten war, nunmehr ganz unmittelbar und greifbar vor Augen geführt worden zu sein.

Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Das beschriebene Gefühl der Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung und des Ausgeliefertseins gegenüber den Behörden steht im Kontrast zu Herrn Ernsts bisherigem Lebenskonzept, das geprägt war von der Definition über die eigenen Fähigkeiten und dem Bewusstsein, sich seine Erfolge stets selbst erarbeitet zu haben. Dieser ermöglichte ihm wiederum ein höheres Maß an Mitteln, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Das Ende seiner beruflichen Karriere bedeutet für ihn das Scheitern seines Lebens als Ganzem. Hier liegt die Vermutung nahe, dass dieses Lebenskonzept so sehr auf Wohlstand und Erfolg ausgerichtet ist, dass es

nur einen sehr unflexiblen Ausgangspunkt einer wohlwogenen Entscheidung bieten kann. Zugleich wird hier ein stark von Unabhängigkeit und selbstverwirklichender Lebensgestaltung geprägtes Autonomieverständnis deutlich.

Während er die Entscheidung zum Suizid in beiden Fällen wiederholt als „Ergebnis einer Bewertung, einer Beurteilung“ bezeichnet und damit den rationalen Charakter unterstreicht, schildert er zugleich ein hilfloses Ausgeliefertsein. Dazu gehört die ständige Aufreibung an der Willkür der Behörden als wesentliche Einflusskomponente, besonders die Schikanen und der respektlose Umgang seines Sachbearbeiters hätten seinen Entschluss nicht unerheblich mitbestimmt: „Solche Leute, die treiben Menschen wie mich dann wirklich in den Tod. Wo man wirklich sagen muss: Tut mir leid – was soll das so.“ Allerdings könne man deshalb noch nicht sagen, dass die äußeren Umstände ihn in den Suizid getrieben hätten. Zwar spielten „Außenfaktoren eine Rolle in der Bewertung“, indem er sie „analysiere und [...] zu einer Bewertung“ komme; diese werde „dann heißen: Mist, ich habe versagt.“ Jedoch bedeute dies nicht, „dass irgendwelche anderen Leute daran schuld sind.“ Es seien eben „dann wieder viele Einzelaspekte, die dann zu einem komplexen Ganzen werden.“

Haltung zur Suizidentscheidung

Herr Ernst stellt seine Entscheidung zum Suizid als rationale Bilanz eines Daseins dar, das nicht länger lebenswert scheint, weil bisherige Ideale und Lebenskonzepte nicht aufrechterhalten werden können. Im Vordergrund steht hierbei Wohlstand oder zumindest finanzielle Sicherheit, was seine Existenznot als Transferleistungsempfänger besonders unerträglich macht. Er sei ein „gescheiterter Universaldilettant“, der seinen Ansprüchen nicht mehr gerecht werden könne. Dass es auch Möglichkeiten gibt, diese zu relativieren und an ein alternatives Lebenskonzept anzupassen, habe er „durchaus auch vorhergesehen.“ Allerdings hätten auch derartige Versuche ihn angesichts ausbleibenden Erfolgs immer wieder zu der Frage zurückgeführt, ob er „vielleicht auf dem Holzweg“ sei. Denn: „Vom Gesamtanspruch her bin ich schon gescheitert. So muss man das sehen.“

Trotz aller negativen Bilanz sieht er in der aktuellen Situation auch die Möglichkeit, „die Sache wieder gerade zu biegen“. Er möchte sich helfen lassen und psychotherapeutische Begleitung in Anspruch nehmen. Für die Unterstützung von professioneller Seite durch den Sozialdienst und den psychiatrischen Konsildienst, die er aktuell im Krankenhaus erhält,

findet er wertschätzende Worte, denn: „Es gibt ja genügend Alternativen“ und „es gibt auch genügend Leute, die auch helfen!“ Er scheint entschlossen, diese Hilfe anzunehmen und neue Perspektiven aufzubauen. Wenngleich er sehr sachlich erzählt und ihm wenig emotionale Veränderung anzumerken ist, so scheint das Erzählen ihm doch auch die eigene Leistungsfähigkeit in Erinnerung zu rufen. Dennoch könne er „momentan nicht bewerten“, ob er auf längere Sicht froh sein wird, überlebt zu haben. Er könne weder ausschließen, ob er „in zweieinhalb Jahren wieder zu einem ähnlichen Ergebnis komme“, noch die Möglichkeit, „in zwei Jahren dankbar“ darüber zu sein weiterzuleben.

Zusammenfassend wird in der Geschichte von Herrn Ernst ein Zusammenspiel aus Identifikation des eigenen Entscheidungsprozesses zum Suizid mit einer an sich lebensbejahenden, zukunftsgerichteten Einstellung deutlich. Zum Ende des Gesprächs kommt zum Ausdruck, dass ihm die negative Gesamtbilanz seines Lebens auch und gerade den Anstoß zur Mobilisierung seiner Ressourcen und den Willen, sich neu zu erfinden, gibt. Über das Bewusstsein, sich seine Erfolge immer schon aus eigener Kraft erarbeitet zu haben scheint er sich somit ebenso zu definieren wie über diese Erfolge selbst. Hier zeigt sich also, dass eine rationale Lebensbilanz auch mit der Möglichkeit einer Neubewertung verbunden sein kann.

Frau Wiland

Biographische Daten

Frau Wiland ist eine 22jährige drogenabhängige Mutter, die im Laufe ihrer seit einigen Jahren eskalierenden Suchtkarriere nach und nach den Kontakt zu ihrer Familie, ihr finanzielles Auskommen und Obdach sowie die eigene Zukunftsvision verloren hat. Sie wuchs ohne Mutter auf, ihre Kindheit ist geprägt durch die Alkoholkrankheit und mitunter Gewalttätigkeiten ihres Vaters, darunter auch sexuelle Übergriffe gegenüber ihren Freundinnen. Einen Familienersatz stellten ihre Großeltern dar, mit denen sie auch die Urlaube verbrachte. Bereits als junger Teenager geriet sie selbst an harten Alkohol. Seit dem 12. Lebensjahr hatte sie etwa vierzig Sexualpartner. Mit 16 Jahren lernte sie den Vater ihres Sohnes kennen, schloss die Schule und eine Ausbildung ab, fand eine sichere Anstellung in einer Bäckerei. Die beiden zogen zusammen und bekamen einen Sohn. Nach einem Seitensprung ihres Freundes mit ihrer besten Freundin, die zu dem Zeitpunkt gemeinsam mit dem Paar in dessen Wohnung lebte, zerbrach die Beziehung nach sechs Jahren. Sie begann Drogen zu nehmen,

der Konsum immer härterer Substanzen führte rasch zur Beschaffungskriminalität. Es folgte eine Zwangsräumung, sie wurde obdachlos, bestahl ihren Vater sowie ihre Großeltern und begann ihr Kind zu vernachlässigen. Es folgte ihr erster Suizidversuch, indem sie sich mit Glasscherben die Pulsadern durchtrennte. Daraufhin verbrachte sie 14 Wochen in stationärer Behandlung einer psychiatrischen Klinik, bis sie sich schließlich gemeinsam mit dem dort kennengelernten neuen Partner selbst entließ. Auch von ihm erfuhr sie körperliche Gewalt, dennoch blieb sie eineinhalb Jahre mit ihm zusammen. Die beiden zogen „von einem Wohnheim ins andere“, eine zeitlang kamen sie auch bei ihrem Vater unter. Nachdem sie abermals in Drogenkreise abdrifteten, wurden sie von ihm jedoch vor die Tür gesetzt. Seitdem lebt sie in einer Unterkunft für wohnungslose Menschen in München. Zunächst konnte sie dort ihren Substanzmissbrauch wieder reduzieren und fand Arbeit in einer Bäckerei. Als sie schwanger wurde, ließ sie in der 11. Woche einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen und trennte sich im Anschluss von ihrem gewalttätigen, unzuverlässigen Partner. Über Mitbewohner der Unterkunft kam sie nun mit MDMA in Berührung, bald stieg sie auf den intravenösen Gebrauch der Droge um. Daraufhin geriet sie in Abhängigkeit von ihrem Dealer, der als Gegenleistung für die Durchführung der Applikationen sexuelle Handlungen verlangte. Eineinhalb Jahre nach dem ersten unternahm sie einen weiteren, schweren Suizidversuch mit knapp 120 Tabletten mit Verapamil. Durch einen Zufall wurde sie unmittelbar vor Eintritt der Bewusstlosigkeit vom Hausmeister der Einrichtung, der die Post bringen wollte, aufgefunden und vom Rettungsdienst in die Klinik gebracht. Aktuell hat sie weder Kontakt zu ihren Großeltern und ihrem Vater, noch zu ihrem heute fast vierjährigem Sohn, der seit dem ersten Suizidversuch bei seinem Vater lebt.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

- Narrationseinstieg: Vor drei Jahren Trennung vom Vater ihres Sohnes, nachdem er sie mit ihrer besten Freundin betrogen hatte. Belastung durch fortgesetzte gemeinsame Wohnsituation; Ausgangspunkt ihrer Drogenkarriere gefolgt von Beschaffungskriminalität inklusive Bestehlen ihrer Großeltern. Zwangsräumung der Wohnung, Obdachlosigkeit, Vernachlässigung des Kindes, Schuldgefühle und erster Suizidversuch.
- Beschreibung des ersten Suizidversuchs als bewusste Entscheidung mit der Aussicht, zu sterben und nicht mehr wiederkommen. Einlieferung ins Krankenhaus und Flucht von dort,

Zwangseinweisung nach Haar mit 14-wöchiger Behandlung ohne große Therapiemotivation, erneute Selbstentlassung gemeinsam mit alkoholkrankem Mitpatienten

- Beziehung zu diesem geprägt von unsicherer Wohnsituation, häuslicher Gewalt, Drogenrückfall; daraufhin erneute Abwendung der Familie. Ungewollte Schwangerschaft und Abtreibung unter großer seelischer Belastung, Trennung vom Partner.
- immer intensiverer Drogenkonsum, Zwang zur Prostitution durch ihren Dealer, ständige sexuelle Übergriffe verbunden mit Selbstekel und -hass, woraufhin sie sich nach einiger Zeit einem Mitbewohner anvertraut. Daraufhin Drohungen vom Dealer, sie umzubringen, keine Versorgung mehr mit Drogen. Entzug und aktueller Suizidversuch.

Interner Fragenteil:

- Wie lange war der Suizidversuch geplant?
- Anschlussnarration: Planung etwa eine Woche im Vorfeld, sehr detaillierte Beschreibung des Suizidversuchs.

Rückblickend Dankbarkeit über Rettung?

- Erleben der Situation auf der Intensivstation als entwürdigend, nächster Gedanke: Schuldgefühle gegenüber ihrem Sohn. Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein; Trauer über fehlende Bindung zum Sohn und dessen Vernachlässigung zugunsten des Drogenmissbrauchs; Selbstvorwürfe, dass sie ihre Familie zerstört hat.

auf den Hinweis, dass eigentlicher Auslöser der Vertrauensbruch durch ihren Exfreund und ihre beste Freundin war, folgt nochmals ein narrativer Diskurs. Sie beschreibt unter Bezugnahme auf ihre eigene schwierige Kindheit die wesentliche Bedeutung der Partnerschaft:

- Gewalt und Alkoholsucht des Vaters, der auch ihre Freundinnen sexuell belästigt habe. Unfähigkeit, sich jemandem darüber anzuvertrauen und Beginn des eigenen Alkoholkonsums ab dem 14. Lebensjahr. Wendepunkt mit dem Beginn der Beziehung zu ihrem Exfreund im 16. Lebensjahr: Abschluss der Schule und einer Ausbildung, Plan zu heiraten, gemeinsame Wohnung. Zusammenbruch dieser Perspektive durch die Affäre ihres Freundes mit ihrer besten Freundin

Externer Fragenteil:

- persönliche Ressourcen/ Wünsche/ Perspektiven für die Zukunft? Selbstvorwürfe, dass sie sich gegenüber den sexuellen Übergriffen des Dealers nicht zur Wehr gesetzt hat, Selbsthass/ Selbstekel mit Betäubung durch Drogen. Wunsch zu lernen, sich in Zukunft besser abzugrenzen, Selbstvertrauen aufzubauen und zu wissen, wo im Leben sie steht. Die Vergangenheit hinter sich lassen, ihrem Sohn eine gute Mutter sein.

- vor dem Suizidversuch Wahrnehmung von Alternativen? hatte „schon paar klare Momente“ in denen sie etwas ändern wollte und habe auch „in ein paar Kliniken angerufen“. Letztlich war sie aber so abhängig, dass sie die Sucht nicht aufgeben wollte und in letzter Zeit bewusst so viel konsumiert hat, dass sie nicht mehr nachdenken musste.
- Vorstellung, was nach dem Tod kommt? Wunsch, den Angehörigen zu signalisieren, dass sie sie im Stich gelassen haben; aber auch Bedürfnis, nicht mehr da zu sein/ nicht mehr konfrontiert zu werden, insbesondere nicht mit den Schuldgefühlen gegenüber ihrem Sohn
- Es folgt eine erneute narrative Sequenz mit näherer Schilderung der schwierigen Beziehung zu ihrem Sohn, Probleme der Kontaktaufnahme trotz dessen Wunsch nach ihrer Nähe und Unterstützung durch das Jugendamt. Wunsch, ihr Leben in den Griff zu bekommen und Hilfe anzunehmen
- präsuizidale Einengung durch die Drogensucht oder Wahl, sich anders zu entscheiden? alternative Perspektiven wurden von einem Mitbewohner und einer Freundin, die nicht konsumieren, aufgezeigt; das Beziehungsangebot habe sie nicht annehmen können, anstatt dessen Flucht in den Drogenrausch. Beschreibung des Drogenelends, Suizid als einziger Weg diesem zu entkommen, sie sei nicht von einer Rettung ausgegangen
- Waren Sie wütend, dass sie gerettet wurden? Der „erste Gedanke“ sei schon gewesen, „warum bin ich jetzt noch hier?“; auf die Frage des Arztes auf der Intensivstation hin Gedanke an ihren Sohn, Schuldgefühle, will sich helfen lassen
- Reaktion/ aktuelle Beziehung zu den Angehörigen? Keinerlei Kontakt zu ihnen, außer einer Freundin und dem Mitbewohner weiß niemand, dass sie in der Klinik ist. Wunsch, wieder eine Beziehung zu ihrer Familie aufzubauen, ihr Verhalten zu erklären und wiedergutzumachen
- Suizid als letzte Freiheit/ Rückgewinn der Kontrolle? Dies wird bejaht, sie scheint aber insgesamt nicht viel mit der Frage anfangen zu können; erneute Bezugnahme auf Flucht vor Konfrontation mit ihren Fehlern, Beschaffungskriminalität
- Sie fragt, ob sie noch etwas erzählen darf, daraufhin folgt eine weitere narrative Sequenz: häufig wechselnde Sexualkontakte seit dem 12. Lebensjahr, um sich selbst aufzuwerten und ihr niedriges Selbstbewusstsein zu kompensieren. Schämt sich dafür, habe auch ihren letzten Freund ständig betrogen, weil sie von ihm keine Bestätigung auf sexueller Ebene bekam. Gefühl, keine Persönlichkeit zu haben
- Gesprächsabschluß: Wunsch, verstanden zu werden, Selbstbewusstsein und Beziehungen aufzubauen, eigene Ziele haben, ihr Leben zu gestalten.

Auf die Erzählaufforderung zu Beginn des Interviews fragt Frau Wiland zunächst zurück: „Wie soll ich anfangen?“ und auf die nähere Anweisung, einfach zu erzählen, was ihr wichtig ist: „Also, das war mein zweiter Suizidversuch, weiß, nicht – soll ich von beiden einfach erzählen?“. Während man ihr in diesem Narrationseinstieg unmittelbar ihre Selbstunsicherheit anmerkt, gelingt es ihr im Folgenden, ihre Geschichte sehr offen zu erzählen. Die Narrationsphase nimmt eine relativ lange Passage ein, auf spiegelnde Anmerkungen und Fragen im internen bzw. auch externen Frageteil lassen sich leicht Anschlussnarrationen generieren. Sie beginnt mit der Trennung vom Vater ihres Kindes als Ausgangspunkt ihrer Drogenkarriere und damit letztendlich ihrer suizidalen Entwicklung. Sie erzählt dann nahezu chronologisch bis zur krisenhaften Zuspitzung, die zu ihrem aktuellen Suizidversuch führte. Das präsuizidale Geschehen ist sehr aktuell, sie kann sich gut an Einzelheiten erinnern. Die wesentlichen Themenkreise sind hierbei ihre Schuldgefühle gegenüber ihrem Sohn, das Drogenlenden und ihre Unfähigkeit, sich anderen Menschen mitzuteilen. Sie kommt auch nach der Narrationsphase immer wieder auf diese Kernthemen zurück. Frau Wiland tritt sehr hilfsbedürftig auf und wirkt dankbar, ihre Geschichte und ihre Sicht der Dinge loswerden zu können. Zugleich löst das Erzählen intensive Schuldgefühle aus, den Drogenkonsum über alles andere, insbesondere ihren Sohn und der Solidarität gegenüber ihrer Familie, gestellt zu haben. Die Trauer, das Vertrauen ihrer Großeltern verloren zu haben sowie die Angst, die Bindung zu ihrem Sohn möglicherweise dauerhaft verspielt zu haben, kommt an diesen Stellen zusätzlich in ihrer abbrechenden Stimme und Pausen durch Weinen zum Ausdruck. Dies ist auch der Fall, wenn sie das Thema Zwangsprostitution erwähnt. Zugleich scheint sie für Anmerkungen dankbar zu sein, die ihre Selbstvorwürfe relativieren oder ihr Perspektiven aufzeigen und an ihre Selbstwirksamkeit erinnern.

Frau Wiland beurteilt beide Suizidversuche als ganz bewusste Entscheidungen in der Überzeugung, nicht mehr aufzuwachen. Am ausführlichsten schildert sie die Verzweiflung, die sie dorthin getrieben hat. Im Drogenrausch sei sie zufrieden gewesen, in den rauschfreien Momenten dagegen lautete „der einzige Weg“, den sie gesehen habe: „Ich muss hier einfach weg, ich halt es nicht mehr aus, und ich will nicht mehr leben.“ Diese Umstände scheint sie auch weiterhin als unerträglich zu betrachten und möchte ein solches Dasein auf keinen Fall fortführen. Zugleich löst dies in ihr den Wunsch und die Hoffnung aus, ihre Fehler wiedergutmachen und ihr Leben künftig anders gestalten zu können. Dennoch war ihre Perspektive nach dem Aufwachen nicht unmittelbar geprägt von Dankbarkeit über ihre Rettung, sondern

von der als entwürdigend empfundenen Situation auf der Intensivstation, gefolgt von massiven Schuldgefühlen gegenüber ihrem Sohn.

Die Durchführung der Suizidversuche selbst beschreibt sie bis ins kleinste Detail. Während es sich beim ersten Mal um einen impulsiven Akt handelte, bei dem sie sich mit einer zuvor gestohlenen Wodkaflasche die Pulsadern aufschnitt und anschließend versuchte, sich den Alkohol intravenös zu injizieren, war der zweite Suizidversuch länger geplant. Sie habe sich etwa eine Woche damit auseinandergesetzt, „wie ich das mache, und dass mich ja keiner entdeckt“. Das Medikament Verapamil hatte sie noch von ihrem Exfreund aufgehoben und sich vor der Einnahme von drei kompletten Tablettenblister im Beipackzettel sorgfältig durchgelesen, wie die Intoxikation sich auswirken würde. Beide Male hatte sie niemandem Bescheid gegeben oder einen Abschiedsbrief verfasst. Trotz der ernsthaften Absicht und der ausführlichen Schilderung stehen in unserem Gespräch aber nicht ihre Todeswünsche, sondern das Elend durch die Drogenabhängigkeit, ihre Selbstwertproblematik sowie ihre Kommunikationsschwierigkeiten und zwischenmenschlichen Konflikte im Vordergrund. Es wird eine starke Sehnsucht nach tragfähigen Beziehungen und der Fähigkeit, anderen Menschen wieder vertrauen zu können, deutlich. Frau Wiland äußert mehrfach den Wunsch, eigentlich nur ein ganz normales Leben ohne Drogen führen zu wollen und ihrem Sohn eine gute Mutter zu sein. Sie würde „am liebsten alles aufschreiben“, damit ihre Familie versteht, dass sie „kein böser Mensch“ ist und „auch niemandem was Böses tun“ wollte. Es scheint ihr auch uns gegenüber wichtig zu sein, nicht verurteilt zu werden sondern Verständnis dafür zu bekommen, dass sie es in ihrem Leben nicht leicht hatte und sich bessern will.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Aus Frau Wilands Erzählung lassen sich drei wesentliche Wendepunkte ableiten, an denen sich ihr Perspektiven zu eröffnen schienen, die ihr dann wieder entzogen wurden und ihr Leben damit letztendlich aus den Fugen geriet. Als sie mit 16 Jahren den Vater ihres Kindes kennenlernte, schien dieser erste Wendepunkt ihr den Ausbruch aus ihrer schwierigen familiären Situation und eine vielversprechende Zukunft zu ermöglichen: Er bedeutete für sie den Beginn geordneter Verhältnisse, nach der Geburt ihres Sohnes fühlte sie sich zunächst als „schöne Familie“ geborgen. Als ihre beste Freundin zu Hause Konflikte hatte, nahm sie diese mit ihrem Sohn in die gemeinsame Wohnung auf. So kam es zum nächsten Wendepunkt: Ihr Freund begann eine Affäre mit jener Freundin, was sie zutiefst enttäuschte und zu

einem unwiderruflichen Vertrauensbruch führte. Da sie weiterhin an ihrem Partner hing, blieb sie zunächst in der Wohnung und flüchtete sich in den Rausch mit illegalen Substanzen, bald war ihr Absturz in die Drogensucht nicht mehr aufzuhalten. Sie vernachlässigte ihren Sohn, stahl in der Arbeit und bei ihren Großeltern, ihre Wohnung wurde zwangsgeräumt. Aus Angst vor der Konfrontation mit ihrem Verhalten beging sie ihren ersten Suizidversuch. Die sich anschließende Behandlung in der Psychiatrie ließ sie ohne wirkliche Therapiemotivation über sich ergehen und beendete den Aufenthalt vorzeitig, um in ihr vorheriges, drogenbestimmtes Leben zurückzukehren. Nach einer Weile konnte sie den Konsum reduzieren und fand wieder Anstellung in einer Bäckerei. Allerdings kam es nach dieser zwischenzeitlichen positiven Entwicklung zu einem erneuten Wendepunkt: Sie wurde schwanger und trieb unter großer seelischer Belastung ab. Obwohl sie es schaffte, die destruktive Beziehung zu ihrem Freund zu beenden, stürzte sie wieder in die Sucht und bekam diesmal durch die intravenöse Anwendung das Drogenelend in seinem vollen Ausmaß zu spüren. Weder fähig, ihrer Sucht noch der Beschaffungsproblematik Herr zu werden, sah sie nun keinen anderen Ausweg mehr als einen erneuten Suizidversuch.

Wenngleich Frau Wiland den Verlust der Partnerschaft mit dem Vater ihres Sohnes als wesentlichen Umbruch für ihre krisenhafte und letztendlich suizidale Entwicklung beschreibt, finden sich bereits zuvor problematische Beziehungsmuster. Ihre schwierige Kindheit führt sie auf die Abwesenheit einer Mutter (zu der wir keine weiteren Details erfahren) einerseits sowie die Alkoholkrankheit und Gewalttätigkeit ihres Vaters andererseits zurück. Dass sie teilweise mitbekam, wie dieser ihre Freundinnen „angetatscht“ hat, habe sie niemandem erzählen können und daher alles in sich „reingefressen“. Diese Erfahrungen sowie den Mangel an Selbstbewusstsein und elterlicher Zuwendung im Allgemeinen versuchte sie wiederum selbst bereits im frühen Teenageralter mit dem Konsum harten Alkohols und wechselnden sexuellen Kontakten zu kompensieren. Letzteres gab ihr das Gefühl, „was wert“ zu sein, sie habe sich „irgendwie besser gefühlt, bestätigt gefühlt“.

Positive Beziehungserfahrungen machte sie hingegen bei ihren Großeltern, die einen Elternersatz für sie darstellten und mit denen sie auch Familienurlaube verbrachte. So war es nach dem ersten Suizidversuch auch ihre Großmutter, die sie zum Krisendienst brachte und sie überzeugte, eine Therapie zu beginnen. Warum sie sich trotz des engen Verhältnisses nicht an die Großeltern halten und deren Unterstützung annehmen konnte, erfahren wir nicht. Mittlerweile habe die Großmutter, nachdem sie ihr das gesamte Ersparte entwendet hat, kein Vertrauen mehr in sie und lasse keinen Beziehungsaufbau mehr zu.

Als sich ihre Familie nach dem Drogenrückfall erneut von ihr abwandte, bezog sie eine Unterkunft, in der sie zwar einerseits erniedrigende Übergriffe erlebte, aber auch positive Beziehungsangebote bekam. So erlebte sie als sehr unterstützend ihr Verhältnis zu einem Mitbewohner und auch einer weiteren Freundin, die beide keine Drogen konsumieren. Der Mitbewohner habe sich auch schon vor dem Suizidversuch sehr um sie bemüht und versucht, ihr ein Leben jenseits der Drogen zu zeigen, und sie habe ihm von ihren persönlichsten Problemen erzählen können. Die Freundin habe ihr Unterstützung dabei angeboten, dem Bedürfnis nach Drogenkonsum standzuhalten. Dennoch habe sie diese Alternativen nicht annehmen können und sich lieber weiterhin in die Drogenwelt zurückgezogen. Momentan hat sie seit zwei Monaten weder Kontakt zu ihrer Familie noch zu ihrem Exfreund und dem gemeinsamen Sohn. Sie sehnt sich danach, eine Bindung zu ihm aufbauen zu können, hat jedoch keine Hoffnung, dass dies ohne professionelle Unterstützung gelingen kann. Gleiches gilt für ihren Wunsch, wieder mit ihrer Familie Kontakt aufzunehmen und sie um Verzeihung zu bitten.

Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Auf die Frage, wie frei sie sich in ihrem Entschluss gefühlt hat, geht Frau Wiland kaum ein. Das Thema Freiheit spielt in ihrer Erzählung angesichts ihrer Drogenabhängigkeit nur eine Rolle im Sinne eines Verlusts an Autonomie. In letzter Zeit habe sie bewusst soviel konsumiert, dass sie sich keine Gedanken mehr über irgendetwas machen musste. Der Kontrast in den Entzugsphasen wurde hingegen stets größer:

„und als ich dann halt runtergekommen bin, dann ja dann - fing es dann halt immer wieder von vorne an, immer wieder, und es wurde halt von Tag zu Tag schlimmer und schlimmer, und...ja, als ich das dann nicht mehr bekommen hab, das Zeug, hab ich - mir wie gesagt ganz bewusst gesagt, ich - will das jetzt beenden, ich will nicht mehr, ich - will mir nicht helfen lassen, und ich will einfach nur - weg sein, will nicht mehr fühlen können, will nicht mehr nachdenken und nix.“

Dass der Drogenrausch über die letzten eineinhalb Jahre ihr einziges Interesse war, betont sie wiederholt – entsprechend waren es der dadurch ausgelöste Entzug bzw. das Elend im Allgemeinen, die sie als unmittelbaren Auslöser ihrer Suizidversuche erlebte. Den Entschluss zum Suizid stellt sie damit zwar in keinerlei Hinsicht als freien Entscheidungsprozess dar. Innerhalb der Unfähigkeit, sich selbst aus der Fremdbestimmtheit durch ihre

Abhängigkeit zu befreien, bedeutete der Suizid für sie jedoch eine bewusste Entscheidung gegen ein derartiges Dasein. Sie versteht ihn aber primär als Flucht vor einer Konfrontation mit ihren Fehlern und ihrem aus der Bahn geratenen Leben. Von professioneller Seite erhofft sie sich Verständnis und Förderung ihrer Stärken sowie Unterstützung dabei, wieder Kontakt zu ihrer Familie und ihrem Sohn aufzunehmen. Da Frau Wiland solche sehr konkreten Erwartungen an das Gesundheitssystem benennt, wurde auf die Frage nach ihrer Haltung zum ärztlich assistierten Suizid verzichtet. Zum einen schien die Thematik für ihre persönliche Situation nicht relevant, zum anderen gegenüber einer derart hilfsbedürftig auftretenden Patientin unpassend zu sein.

Haltung zur Suizidentscheidung

Frau Wiland beurteilt beide Suizidversuche als ganz bewusste Entscheidungen in der Überzeugung, nicht mehr aufzuwachen. Allerdings scheint es sich weniger um eine Identifikation mit ihrer Entscheidung zum Suizid als solcher zu handeln als um die Abwendung von einem Leben, dessen eigentlich veränderbare Umstände sie ablehnt. Nur im Drogenrausch sei jenes erträglich gewesen, auf den sie trotz durchaus vorhandener Hilfsangebote allerdings bislang nicht verzichten wollte. Weder die von ihren nicht konsumierenden Freunden aufgezeigten Alternativen, noch das in der letzten Therapie Vermittelte habe sie daher annehmen können:

„Aber was wirklich in mir vorgeht, das wusste eigentlich niemand, und das weiß auch keiner. Vielleicht war der Suizidversuch auch ein Stück weit ein Hilferuf, dass ich - weil ich einfach nicht ausdrücken kann...wie, wie ich das ändern soll, oder auch - ja ich denk, die anderen sagen dann immer: Du schaffst das schon, und...wir machen das und das, aber ich denke dann immer: Das hilft mir nicht! Das - die verstehen mich nicht, was ich meine.“

Auch dieses Mal bezweifelt sie, dass sich wirklich etwas ändern könnte: In der Klinik befinde sie sich „wie unter so einer Käseglocke, dann ist alles in Ordnung, aber sobald ich draußen bin, hab ich einfach Angst, dass mich das alles wieder einholt.“

Sie schließt nicht aus, dass ihr Suizidversuch auch eine appellative Komponente hatte, weil sie ihr Bedürfnis nach Unterstützung, einen Ausweg zu finden, nicht kommunizieren konnte. Dies habe auch in ihrer präsuizidalen Vorstellung der Situation nach ihrem Suizid eine Rolle gespielt: Sie habe sich gewünscht, dass ihre Angehörigen verstehen, was sie ihr angetan haben, indem sie sie fallen ließen. Entsprechend ihrer Vermutung, dass sie vielleicht auch

einen Hilferuf kommunizieren wollte, setzt sie trotz aller Zweifel auch Hoffnung in die bevorstehende Therapie. Sie wünscht sich, mit deren Hilfe Selbstbewusstsein zu erlangen und zu lernen, über die eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu sprechen. Anders als beim letzten Mal wolle sie den Drogen nun endgültig den Rücken kehren, die Vergangenheit hinter sich lassen und ihr Leben gestalten lernen. Sie hat eine starke Sehnsucht, anderen Menschen wieder vertrauen zu können und tragfähige Beziehungen, insbesondere ihrem Sohn, aufzubauen.

Zusammenfassend führte Frau Wiland ihren Suizidversuch aus dem Elend der Abhängigkeit heraus durch. Obschon subjektiv als bewusste Entscheidung gegen dieses Elend beurteilt, wird eine sich stetig im Vorfeld stetig steigende Verzweiflung deutlich. Aus dieser schien es für sie selbst aus eigener Kraft keinen Ausweg zu geben. Gleichwohl besteht ein dringender Wunsch, bei der Suche nach Alternativen professionelle Unterstützung zu erhalten und ihre Beziehungen im privaten Umfeld wiederaufzunehmen.

Frau Ehrmann

Biographische Daten

Frau Ehrmann beschäftigt sich nach ihrem Suizidversuch mittels Schlaftablettenintoxikation intensiv mit der Frage, welche Motive hinter ihrem Handeln standen. So ist dies auch Hauptthema in unserem Gespräch, zu ihrer Biographie erfahren wir nur wenige Details: Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews 68 Jahre alt. Die ersten sechs Jahre ihres Lebens bis zur Einschulung wuchs sie weitestgehend isoliert von Gleichaltrigen auf, was wohl durch die Mutter veranlasst war. Häufig habe es auch Konflikte zwischen dieser und dem Kindermädchen gegeben, ihr Vater habe hier kaum eingegriffen. Frau Ehrmann selbst hat drei Kinder – einen 45-jährigen Sohn, eine 41-jährige Tochter sowie einen weiteren deutlich jüngeren 28-jährigen Sohn. Zudem erwähnt sie zwei geschiedene Ehen. Beruflich war sie als Psychiaterin, zuletzt in einer Praxisniederlassung, tätig. Suizide unter ihren eigenen Patienten seien in dieser Zeit nicht vorgekommen, mit der Thematik hat sie sich jedoch wissenschaftlich auseinandergesetzt: Ihre Promotion absolvierte sie mit 25 Jahren zum Thema Suizid.

Nach einem Behandlungsversuch einer Trigeminusneuralgie mit Steroiden, verordnet durch ihren damaligen Ehemann, einem Endokrinologen, trat als unerwünschte Nebenwirkung eine Nebennierenrindeninsuffizienz mit zahlreichen Folgeschäden auf. Unter anderem

fürten diese im Rahmen der nun dauerhaften Kortisonpflicht zu Osteoporose mit weiteren Komplikationen, deretwegen sie sich in den letzten Jahren etlichen Operationen unterziehen musste. Mittlerweile an den Rollstuhl gefesselt, würde sie ohne Hormonsubstitution nicht überleben, bereits für die einfachsten alltäglichen Handlungen und Erledigungen ist sie auf fremde Hilfe angewiesen. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung gingen nach und nach alte Freundschaften auseinander. Auch die zwanzigjährige Ehe mit ihrem zweiten Mann zerbrach angesichts der katastrophalen Folgen der von ihm verordneten Kortisontherapie. Heute kümmert sich überwiegend ihr jüngster Sohn um sie. So war es auch er, der sie nach Einnahme der Schlaftabletten fand, als er zu einem geplanten Besuch in ihre Wohnung kam.

Analyse der Selbstpräsentation

Gesprächsverlauf

- Narrationseinstieg: Beginn des Erzählens mit dem Vergleich ihrer Einschätzung vor und nach dem Suizidversuch. Der Entscheidungsprozess sei „eine längere Sache gewesen“. Bereits vor mehreren Monaten habe sie den Ansatz einer Schlafmittelüberdosierung vorgenommen. In dieser Zeit habe sie den subjektiven Eindruck gehabt, Bilanz zu ziehen; aktuell stellen sich jedoch Zweifel daran ein und das Bewusstsein, dass „doch sehr viel Affekt dabei“ war.

- Frage, was zu dieser Bilanz führte: körperliche Erkrankung mit der Unfähigkeit, ihren physischen Verfall zu akzeptieren; Anspruch, die Umstände ihres Lebens selbst zu wählen. Sie traue sich aber „selber nicht ganz über den Weg“ und beginne jetzt, über ihre weiteren Motive nachzudenken. Auseinandersetzung mit der Sinnlosigkeit des Todes, Vorstellung vom Tod als etwas Endgültigem

Interner Frageteil:

- Umstände des Suizidversuches? Einschränkung ihrer körperlichen Mobilität nach erneuter Wirbelsäulenoperation; „Gefängnissituation“; Isolation von anderen Kindern in ihren frühen Lebensjahren als subjektive Ursache der maßgeblichen Bedeutung von Freiheit und Unabhängigkeit

- Hintergrund ihrer körperlichen Krankheit als Hauptgrund für das Scheitern ihrer Ehe nach zwanzig Jahren: Vorwurf der fehlerhaften Steroidtherapie ihrem Exmann gegenüber und sich selbst, diese nicht hinterfragt zu haben; Leiden unter den Folgeerscheinungen der

Nebenniereninsuffizienz mit zahlreichen Krankenhausaufenthalten und zunehmender Immobilisation

- Rückblickende Beurteilung der Suizidentscheidung? ambivalente Haltung bzgl. der eigenen Einschätzung ihrer Entscheidungsfreiheit; im Vorfeld habe sie sich „schon frei gefühlt“, im Nachhinein eher Einschränkung ihrer Freiheit durch eine starke affektive Komponente
- Beschreibung dieser affektiven Komponente ihrer Todeswünsche als eine eigentliche „Liebe zum Leben“, die angesichts ihrer zunehmenden körperlichen Unfähigkeit, letzteres selbstbestimmt zu gestalten, zu einer kumulativen, „chronischen“ Verzweiflung geführt habe. Zu dieser Verzweiflung habe auch beigetragen, dass mit dem Fortschreiten der Erkrankung ihr soziales Umfeld sukzessive weggebrochen war.
- aktuelle Auseinandersetzung mit ihrem Sohn: Diese macht ihr deutlich, wie sehr ihr Handeln letztendlich doch sozial eingebettet war. Er habe ihr nach dem Suizidversuch dessen erpresserisches Moment vor Augen geführt, womit sie sich seither intensiv beschäftigt.
- unmittelbare Umstände der Tablettenintoxikation und ihrer Situation seit dem Aufwachen; Motivation und Offenheit, sich helfen zu lassen und zu verstehen, was in ihr vorgegangen ist

Externer Frageteil:

- Perspektiven für die Zukunft, wesentliche Bedeutung der Beziehung zu ihren Kindern: Der Suizid komme als etwas Endgültiges bereits deretwegen nicht in Frage, was sie im Vorfeld allerdings verdrängt habe.
- Thematisierung ihrer Position zum Thema Suizidalität und Autonomie vs. Fürsorge: Für sich persönlich hätte sie sich gewünscht, dass die Anderen „auf den Tisch gehauen“ und sie von den Suizidwünschen abgebracht hätten. Zudem Vorwurf gegenüber ihrer Apothekerin, ihr umstandslos große Mengen Schlaftabletten ausgehändigt zu haben. Dennoch findet sie auch das Anliegen nach Selbstbestimmung und ärztlich assistiertem Suizid gerechtfertigt. Letztendlich sei sie jedoch froh, als Ärztin nie darum gebeten worden zu sein.
- Gesprächsabschluss.

Frau Ehrmanns Narrationseinstieg stellt zugleich eine vorläufige Konklusion aus ihren bisherigen postsuizidalen Reflexionen dar. Mit der einleitenden Selbsteutung weist sie bereits auf das Hauptthema ihrer aktuellen Auseinandersetzung hin: Während sich der Plan, ihr Leben zu beenden, über einen Zeitraum von mehreren Monaten entwickelte und sie ursprünglich der Meinung gewesen war, eine rationale Bilanz zu ziehen, wird ihr im Nachhinein klar, wieviele andere Faktoren beteiligt waren. Dies wird ihr momentan besonders anhand der

Konfrontation durch ihre Kinder vor Augen geführt. Es kommen bereits die Grundthemen unseres folgenden Interviews zur Sprache: Bilanz vs. Affekt, die für Frau Ehrmann grob Freiheit vs. Unfreiheit entsprechen, sowie die Bedeutung ihrer Beziehung zu anderen Menschen, insbesondere ihren Kindern.

Auf unsere Frage, hinsichtlich welcher Umstände sie Bilanz gezogen habe, setzt sie ihr Erzählen fort, indem sie die Entscheidung unter Bezugnahme auf ihre Krankheit und den damit einhergehenden körperlichen Verfall begründet. Hinzu komme „ein bisschen Stolz oder solche Geschichten“, insofern als sie nicht „nur noch als Wrack in Erinnerung“ behalten werden wolle. Dieser rationalen Argumentation folgt jedoch mit dem Satz „Und...aber ich traue mir selber nicht ganz über den Weg“ ein Umschwenken ihrer Sichtweise, wie sie der aktuellen Situation entspricht: Wenngleich sie bisher noch keine wirkliche Distanz zum Geschehenen entwickeln konnte, so haben erste Gespräche mit der Psychologin Zweifel an der Identifikation mit einer solch nüchternen Bilanz hervorgerufen. Unter anderem habe ihr die Erinnerung an ein italienisches Antikriegslied bewusst gemacht, dass sie „wesentliche Teile des Todes nicht akzeptiere, emotional“.

Diese erste Passage besteht primär aus einer Aneinanderreihung von abgebrochenen und neu begonnenen Gedanken, Assoziationen sowie rhetorischen Fragesätzen und schließt ab mit „ja – das ist die jetzige Situation“. Diese Form spiegelt auch die aktuelle Situation von Frau Ehrmann wieder: Sie ist gleichsam erst dabei, ihr eigenes Narrativ zu entwickeln, einen fortlaufenden Erzählstrang gibt es noch nicht. Insgesamt verläuft das Interview überwiegend in Form eines Gesprächs. Wenngleich es teilweise auch längere Ausführungen von Frau Ehrmann gibt, die sich leicht entlocken lassen, kommt eine Haupterzählung im eigentlichen Sinne nicht wirklich zustande. Das Erzählen löst eine intensive und kritische Selbstreflexion aus, sie ist sehr offen für die Diskussion ihrer Perspektive und eventuelle Widersprüchlichkeiten in Zusammenhang mit ihrem Suizidversuch. Das Gespräch über und Rückmeldungen zu ihrer Position scheint sie zu schätzen. Unsere der einleitenden Sequenz folgenden Fragen zu ihrer Vorstellung vom Tod als etwas Endgültiges beantwortet sie rasch und konkret; man erkennt, dass sie sich mit dem Thema bereits auf wissenschaftlich-theoretischer Ebene beschäftigt hat.

Frau Ehrmann beschreibt ihre Gedanken und Motive sehr bildhaft, die wesentlichen Themen finden sich wiederholt in symbolischer Form an unterschiedlichen Stellen wieder. Daraus

lassen sich mehrere Themenkreise, die das Gespräch dominieren, abgrenzen. So bedeutet das o.g. italienische Antikriegslied, das von der „Sinnlosigkeit des Todes für uns Menschen“ handelt, für sie persönlich das Nicht-Akzeptieren können des Todes. Jedoch gehe es ihr dabei nicht um den Sterbeprozess, sondern um die Tatsache, „dass wir wegmüssen“ und „nicht mehr leben dürfen, nicht mehr erleben dürfen.“ Dieses „nicht mehr erleben dürfen“ als Schwinden der Fähigkeit, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten, steht wiederum für die Bedrohung durch ihre körperliche Erkrankung. Als Symbol ihrer schwindenden Autonomie tauchen Objekte wie die Türschwelle zu ihrem Balkon und eine Rampe im Krankenhausflur auf, die sie mit ihrem Rollstuhl nicht passieren kann und die sie dabei hindern, ohne fremde Hilfe das zu tun, worauf sie gerade Lust hat. Solche „Gefängnissituationen“ seien schwer für sie zu ertragen, was sie auf ihr von Gleichaltrigen isoliertes Aufwachsen in den ersten sechs Kindheitsjahren zurückführt. Dies habe sie wohl erst zu der „Freiheitsfanatikerin“ gemacht, als die sie sich empfindet. Ihre Unabhängigkeit hat also nicht nur einen Stellenwert für ihre individuelle Handlungsfreiheit, sondern ebenso in Bezug auf die Ermöglichung sozialer Teilhabe. Welche wesentliche Bedeutung ihr Suizidversuch letztendlich auch auf zwischenmenschlicher Ebene hatte, macht ihr nun die Reaktion ihrer Kinder deutlich. Symbolhaft hat der Brief ihres Sohnes für sie die Bedeutung eines „Spiegels“, indem er ihr das erpresserische Moment ihres Suizidversuchs vor Augen führt und damit einen wesentlichen Bestandteil ihrer aktuellen Auseinandersetzung mit den eigenen Motiven darstellt. Sprachlich fällt auf, dass sie ihren Suizidversuch nie wörtlich benennt, sondern als „Tabletteneinnahme“ umschreibt. Dies könnte ein indirekter Hinweis darauf sein, dass sie im Nachhinein gar nicht mehr an einen absoluten Todeswunsch glaubt. Jedenfalls betont sie, dass sie sich rückblickend jemanden gewünscht hätte, der „mal auf den Tisch haut“ - diese Formulierung verwendet sie wiederholt, um ihr Bedürfnis nach Schutz durch ihre Mitmenschen, die sie von ihren Suizidgedanken abbringen, auszudrücken.

Zusammenfassend lassen sich also folgende Themenkreise extrahieren: Chronische Krankheit mit Einschränkung der Unabhängigkeit als „Gefängnissituation“ vs. unerfülltes Freiheitsbedürfnis, Ambivalenz zwischen Todeswunsch angesichts der Bilanz des Status quo vs. fortbestehender Lebenshunger sowie Selbstkritik hinsichtlich einer womöglich relevanten appellativen Komponente ihres Suizidversuches. Die ambivalente Haltung, die sie hinsichtlich der Einschätzung ihrer Motive beschreibt, findet sich an mehreren Stellen in unserem Gespräch wieder, wenn es z.B. um ihr Bedürfnis nach Autonomie vs. Fürsorge oder das Spannungsfeld zwischen ärztlich assistiertem Suizid und Lebensschutz geht.

Auffallend ist, dass Frau Ehrmann zwar sehr offen die selbstkritische Reflexion ihrer aktuellen Konfliktsituation mit uns teilt, jedoch ansonsten kaum Einblick in ihre Lebensgeschichte gibt. Dies geschieht nur dann, wenn es zur Erläuterung für sie wesentlicher Punkte notwendig ist, wie der Vermutung der Ursache ihres Freiheitsbedürfnisses in der Kindheit und die damit verbundenen Vorwürfe gegenüber ihrer Mutter. Über die nähere Erklärung zur Entstehung ihrer chronischen Erkrankung erfahren wir, dass diese durch einen Behandlungsfehler ihres Exmannes zustande kam, was wiederum den maßgeblichen Scheidungsgrund darstellte. Dies bleibt neben dem aktuellen Konflikt mit ihrem Sohn die einzige Information zu ihrer familiären Situation, auch ihre Jugend/ junges Erwachsenenalter wird vollständig ausgeklammert. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass sie durch ihrer frühere professionelle und wissenschaftliche Beschäftigung mit der Thematik die theoretische Ebene für bedeutender hält. Letztendlich bleibt für uns unklar, ob aus ihrer Sicht diese Lebensbereiche bei ihrer suizidalen Entwicklung keine Rolle gespielt haben oder ob sie diese Informationen für sich behalten möchte. Bemerkenswerterweise kommt Frau Ehrmann trotz der intensiven Auseinandersetzung mit den Themen Freiheit und Suizid als Ärztin nicht selbst auf den ärztlich assistierten Suizid zu sprechen, sondern äußert sich erst auf unsere Nachfrage hin dazu.

Rekonstruktion der Suizidentscheidung

Obschon wir nicht viel über ihre Biographie im Einzelnen erfahren, so können wir uns doch ein Bild davon machen, was Frau Ehrmann für ein Leben geführt hat. Sie hat „sehr intensiv gelebt und sehr - viel gelebt.“ Ihre intensiven Auseinandersetzungen mit dem Tod stellen keine Sehnsucht dar, sondern sind geprägt vom „nicht akzeptieren“ können, dass wir irgendwann nicht „mehr leben dürfen, nicht mehr erleben dürfen“, was sie „wirklich als ganz große Strafe“ empfinde. So sei es eigentlich „ihre Liebe zum Leben“, die sie in den aktuellen Zustand der Verzweiflung gebracht habe. Sie legt Wert auf Begegnungen mit anderen Menschen und bedauert noch heute, dass ihre Mutter ihr in den ersten Lebensjahren den Kontakt zu Gleichaltrigen verwehrt hat. In diese Situation fühlte sie sich im Vorfeld des Suizidversuchs nun zurückversetzt, da ihre Krankheit immer mehr zur sozialen Isolation geführt hatte. Schon über einen längeren Zeitraum war sukzessive ihr ursprüngliches Umfeld weggebrochen: Viele ihrer alten Freunde seien mit der Erkrankung wohl überfordert gewesen, sie habe sich nicht verstanden gefühlt und daher nach und nach ihre Freundschaften aufgekündigt.

Auch das Scheitern ihrer zweiten Ehe schreibt sie ihrer Krankheit zu: Die falsche Indikationsstellung bzw. fehlerhafte Durchführung einer Steroidtherapie zur Behandlung einer Trigeminusneuralgie durch ihren damaligen Mann habe zu einer Nebenniereninsuffizienz als Ursache ihrer heutigen Beschwerden geführt. Mehr Vorwürfe als ihm macht Frau Ehrmann jedoch sich selbst, ihm so „autodestruktiv“ vertraut und die Therapie nicht hinterfragt zu haben, schließlich sei sie „wirklich keine dumme Frau“ und hätte sich informieren können. Allerdings gesteht sie sich selbst auch zu, dass sie damals als berufstätige Mutter dreier Kinder mit der eigenen psychotherapeutischen Praxis schlichtweg keine Zeit und Muße dazu hatte.

Als nach wie vor enge Bezugspersonen bleiben ihre drei Kinder, besonders eng ist das Verhältnis zu ihrem jüngsten Sohn. Er scheint sich hauptsächlich um sie zu kümmern und „hat sich sehr bemüht, dass ich rauskomme“, wenn auch „nicht täglich, und nicht wenn ich will, und so.“ Am Tag ihres Suizidversuches war er zu einem geplanten Besuch gekommen und eingetroffen, kurz bevor sie das Bewusstsein verlor. Sie hätten noch ein Gespräch geführt, in dem sie ihm von der Einnahme der Tabletten erzählt habe, für das sie jedoch eine Amnesie hat. Er brachte sie in die Klinik und sei „unter anderem stinkwütend“ über den Druck, den sie mit dem Suizidversuch auf ihn ausübe. In einem Brief hielt er ihr den „Spiegel“ vor und benannte die erpresserische Komponente ihres Handelns, wofür sie ihm dankbar ist.

Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Es bleibt ein Spannungsfeld oder zumindest eine Ambivalenz zwischen Frau Ehrmanns sozialem Wesen und ihrem Bedürfnis nach Freiheit und Autonomie. Ihre zunehmende Abhängigkeit von anderen Menschen und Medikamenten stellt ein wichtiges Motiv für den aktuellen Suizidversuch dar. Mehrmals wiederholt sie, wie schwer sie ihre jetzige „Gefängnissituation“ und ihren körperlichen Verfall ertrage. Die Umstände ihres Lebensendes wolle sie selbst gestalten und nicht „nur noch als Wrack in Erinnerung“ behalten werden. Sie sträubt sich gegen die Tatsache, dass der Tod zwangsläufig kommen wird, „aber das ist *Conditio humana* und irgendwann mal ist aber Schluß, und dann ist es mir irgendwo lieber ich wähle es selber.“ Frau Ehrmann ist nicht religiös, für sie ist die Vorstellung vom Tod eine endgültige, was sie zugleich als „schon hart“ empfindet.

Was den Autonomiegrad ihrer Suizidentscheidung als solchen betrifft, ist dieser in Frau Ehrmanns eigener Einschätzung ambivalent: In den Tagen der direkten Vorbereitung ihres Suizidversuchs mit der Organisation der Tabletten habe sie sich „schon frei gefühlt“. Rückblickend sei sie sich jedoch sicher, dass ihre Freiheit durch eine starke, ihr zu dem Zeitpunkt nicht bewusste affektive Komponente eingeschränkt war. Sie betont ihre eigene Ambivalenz und beim Suizid im Allgemeinen unter Bezugnahme auf Jean Améry. Dabei trennt sie zwischen Affektivität, die in ihren Augen für Unfreiheit steht, und rationaler Bilanz, die für sie der Freiheit entspricht.

Nach dem Suizidversuch bedeutet Autonomie für Frau Ehrmann das Erarbeiten von Einsicht in die Gedankenprozesse, die zu ihrer Suizidentscheidung führten – denn zu „wissen, was passiert ist“, habe für sie „auch mit Freiheit zu tun“. Dagegen lehne sie das Gewähren ihrer Autonomie als suizidale Person von professioneller und gesellschaftlicher Seite für sich ab: Sie kritisiert in diesem Zusammenhang die Nachlässigkeit ihrer Apothekerin, die ihr umstandslos große Mengen der Schlaftabletten ausgehändigt hat. Sie betrachte es für sich bei aller Dankbarkeit für deren Verständnis als wichtige Unterstützung von Anderen, einmal „auf den Tisch zu hauen“ und zu sagen: „Jetzt hör aber auf damit! Du liebst doch das Leben, jetzt gibst doch zu!“ Dennoch steht sie dem Thema Suizid und Selbstbestimmung im Allgemeinen auch ambivalent gegenüber: „[W]ir brauchen alle, dass die Anderen uns schützen, uns retten. Das ist Teil des Menschseins. Und dann brauchen wir auch, dass wir alleine entscheiden dürfen, wann Schluß ist. Das ist...auch ein Recht des Menschen, oder ein, eine...Er rungenschaft.“

Obwohl sie sich auf die Anmerkung zum Thema ärztlich assistierter Suizid im Aufklärungsgespräch über die vorliegende Studie hin zwar „darüber Gedanken gemacht“ habe, kommt Frau Ehrmann nicht von sich aus darauf zu sprechen. Sie habe sich aber auch unabhängig von unserem Gespräch mit der öffentlichen Diskussion um kommerzielle Sterbehilfeorganisationen befasst und könne sich nicht eindeutig positionieren. Allerdings sei sie froh, dass ihr in ihrer Zeit als praktizierende Psychiaterin nie jemand diese Frage gestellt hat und es auch unter ihren Patient:innen nie Suizide gegeben hat. Sie habe es stets als schlimm miterlebt, wenn dies bei Kolleg:innen der Fall war. Letztlich würde sie sich in ihrer Haltung als Ärztin wohl für den Lebensschutz aussprechen, zumal: „Patienten, die wirklich weg wollen, die schaffen das schon. Die kann man ja gar nicht abhalten. Insofern ist es kein Freiheitsentzug.“ Auch wenn es „wirklich so weit ist, dass der Lebenswille weg ist“, würde sie wohl zu dem Schluß kommen, „dass der Aspekt zu schützen wichtiger ist als Sterbehilfe...aber ich kanns schon verstehen, wie man zu so einer Sache kommt mit der Sterbehilfe!“

Haltung zur eigenen Suizidentscheidung

Frau Ehrmann setzt sich intensiv und selbstkritisch mit ihren Motiven auseinander, nachdem sie den präsuizidalen Entscheidungsprozess in erster Linie als Bilanz erlebt hatte. Den Widerspruch, den Tod in dieser Form nicht akzeptieren zu können und sich zugleich dennoch das Leben nehmen zu wollen, betrachtet sie rückblickend als Teil eines insgesamt widersprüchlichen, ambivalenten „Chaos um so eine Tabletteneinnahme“. Rückblickend erkennt sie das maßgebliche appellative Moment ihres Handelns: „Wenn man vierzig Schlaftabletten nimmt aber weiß, dass er dann und dann kommt, als...ist das schon so, dass man ihn ruft damit, und...aber es ist auch eine Erpressung“ und „so geht das eigentlich nicht“. Sie ist dankbar über die Zäsur und die Klärung, welche durch die Konfrontation seitens ihres Sohnes möglich wurde. Seiner Kritik stimmt sie rückblickend zu und versucht sich nun, aus anderer Perspektive mit ihren Motiven auseinanderzusetzen. Zugleich könne der Sohn ihre Situation aber „schon auch verstehen“ und habe bereits vor dem Suizidversuch von ihren Gedanken gewusst. Letztendlich hätte es ihr jedoch mehr geholfen, wenn er neben seinem Verständnis mehr Autorität gezeigt und „gesagt hätte: Hör mal zu, jetzt lass das aber mal gut sein mit dem Sterbenwollen!“ Nicht zuletzt empfände sie es „schon sehr massiv so zu gehen“, denn es bleibe zwangsläufig „bei den Kindern was zurück, das furchtbar ist“. Beim Gedanken daran wird ihr bewusst, dass der Suizid schon aus diesem Grund als etwas endgültiges „nicht in Frage“ kommt. Die Begegnungen im aktuellen Krankenhausaufenthalt erlebt sie als positiv, die von den Therapeuten aufgezeigten Perspektiven könne sie annehmen. Sie freut sich auf neue Begegnungen und Chancen, zu einem konstruktiveren Umgang mit ihrem körperlichen Zustand motiviert zu werden. So seien ihre Vorsätze „körperlich fitter“ zu werden, „neue Menschen“ zu treffen und „schöne Bücher“ zu lesen.

Zusammenfassend wird sowohl in Frau Ehrmanns Biographie wie auch ihrer Suizidentscheidung die Ambivalenz der Freiheit besonders deutlich. Sie versteht sich als unabhängige Frau, die sich nicht mit Einschränkungen innerer und äußerer Natur abfinden möchte, wie sie ihr durch ihre chronischen Erkrankungen auferlegt werden. Zugleich wünscht sie sich Fürsorge und Zuwendung sowie Widerstand ihres Umfelds gegen ihre Entscheidung zum „Tod aus Lebenshunger“. Diese ambivalente, erst im Nachhinein für sie erkennbare emotionale Komponente steht ihrer Auseinandersetzung mit Suizidalität auf theoretischer Ebene gegenüber. Für sie stehen Bilanz und Affekt für Freiheit vs. Unfreiheit, was dazu führt, dass sie sich rückblickend auch „selber nicht ganz über den Weg“ traut.

Frau Jansen war bereit, ein Gespräch mit uns zu führen und auch damit einverstanden, dass dessen Ergebnisse indirekt in die vorliegende Arbeit einfließen. In die Aufnahme des Gesprächs auf Tonband sowie der Veröffentlichung des Gedächtnisprotokolls willigte sie jedoch nicht ein.

5.3 Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse

Die empirischen Ergebnisse dieses Dissertationsprojektes zeigen, dass Suizidalität nicht nur per se ein vielschichtiges Phänomen ist, sondern auch seine Verbindung mit Begriffen wie Autonomie und Freiheit weitaus komplexer ist, als das theoretische Konzept der Freiverantwortlichkeit suggerieren mag. In fast allen der durchgeführten Gespräche kommen auf irgendeine Weise wesentliche Merkmale theoretischer Vorannahmen zum freiverantwortlichen Suizid zum Ausdruck, jedoch ohne alle Kriterien einer Theorie oder ausschließlich eine Theorie zu bestätigen. Dies gilt vor allem dann, wenn die gelebte Freiheit mit der Freiheit des Entscheidungsprozesses und der geforderten Autonomie kontrastiert wird. So spielte nur bei einem Patienten das Thema Freiheit überhaupt keine Rolle (Herr Bauer), bei einer weiteren Patientin kam es ausschließlich als Unfreiheit im Rahmen ihrer Suchterkrankung zum Tragen (Frau Wiland). In allen anderen zehn Geschichten finden sich, betrachtet man sowohl den präsuizidalen Entscheidungsprozess als auch den gesamtbiographischen Kontext, Aspekte von Freiheit wie auch von Unfreiheit: Während eine Patientin (Frau Dogan) ihren Suizidversuch im Sinne einer Kurzschlusshandlung als unfrei beschreibt, diente er zugleich als Befreiung aus der Abhängigkeit ihrer Ehe, womit sie gewissermaßen einen Anspruch auf Selbstbestimmung geltend machte. Drei Patientinnen (Frau Schmidt, Frau Färber und Frau Paul) erlebten sich im Rahmen ihrer jeweiligen psychischen Erkrankung als massiv in ihrer Lebensqualität und ihrem subjektiven Entscheidungsspielraum im Sinne der Wahlfreiheit eingeschränkt, verteidigten jedoch bestimmt ihr Recht auf den Respekt vor ihrer Suizidentcheidung im Sinne der allgemeinen Handlungsfreiheit. Zwei von ihnen (Frau Färber und Frau Paul) schätzten den eigenen präsuizidalen Entscheidungsprozess trotz ihrer psychischen Erkrankungen subjektiv als vollkommen frei ein, ebenso eine körperlich unheilbar erkrankte Patientin im Terminalstadium ihrer Tumorerkrankung (Frau Jansen). Zwei weitere Patientinnen (Frau Ehrmann und Frau Roth) forderten angesichts ihres Selbstkonzepts als unabhängige Frauen Respekt vor ihrer persönlichen Entscheidung, ähnlich ging es einem anderen Patienten im Sinne eines Wunsches nach Kontrolle in letzter Instanz (Herr Schober).

Zugleich wünschten alle drei sich aber, im Rahmen der präsuizidal empfundenen Ausweglosigkeit von Nahestehenden bzw. von professioneller Seite abgehalten und aufgefangen zu werden. Diese Ambivalenz der Freiheit wird auch deutlich, wenn es um das Gefühl von Freiheit geht, welches der gefasste Entschluss zum Suizid verspricht: So nahm ein Patient die Probleme, die zuvor unüberwindbar schienen, nunmehr als nicht mehr relevant wahr, wenngleich er eigentlich nur den Wunsch hatte, dem „Strudel der Depression“ zu entkommen und die „Angst vor dem Leben“ hinter sich zu lassen (Herr Schober). Für eine andere Patientin war nach vorangegangenem angstvollen „am Abgrund [...] balancieren“ mit sich steigender Verzweiflung der endgültige Entschluss zum Suizid ebenfalls mit einem befreienden Gefühl der Erleichterung verbunden. Allerdings wechselte die Euphorie darüber, bald „nichts mehr hören, nichts mehr sehen, nichts mehr fühlen“ zu müssen, mit der Trauer über den bevorstehenden Verlust der schönen Dinge (Frau Färber). Wieder eine andere Patientin schildert, wie ihre zunehmende Wut und Verzweiflung schließlich zu einem vollständigen Kontrollverlust über ihre Emotionsregulation führte, die nur eine Selbstzerstörung zuzulassen schien. Dabei habe sie jedoch gar nicht sterben wollen, sondern in erster Linie ihre Wut kontrollieren und in Ruhe gelassen werden, im Grunde aber leben und geliebt werden wollen (Frau Schmidt).

Diese häufig beobachtete Ambivalenz bedeutete allerdings nicht unbedingt, dass die Entscheidung zum Suizid keine ernsthafte war: Im Gegenteil schien dies nur bei drei der Patient:innen der Fall zu sein (Frau Dogan, Frau Hamani und Herr Bauer). Sie waren entsprechend die einzigen der Patient:innen, die sich im Nachhinein eindeutig von ihrer Entscheidung distanzieren. Sieben der Patient:innen distanzieren sich zwar nicht klar von ihrem Todeswunsch, wollten aber eigentlich leben, jedoch unter anderen Bedingungen (Frau Schmidt, Frau Roth, Frau Färber, Herr Schober, Herr Ernst, Frau Wiland und Frau Ehmman). Nur zwei Patientinnen sahen auch unabhängig von allen realistischerweise verfügbaren Alternativen und Unterstützungsmaßnahmen für sich selbst keinerlei Sinn in einer fortgeführten Existenz (Frau Paul und Frau Jansen). Ein vehement verteidigter Wunsch zu sterben bestand allerdings bei vier Patient:innen fort (Frau Schmidt, Frau Färber, Frau Paul und Frau Jansen). Entsprechend brachten sie ihre Wut über die Rettungsmaßnahmen bzw. die anschließende Unterbringung in der geschlossenen Abteilung zum Ausdruck (Frau Schmidt, Frau Jansen und Frau Paul) und artikulierten ihre Forderung nach ärztlich assistiertem Suizid auch bei psychisch Kranken (Frau Schmidt, Frau Färber und Frau Paul). Eine Patientin stand in ihrer Sonderrolle als Ärztin dem ärztlich assistierten Suizid nicht eindeutig positioniert

gegenüber (Frau Ehrmann), zwei Patientinnen lehnten ihn ab (Frau Roth und Frau Hamani). In den übrigen sechs Interviews kam das Thema nicht zur Sprache. Eine lebensbejahende, Perspektiven aufzeigende professionelle Unterstützung wurde hingegen von sechs Patient:innen explizit gewünscht (Frau Roth, Herr Schober, Herr Bauer, Herr Ernst, Frau Wiland, Frau Ehrmann). Ein Patient fühlte sich allerdings trotz aller Dankbarkeit über den Rettungseinsatz durch diesen und die anschließende Unterbringung in der Psychiatrie gekränkt und gedemütigt (Herr Ernst), einen weiteren Patienten plagte ein schlechtes Gewissen, das System mit einem derartigen Aufwand belastet zu haben (Herr Schober).

Was den Entscheidungsprozess als solchen betrifft, so erlebten nur drei Patient:innen diesen als gänzlich irrational (Frau Dogan, Frau Hamani und Herr Bauer). Eine weitere Patientin gibt an, sich in der Situation als rational abwägend wahrgenommen zu haben, rückblickend jedoch eine wesentlich relevantere affektiv beeinflusste Komponente zu erkennen (Frau Ehrmann). Eine in erster Linie emotional bestimmte Entscheidung wird auch bei fünf weiteren Patient:innen deutlich: So konnte eine Patientin dem Druck durch ihren Ehemann emotional nicht mehr standhalten (Frau Dogan), eine andere Patientin fühlte sich von nicht mehr kontrollierbaren Gefühlen der Wut und des frustrierten Bedürfnisses nach Liebe überwältigt (Frau Schmidt). Durch ihre Depression waren für eine Patientin die subjektiv nicht mehr erträgliche, ständige Angst und quälende Kraftlosigkeit (Frau Roth) maßgeblich für den Suizidentschluss. Ähnlich erging es einem Patienten, der sich im Rahmen seiner Depression durch fehlende Stabilität seines sozialen Umfelds und existenziellen Nöten der „Angst vor dem Leben“ nicht mehr gewachsen fühlte (Herr Schober). Eine andere Patientin wollte dem Elend ihrer unüberwindbar scheinenden Drogensucht und den damit verbundenen Gefühlen des Selbsthasses, der Demütigung und der Trauer über verlorene Beziehungen zu geliebten Menschen ein Ende setzen. Zugleich bezeichnet sie aber die Entscheidung zum Suizid selbst als eine ganz bewusste (Frau Wiland). Eine solche trotz aller Verzweiflung als bewusst erlebte Entscheidung zum Suizid bedeutete für zwei weitere Patientinnen, dass sie ihren Entschluss zwar nicht als rational, so doch auch nicht als irrational betrachteten (Frau Dogan, Frau Roth). Als rationale Abwägung hingegen beschrieben vier Patient:innen ihren präsuizidalen Entscheidungsprozess (Frau Färber, Frau Paul, Herr Ernst und Frau Jansen). Ein Patient schildert seine präsuizidale Entwicklung im Nachhinein zwar sehr reflektiert und distanziert, was jedoch eher rationalisierend im Sinne einer Abwehr von Emotionen wirkt, die er selbst noch nicht verstehen oder erklären kann (Herr Schober). Eine andere Patientin gibt zwar an, den Suizidversuch nicht reflektiert zu haben, dennoch wirkt er in dem Sinne rational,

als er gewissermaßen eine zweckmäßig kalkulierte Handlung darstellt: Er diene dazu, ein Exempel an ihrem Umfeld zu statuieren und war in dieser Hinsicht im Sinne der instrumentellen Rationalität auch erfolgreich (Frau Hamani). Ein weiterer Patient konnte sein gewünschtes Ziel, schnellstmöglich einen Therapieplatz zu bekommen, durch den Suizidversuch ebenfalls erreichen (Herr Bauer). Allerdings war dies jeweils natürlich nur durch dessen Misslingen bzw. selbstständigen Abbruch der Fall. Im Übrigen waren sich lediglich die beiden letztgenannten Patient:innen der Endgültigkeit des Todes im Falle eines vollendeten Suizids nicht bewusst: Vielmehr beschreibt Herr Bauer eine romantisch-verklärende Vorstellung vom Tod als wohltuenden und erholsamen Schlaf. Frau Hamani malte sich dagegen aus, wie es ihr Genugtuung bereiten würde, ihre Angehörigen trauern und mit Schuldgefühlen kämpfen zu sehen. Alle anderen Patient:innen gingen davon aus, dass mit dem Gelingen des Suizidversuchs ihr Dasein im Sinne einer Ich-Perspektive unumkehrbar beendet sein würde.

Bemerkenswert ist überdies, dass die im Rahmen des Konzepts der Freiverantwortlichkeit geforderte Dauerhaftigkeit und Willensfestigkeit des Todeswunsches gerade bei denjenigen Patientinnen gegeben war, deren Suizidalität aus psychiatrischer Sicht einer Exazerbation ihrer jeweiligen psychischen Vorerkrankung zuzuschreiben war (Frau Schmidt, Frau Färber und Frau Paul). Eine teilweise Krankheitseinsicht war allerdings nur bei einer von ihnen gegeben (Frau Schmidt); häufiger war mit einer solchen Einsicht dagegen der Wunsch nach professioneller Unterstützung verbunden (Frau Roth, Herr Schober und Frau Wiland). Zwei Patientinnen begründeten ihren Entschluss mit dem Leiden an einer somatischen Grunderkrankung (Frau Ehrmann und Frau Jansen), wobei eine von ihnen retrospektiv im Wesentlichen emotionale Motive vermutet und die eigene Unentschlossenheit in Bezug auf die Umsetzung ihres Todeswunsches erkennt (Frau Ehrmann). Die Patientin mit fortgeschrittener Tumorerkrankung hingegen hielt an ihrem Todeswunsch fest und betrachtete ihn nach wie vor als Ausdruck autonomer Selbstbestimmung. Allerdings schien für sie die Option eines (ärztlich) assistierten Suizids keine Rolle zu spielen, insofern als sie dem medizinischen System grundsätzlich mit Misstrauen gegenüberstand. Nach Abbruch aller sozialen Beziehungen und zugleich antizipierter krankheitsbedingter Abhängigkeit bedeutete die Vorwegnahme des zeitlich ohnehin absehbaren Todes die subjektiv einzige Lösung für sie (Frau Jansen).

An dieser Stelle ist schließlich die untrennbar mit zwischenmenschlichen Beziehungen oder deren Abbruch verbundene Bedeutung von Suizidalität hervorzuheben. Nur bei einer

Patient:innen ist bei der Entscheidung zum Suizid keine eindeutige Verbindung zu konfliktreichen oder unerfüllten Beziehungen erkennbar (Herr Bauer und Frau Paul). Ein sehnlicher, aber durch seine Nichterfüllung zu Einsamkeit, Frustration und Verbitterung führender Wunsch nach Liebe stand bei vier Patient:innen im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Suizidentschluss (Frau Schmidt, Frau Färber, Herr Schober und Frau Wiland). Eine weitere Patientin fühlte sich von ihrer Therapeutin im Stich gelassen (Frau Roth), eine andere Patientin machte wiederum ihrem familiären Umfeld massive Vorwürfe angesichts deren fehlender Loyalität (Frau Hamani). Zwei Patient:innen erkannten ein appellatives Moment gegenüber den ihnen Nahestehenden (Herr Bauer und Frau Ehrmann). Bei zwei weiteren Patientinnen ist der Suizidversuch aus einem soziokulturellen Kontext heraus erkennbar, der zu einem Konflikt zwischen ihrer Unabhängigkeit als Frauen und den Ansprüchen ihres Umfelds nach Unterordnung führte. Dies verdeutlicht einmal mehr, dass Autonomie nur in einem relationalen Konzept verstehbar ist und daher eine von den Beziehungskonstellationen der Betroffenen getrennte Betrachtung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung irreführend ist.

D: Diskussion

1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Die Ergebnisse des vorliegenden Dissertationsprojekts lassen sich grob in zwei Teile untergliedern: Im theoretischen Teil erfolgte die Auseinandersetzung mit den medizinethischen, juristischen und philosophischen Hintergründen des Forschungsgegenstands mit der Fragestellung, ob sich ein einheitliches Konzept des freiverantwortlichen Suizids herausarbeiten lässt. Dabei lag der Schwerpunkt darauf, eine Verbindung zwischen den Kriterien der Freiverantwortlichkeit gemäß den jüngsten Urteilen des BGH bzw. des Bundesverfassungsgerichts und a) den jeweiligen philosophisch geprägten Vorannahmen sowie b) der Frage nach der Umsetzbarkeit besagter Kriterien in der Praxis herzustellen. Ziel des empirischen Teils der Untersuchung war es wiederum, der individuellen Bedeutung von Freiheit und Autonomie im Rahmen des präsuizidalen Entscheidungsprozesses nachzugehen. Auf den vorangegangenen Ergebnissen aufbauend wurde schließlich untersucht, in welchem Verhältnis die theoretische Debatte zu Autonomie, Rationalität und Freiverantwortlichkeit des Suizids zur Lebenswirklichkeit und zum Selbstbild von suizidalen Patient:innen steht.

Die Gespräche mit den Patient:innen spiegelten eine Vielfalt der Bedeutung von Autonomie und Freiheit wider: Häufig wurde das Gefühl von Freiheit im Sinne von Befreiung beschrieben, als Entlastung und Erlösung von den nicht mehr zu bewältigenden Problemen. Dieser Wunsch bedeutete für die Patient:innen jedoch nicht unbedingt einen freien, autonomen Entscheidungsprozess. Im Gegenteil schilderten einige von ihnen eine Überwältigung durch unbeherrschbare Emotionen oder ein Gefühl der Kraftlosigkeit, verbunden mit einem subjektiven Kontrollverlust. Doch auch wenn der Suizidversuch mehr als eine solche Verzweiflungstat denn als Freiheitsausübung erlebt wurde, war es den meisten Patient:innen ein Anliegen, sich in ihrer Autonomie respektiert zu wissen. Für einige von ihnen zählte hierzu auch die Forderung nach Suizidassistenten. Andere wiederum lehnten diese ab, auch wenn sie sich sonst eigentlich als unabhängige und freiheitsliebende Personen betrachteten. Dies verdeutlicht, wie entscheidend es ist, die geforderte Freiheit mit der im biographischen Gesamtkontext gelebten Freiheit zu kontrastieren, um das individuelle Verständnis und die jeweilige Bedeutung von Freiheit überhaupt begreifen zu können. So spielte nur bei einem Patienten das Thema Freiheit überhaupt keine Rolle, bei einer weiteren Patientin kam es ausschließlich als Unfreiheit im Rahmen ihrer Suchterkrankung zum Tragen. In allen anderen Geschichten

finden sich, betrachtet man sowohl den präsuizidalen Entscheidungsprozess als auch dessen lebensgeschichtliche Einordnung, wesentliche Aspekte von Freiheit wie auch von Unfreiheit. Beispielsweise erlebten sich mehrere Patient:innen im Rahmen ihrer jeweiligen psychischen Erkrankung als massiv in ihrer Entscheidungs- und Wahlfreiheit eingeschränkt im Sinne einer fehlenden subjektiven Wahrnehmung oder Akzeptanz von Alternativen. Zugleich verteidigten sie jedoch mit Bestimmtheit ihr Recht auf den Respekt vor ihrer Suizidentscheidung im Sinne der allgemeinen Handlungsfreiheit.

Auch die Auseinandersetzung mit den theoretischen Konzepten und Hintergründen der Diskussion um die Freiverantwortlichkeit zeugt von den individuellen, heterogenen Vorannahmen, die den Begriff des autonomen Suizids prägen. So reicht das Verständnis vom „Freitod“ als der letzten, tragischen Freiheit eines ausweglosen Daseins über den Respekt vor einer persönlichen Entscheidung im Sinne der allgemeinen Handlungsfreiheit bis hin zur heroischen Vorstellung vom Suizid als Erfüllung und Vollzug menschlicher Freiheit. Aus verfassungsrechtlicher Perspektive eigentlich unter das Selbstbestimmungsrecht fallend, beziehen sich die juristischen Kriterien eines freiverantwortlichen Suizids allerdings mehr auf die allgemeine Nachvollziehbarkeit der Entscheidung als auf einen individuellen Freiheitsanspruch. Formulierungen wie „wohlbegründet“, „wohlerwogen“ und „von Außenstehenden einfühlbar“ erinnern an philosophische Konzepte des rationalen Suizids. Letztere reichen jedoch in ihren Anforderungen weit über das hinaus, was einer im juristischen Sinne selbstbestimmten Entscheidung abverlangt werden kann. Auch die Betrachtung der Vielfalt der Autonomiekonzeptionen macht deutlich, dass sich ethische Probleme des freiverantwortlichen Suizids mit der Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht und das bioethische Autonomieprinzip alleine nicht lösen lassen. Auch der Kompetenzbegriff als deren Korrelat im anwendungsbezogenen Kontext medizinischer Einwilligungssituationen vernachlässigt wesentliche Aspekte der Suizidentscheidung. Es bedarf daher eines Konzepts, das sich nicht dazu verleiten lässt, vereinfachte Ansätze – mögen sie im jeweiligen spezifischen Kontext noch so sinnvoll anwendbar sein – auf das Konstrukt einer autonomen Suizidentscheidung zu übertragen.

2. Limitationen der durchgeführten klinisch-ethischen Studie

Die klinisch-ethische Studie konnte ebenso wie die Literaturrecherche zu den theoretisch-philosophischen Hintergründen von Suizidalität und Autonomie zeigen, dass die Vorstellung vom freiverantwortlichen Suizid keineswegs auf einem einheitlichen Autonomieverständnis

beruht. Darüber hinaus gelang es, die ambivalente Wechselseitigkeit von kognitiven und emotionalen Elementen präsuizidaler Reflexionsprozesse wie auch ihre Eingebundenheit in einen sozialen Kontext empirisch zu untermauern (vgl. Mrozynski & Kuhn 2022). Dennoch soll an dieser Stelle auf einige methodische Limitationen der Studie hingewiesen werden. So erfolgte etwa die Auswahl der Studienteilnehmenden unabhängig von geäußerten Autonomieansprüchen: Patient:innen nach einem Suizidversuch, die aus medizinischer Sicht stabil genug waren, wurden von ihren behandelnden Ärzt:innen auf der Überwachungsstation über die Studie informiert. Bei bestehendem Interesse seitens der Patient:innen wurde dies an uns weitergeleitet. Es wurde allerdings nicht dokumentiert, wie viele Patient:innen aus organisatorischen Gründen nicht angefragt wurden oder eine Teilnahme ablehnten und aus welchen Gründen sie dies taten. Auch wurde es den jeweiligen Ärzt:innen überlassen, nach eigenem Ermessen zu entscheiden, ob sie die jeweiligen Patient:innen für physisch und psychisch stabil genug für ein langes, nicht in erster Linie psychotherapeutisches Gespräch hielten. Andererseits wurden auch Patient:innen eingeschlossen, für die ein Erzählen der eigenen Geschichte wichtig schien, auch wenn wesentliche Kriterien der Freiverantwortlichkeit in ihrem Entscheidungsprozess offensichtlich fehlten. Dadurch mag gegen die Auswahl der Patient:innen der Einwand vorgebracht werden, dass den Themen Autonomie und Freiheit in einigen Gesprächen wenig Bedeutung zukam. Dennoch wurden auch hier meist Teilaspekte wie z.B. der Wunsch nach Kontrolle oder Wahrung eigener Ideale deutlich. Durch die offene Gesprächsführung, die nicht zwangsläufig die direkte Problematisierung der Autonomie beinhaltete, sollte eine Fokussierung auf dieses Thema vermieden werden, insofern als es womöglich im eigentlichen Entscheidungsprozess gar keine wesentliche Rolle gespielt hatte. Besonders behutsam wurde das Thema ärztliche Suizidassistenz angesprochen bzw. bei sehr hilfsbedürftig auftretenden Patient:innen ganz darauf verzichtet, um das Vertrauensverhältnis nicht zu gefährden.

Um die Interviews möglichst offen zu gestalten, wurde bewusst auf die strenge Vorgabe eines einheitlichen Interviewleitfadens verzichtet. Dagegen könnte eingewendet werden, dass dies zu einer gewissen Einschränkung bei der Vergleichbarkeit der Gespräche geführt hat. Es wurde jedoch im Rahmen der narrativen Interviewführung bewusst darauf geachtet, dass die Patient:innen selbst den Gesprächsfaden vorgeben und dadurch ihre Geschichte nach Schwerpunkten strukturieren, die von ihnen als bedeutsam erlebt wurden. Ein solches streng narratives Vorgehen konnte allerdings in einigen Gesprächen nicht eingehalten werden, wenn z.B. die Einstiegsnarrationen der Patient:innen sehr kurz waren und keine

Folgen narrationen generiert werden konnten. Auch war im Rahmen fortbestehender suizidaler Krisensituationen oft spiegelndes Nachfragen und unterstützender, lebensbejahender Zuspruch erforderlich. Dies stellt aber keineswegs eine methodisch unzulässige Abwandlung der Regeln einer narrativ-biographischen Interviewführung dar: So empfiehlt auch Gabriele Rosenthal (2015: 177) das Abweichen von der streng narrativen Interviewgestaltung im Rahmen von Gesprächsphasen mit der Reaktivierung belastender Erinnerungen. Gesprächstechniken des aktiven Zuhörens im Sinne von Trösten, Signalisieren von Verständnis oder die Artikulation von durch die Erzählenden schwer zu verbalisierenden Gefühlen seitens der Interviewenden können also durchaus Bestandteil eines narrativen Interviews sein.

Ferner kam es in einigen Gesprächen zu vermehrten, im Rahmen der narrativen Gesprächsführung zunächst einmal nicht vorgesehenen Nachfragen seitens der Interviewenden, die zu thematischen Unterbrechungen führten. Dies mag zu gewissen Einschränkungen bei der Auswertung geführt haben, die auf die Techniken des narrativen Interviews ausgerichtet war. Zugleich führten solche Nachfragen aber mitunter zu Widerspruch seitens der Patient:innen, was sie wiederum erst zu einer argumentativen Verteidigung der eigenen Position anregte. Dadurch entwickeln sich bei einigen Gesprächen Diskussionsanteile, die zwar eine Abweichung von den erzählgenerierenden Techniken darstellen, dafür aber dem dialogischen Moment eines Abwägungsprozesses wesentlich näherkommen. Damit kann gerade dem relationalen Moment der Autonomie Rechnung getragen werden: Denn eine wohlerwogene, selbstbestimmte Entscheidung wird kaum unabhängig vom sozialen Kontext in Monologform vollzogen werden können. Im Gegenteil stellt die Versicherung der Plausibilität unserer Ansichten im Dialog mit unserem Umfeld eine wesentliche Komponente der Entscheidungsfindung dar, die bei einseitiger Fokussierung auf die Autonomie als Unabhängigkeit unberücksichtigt bleibt (vgl. Lachmann 2008). Wenngleich zwar das Hauptanliegen narrativer Methoden in der Bioethik darin besteht, den Patient:innen eine Stimme zu verleihen, kann die widerspruchslose Hinnahme einer monologischen Selbstnegation von suizidalen Menschen als Zustimmung gewertet werden und ist damit in einer akuten suizidalen Krise ethisch problematisch. Es muss daher stets zwischen dem Erkenntnisinteresse der Wissenschaftler:innen und ihrer therapeutischen Mitverantwortung als Zuhörende vermittelt werden.

Nicht alle Patient:innen gaben Verbindungen der Suizidentscheidung mit ihrer Vergangenheit preis. Dadurch war eine Einordnung in die Lebensgeschichte in wenigen Fällen nur sehr

begrenzt möglich. Auf konkrete diesbezügliche Nachfragen von unserer Seite wurde verzichtet, wenn seitens der Patient:innen andere Themen im Vordergrund standen oder sie signalisierten, dass sich zu ihrer langfristigen Biographie nicht weiter äußern zu wollen. Daher kann kritisiert werden, dass die Studie entgegen ihrem Anspruch nur eine Momentaufnahme aus der Geschichte der Patient:innen erfasst hat. An dieser Stelle ist einmal mehr auf das von Rosenthal empfohlene Vorgehen bei narrativen Interviews in akuten Krisensituationen zu verweisen: Hier gilt es, eine Fokussierung auf die gegenwärtigen Belastungen zuzulassen und nicht auf dem erkenntnistheoretischen Interesse an einer möglichst vollständigen Erhebung der Lebensgeschichte zu insistieren (vgl. Rosenthal 2002). Der Vorwurf der Momentaufnahme kann ferner im Hinblick auf die Tatsache erhoben werden, dass die Patient:innen von der toxikologischen Intensivstation nach der Stabilisierung zeitnah in andere, meist auswärtige Abteilungen zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung verlegt wurden. Somit hatten wir keinen Einblick in den weiteren Fortgang ihrer Geschichte. Auch erhielten wir nicht von allen Patient:innen das Einverständnis, die Krankenakte einzusehen, was die Möglichkeiten einer Analyse der biographischen Daten („Ereignisdaten“) einschränkte. Dies gilt auch für die Tatsache, dass aus Gründen der Anonymisierung viele „Fakten“ über die Patient:innen in den Auswertungen verfremdet werden mussten. Auf den im Rahmen der biographischen Fallrekonstruktion eigentlich vorgesehenen Abgleich der Selbstpräsentation mit „objektiven“ Daten und Fakten, wie sie die Außenperspektive der Krankenakte bietet, wurde somit weitestgehend verzichtet: Wie die Patient:innen ihre Geschichte darstellen und was von ihr sie preisgeben wollen, sollte allein ihnen überlassen bleiben. Dies ist im Gegensatz zu einem primär sozialwissenschaftlichen Projekt dem narrativ-ethischen Hintergrund der Studie geschuldet, der gerade die Selbstdeutungen der Patient:innen als Ausdruck von Autonomie versteht und in den Vordergrund zu rücken versucht. Im Zuge dessen wurde es den Erzählenden überlassen, inwieweit sie den gesamtbiographischen Kontext ihrer Geschichte offenbaren wollten.

Zielsetzung der vorliegenden klinisch-ethischen Studie war es also nicht, die Autonomie der jeweiligen Suizidentscheidung zu überprüfen oder gar Belege für die Existenz des sogenannten Bilanzsuizids vorzuweisen. Vielmehr sollte der allgemeinen Bedeutung von Autonomie im Rahmen des präsuizidalen Entscheidungsprozesses im Gespräch mit Patient:innen nachgegangen werden. Reproduzierbare statistische Aussagen sind bei diesem qualitativen Ansatz – zumal angesichts der geringen Studiengröße – nicht zu treffen. Theoretische Konzepte, die sich mit der prinzipiellen Möglichkeit und den Kriterien eines selbstbestimmten Suizids

auseinandersetzen, waren für die vorliegende Arbeit daher eher im Sinne einer Übersicht zur einschlägigen Literatur von Bedeutung. Damit hatten sie zudem Einfluss auf die Erarbeitung des Interviewleitfadens.

3. Diskussion der empirischen Ergebnisse mit dem theoretischen Diskurs zum freiverantwortlichen Suizid

3.1 Suizid und Rationalität

Zu Beginn der systematischen Forschung zur theoretischen Möglichkeit und den Kriterien einer selbstbestimmten Suizidentscheidung standen Fragestellungen, die sich primär mit der Rationalität des Suizids auseinandersetzten. Das Konzept eines solchen Bilanzsuizids ist in der Diskussion heute allerdings weitestgehend überholt. So bezieht sich dieser auf eine im Zustand „kühler und klarer Besonnenheit“ von einer psychisch gesunden Person in einer aussichtslosen Lebenslage getroffene Entscheidung (Hoche 1919: 28). Damit wird einerseits ein von Emotionalität und sozialer Eingebundenheit abstrahiertes Menschenbild heraufbeschworen (vgl. Mroczynski & Kuhn 2022), das wohl eher auf einen heroisch-maskulinen Geschlechtsstereotyp¹⁴⁴ längst vergangener Zeiten als auf die Realität und die Motive suizidaler Menschen zurückzuführen sein dürfte. Andererseits muss nach dem gegenwärtigen Verständnis die Freiverantwortlichkeit durch das bloße Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose noch nicht zwangsläufig ausgeschlossen sein. Gleichwohl finden sich die Maßstäbe einer rationalen Suizidentscheidung in ihren Grundzügen auch in der juristischen Terminologie zum freiverantwortlichen Suizid wieder. So fordert das von Margaret P. Battin (1995) entworfene concept of rational suicide neben logischem Denkvermögen ein realistisches Weltbild sowie das Einholen und Abwägen der notwendigen Informationen und steht damit der Vorstellung von einer wohlbegründeten, nachvollziehbaren Entscheidung nahe. Der Begriff der Nachvollziehbarkeit als Annäherung an die Rationalität einer Suizidentscheidung darf dabei jedoch keinesfalls mit deren Verallgemeinerbarkeit gleichgesetzt werden: Vielmehr geht es um die „Binnenrationalität“ der Entscheidung (Gethmann 1991), also die innere Schlüssigkeit der angeführten Gründe und Motive, ohne dass jenen in der Sache zugestimmt werden muss.¹⁴⁵ Gewiss bleibt der philosophische Anspruch an eine solche

¹⁴⁴ vgl. hierzu die Ausführungen von Rainer Lindner im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Deutschen Ethikrats zur Phänomenologie von Todeswünschen vom 17.12.2020 (Deutscher Ethikrat 2020a)

¹⁴⁵ s. hierzu die Ausführungen von Carl Friedrich Gethmann im Rahmen der Plenarsitzung der Deutschen Ethikrats zum Recht auf Selbsttötung vom 22.10.2020 (Deutscher Ethikrat 2020b)

wohlbegründete Entscheidung ungleich größer als der juristische es sein kann. Auch verlangt Battins Konzept einer rationalen Suizidentscheidung ab, dass sie der Beförderung fundamentaler Interessen einer Person und der Vermeidung von Schaden dient. Bemessen werden die Inhalte dieser Kriterien daran, wie eine Person ihr Leben grundsätzlich führt, welche Ideale sie besitzt und was für ein Selbstkonzept sie über die Zeit entwickelt hat. Diese Punkte sind unter Schlagwörtern wie dem Suizid als Schutz vor Selbstverlust und Vermeidung künftigen Leidens in der Suiziddebatte allgegenwärtig und kamen auch in einigen unserer Interviews zum Ausdruck (z.B. Herr Ernst, Frau Färber, Frau Ehrmann). Allerdings wurden bei der Auswertung die Erzählungen nicht grundsätzlich anhand von Rationalitätskriterien analysiert, da ein objektives Überprüfen der Angaben der Patient:innen in diesem Studiensetting nur eingeschränkt möglich war. Darüber hinaus sollte die Bewertung der Umstände ja gerade nicht von einer Außenperspektive, sondern durch die Patient:innen selbst erfolgen.

Obschon es nicht Ziel der Studie war, den „Vernunftgrad“ der jeweiligen Suizidentscheidung zu beurteilen, fanden sich doch in allen Geschichten auf irgendeine Weise auch Aspekte von Rationalität wieder. Einige Entscheidungsprozesse wiesen eine deutliche Bilanzierung auf, ohne dabei allerdings zwangsläufig theoretischen Rationalitätsmaßstäben zu genügen. In anderen Fällen wiederum spielte rationale Abwägung nur eine unwesentliche Rolle, gleichwohl wurde die Entscheidung von den Patient:innen selbst als eine ganz bewusste wahrgenommen. Dies zeigt, dass in der subjektiven Wirklichkeit suizidaler Menschen oft ein von philosophischen Konzepten abweichendes Verständnis von Rationalität zum Ausdruck kommt: So wurde der eigene Entschluss zum Suizid nur von drei Patient:innen als gänzlich irrational betrachtet. Als eindeutig rationale Abwägung hingegen beurteilten vier Patient:innen ihren präsuizidalen Entscheidungsprozess. Allerdings ergab sich bei zwei von ihnen (Frau Färber und Frau Paul) ein Konflikt mit der akuten Exazerbation ihrer jeweiligen psychiatrischen Vorerkrankung, was eine entsprechende Kausalität ihrer Todeswünsche aus der Außenperspektive plausibel macht. Dies würde den gängigen philosophischen Maßstäben der vernünftigen Willensbildung wie auch den Kriterien des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 241) nicht genügen. Ein dritter Patient (Herr Ernst) unter ihnen konnte zwar die negative Gesamtbilanz seines Lebens überzeugend darlegen, zugleich war er jedoch offen, Hilfe anzunehmen und neue Perspektiven zu erarbeiten. Streng genommen hatte er also präsuizidal die aus theoretischer Sicht geforderte hinreichende Abwägung lebensbejahender Alternativen nicht voll ausgeschöpft. Dies zeigt, dass eine präsuizidale Bilanzierung nicht vorschnell

als Bestätigung der Wohlerwogenheit eines Suizidentschlusses gedeutet werden sollte, sondern ebenso zu in einer Neubewertung führen kann.

Ein anderer Patient (Herr Schober) schilderte seine präsuizidale Entwicklung ebenfalls reflektiert und distanziert, was jedoch eher rationalisierend im Sinne einer Abwehr von Emotionen wirkte, die er selbst noch nicht verstehen oder erklären konnte. Im Gegensatz dazu gab eine Patientin (Frau Hamani) an, den Suizidversuch nicht reflektiert zu haben, dennoch wirkt er in dem Sinne rational, als er gewissermaßen eine zweckmäßig kalkulierte Handlung darstellt: Er diente dazu, ein Exempel an ihrem Umfeld zu statuieren und war in dieser Hinsicht im Sinne der instrumentellen Rationalität auch erfolgreich. Ähnlich konnte ein weiterer Patient (Herr Schober) sein Ziel, schnellstmöglich einen Therapieplatz zu erhalten, durch den Suizidversuch ebenfalls erreichen. Selbstredend war dies jeweils nur durch das Misslingen bzw. den selbständigen, frühzeitigen Abbruch des Suizidversuchs der Fall. Eine Patientin (Frau Ehrmann) gab an, ihren Entscheidungsprozess präsuizidal zwar als rational abwägend wahrgenommen zu haben, rückblickend jedoch zugleich relevante affektiv beeinflusste Komponenten zu erkennen. Auch bei fünf weiteren Patient:innen wird eine in erster Linie emotional bestimmte Entscheidung deutlich: So konnte Frau Dogan dem Druck durch ihren Ehemann emotional nicht mehr standhalten, Frau Schmidt fühlte sich von nicht mehr kontrollierbaren Gefühlen der Wut und des frustrierten Bedürfnisses nach Liebe überwältigt. Durch ihre Depression waren für Frau Roth ihre subjektiv nicht mehr erträgliche, ständige Angst und quälende Kraftlosigkeit maßgeblich für den Suizidentschluss. Ähnlich erging es Herrn Schober, der sich im Rahmen seiner Depression durch die fehlende Stabilität seines sozialen Umfelds und seinen existenziellen Nöten der „Angst vor dem Leben“ nicht mehr gewachsen fühlte. Frau Wiland wollte dem Elend ihrer unüberwindbar scheinenden Drogensucht und den damit verbundenen Gefühlen des Selbsthasses, der Demütigung und der Trauer über verlorene Beziehungen zu geliebten Menschen ein Ende setzen. Zugleich bezeichnete sie aber die Entscheidung zum Suizid selbst als eine ganz bewusste. Eine solche trotz aller Verzweiflung als bewusst erlebte Entscheidung zum Suizid bedeutete auch für Frau Roth, dass sie ihren Entschluss zwar nicht als rational, so doch auch nicht als irrational betrachtete.

Diese beobachtete ambivalente Wechselseitigkeit von emotionalen und kognitiven Anteilen des präsuizidalen Entscheidungsprozesses macht deutlich, dass dem Konstrukt des freiverantwortlichen Suizids ein Raster der Rationalität aufgezwungen wird, das sich in der

Wirklichkeit so wohl kaum wiederfinden lässt. Auch entspricht es am Ende wohl eher einer Karikatur dessen, was wir uns unter dem Vernunftideal der Aufklärung vorstellen. So scheint es schwer vorstellbar, das eigene Leben auf der Grundlage einer „pro und contra“-Liste aufs Spiel zu setzen. Ob als Vernunftentscheidung oder Verzweiflungstat verstanden, wird ein Suizidentschluss wohl selten die Charakteristika nur eines dieser beiden Pole erfüllen. Meist wird er sowohl Elemente einer krisenhaften Zuspitzung wie auch einer selbstreflektierenden Bilanzierung enthalten und in irgendeiner Form ein Moment der Autonomie aufweisen. Die Reduktion einer individuellen Suizidentscheidung auf ihren abwägenden oder aber ihren depressiven Anteil wird daher der Ambivalenz und der emotionalen Komplexität, die diesem Entscheidungsprozess innewohnen, nicht gerecht.

Entsprechend werden Ansätze, die bei der Überprüfung von Suizidwünschen in einem praktischen Setting auf Rationalitätskriterien fokussieren, immer reduktionistische Herangehensweisen bleiben. So schlägt etwa Dagmar Fenner in ihrer Untersuchung „Suizid – Krankheits-symptom oder Signatur der Freiheit?“ vor, Suizidwünsche im Dialog mit Angehörigen oder neutralen Beobachter:innen auf ihre Rationalität hin zu analysieren (vgl. Fenner 2008: 335). Auch spricht sie sich für mobile Beratungsstellen mit persönlichen Gesprächsangeboten aus, die vor dem Gewähren von Suizidassistenz in Anspruch genommen werden sollten. Dabei müssten die Suizidwünsche sorgfältig hinsichtlich ihrer Rationalität und ethischen Legitimität geprüft werden und beim „Verdacht auf Irrationalität [...] Alternativen zum Suizid aufgezeigt und aktive Unterstützung geleistet werden“ (Fenner 2008: 401). Neben der Rationalität setzt Fenner sich zudem mit der Frage nach dem Suizid als einer freien Willensentscheidung auseinander und bezieht sich dabei auf Harry Frankfurts hierarchisches Modell der Willensfreiheit (Frankfurt 1971). Demnach müsste ein Suizidwunsch anhand einer internen Hierarchie persönlicher Werte und Ideale gemessen und in diesem Prozess reflektierter Selbstbewertung darüber entschieden werden, ob er mit höherstufigen Wünschen im Einklang steht (Fenner 2008: 139-161). Hier ist jedoch anzumerken, dass Frankfurts Modell sich dem sogenannten Manipulationsvorwurf stellen muss: Demnach spielt es für die Identifikation mit einem Wunsch in diesem Modell keine Rolle, wie er entstanden ist, also z.B. auch durch Täuschung. Denn der Prozess einer unabhängigen Willensbildung als solcher bleibt in Frankfurts Theorie unberücksichtigt: Die Natur, das Zustandekommen und der Inhalt des jeweiligen Wunsches sind unerheblich, solange die betreffende Person ihn sich selbst zuschreibt und als ihr eigenes Wollen anerkennt (vgl. Rössler 2011: 94). Noch bleibt

ungelöst, wie dieser Problematik im Rahmen der gutachterlichen Feststellung der Freiverantwortlichkeit begegnet werden kann (vgl. AEM 2022).

3.2 Negative Lebensbilanz und soziale Einflussnahme

Unberücksichtigt bleibt in Fenners Konzept der rationalen Suizidentscheidung neben manipulativen Einflüssen außerdem die Bedeutung unterschwelliger sozialer Pressionen auf die Willensbildung. So hätte nach diesem Modell eine Selbsttötung, um Angehörigen und der Gesellschaft nicht weiter zur Last zu fallen, im Sinne der normativen bzw. moralischen Zielrationalität¹⁴⁶ als hinreichend wohlbegründet zu gelten (Fenner 2008: 334). Dies bedeutete jedoch, dass gesellschaftliche Tendenzen und Meinungen die Entstehung von Todeswünschen auf problematische Weise beeinflussen könnten, ohne dass dadurch der Willensbildungsprozess als weniger frei eingestuft würde. Demnach wird es auch den in alters- oder krankheitsbedingter Abhängigkeit stehenden Menschen zugetraut und zugemutet, sich von derartigen sozialen Einflüssen selbstbewusst distanzieren zu können, sofern kein unmittelbarer Zwang vorliegt. Dieser Sichtweise entspricht teilweise auch die rechtswissenschaftliche Beurteilung der Freiverantwortlichkeit: Solange keine tatsächliche Nötigung vorliegt, wird den Betroffenen zumindest nach Auffassung der sogenannten Exkulpationslösung abverlangt, sich gegenüber derartigen Einflüssen abzugrenzen.¹⁴⁷ Nach den strengeren Kriterien der Einwilligungslösung wäre zwar bereits bei einer unter Anwendung von psychischem Druck und Drohung getroffenen Suizidentscheidung deren Freiverantwortlichkeit ausgeschlossen (vgl. Jeong 2019: 126f.). Gleiches gilt juristisch gesehen aber nicht für eine Suizidentscheidung auf dem Boden des gesellschaftlich vermittelten Gefühls, als pflegebedürftiger Mensch von der Gemeinschaft nicht mehr erwünscht und für die Angehörigen nicht mehr wertvoll zu sein.

Ein solches Menschenbild vernachlässigt jedoch, wie sehr Autonomieausübung auf die Achtung durch ein wertschätzendes Umfeld angewiesen ist und wie häufig Suizidalität in Verbindung mit unerfüllten, abgebrochenen oder konfliktreichen zwischenmenschlichen Beziehungen steht. So sind autonome Akteur:innen nie losgelöst von ihrem sozialen Kontext zu verstehen, in den sie nicht nur selbstbezüglich-rational, sondern auch emotional eingebunden sind. Er ermöglicht es ihnen erst, die Fähigkeit zur Selbstachtung zu entwickeln, die

¹⁴⁶ unter Rückführung auf allgemeine Wertungsstandards und Normen, s. hierzu im Detail Teil C, Kapitel 2.2.2 dieser Arbeit

¹⁴⁷ s. hierzu im Detail Teil C, Kapitel 3.2.2 dieser Arbeit

wiederum von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung der Sinn- und Werthaftigkeit des eigenen Lebens ist. Dieses relationale Moment von Suizidalität und Autonomie wurde auch in den Interviews dieser Studie besonders deutlich: Nur bei zwei der Patient:innen ist bei der Entscheidung zum Suizid keine eindeutige Verbindung zu konfliktreichen oder unerfüllten Beziehungen erkennbar (Herr Bauer, Frau Paul). Ein sehnlicher, aber durch seine Nichterfüllung zu Einsamkeit, Frustration und Verbitterung führender Wunsch nach Liebe stand hingegen bei vier Patient:innen (Frau Schmidt, Frau Färber, Herr Schober, Frau Wiland) im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Suizidentschluss. Frau Roth fühlte sich von ihrer Therapeutin im Stich gelassen, Frau Hamani machte wiederum ihrem familiären Umfeld massive Vorwürfe angesichts fehlender Loyalität. Frau Ehrmann und Frau Hamani erkannten rückblickend ein appellatives Moment gegenüber den ihnen Nahestehenden. Bei Frau Dogan und Frau Hamani Patientinnen scheint der Suizidversuch auch aus einem soziokulturellen Kontext heraus erklärbar, der zu einem Konflikt zwischen ihrer Unabhängigkeit als Frauen und den Ansprüchen ihres Umfelds nach Unterordnung führte. Auch für Frau Jansen, die sich im fortgeschrittenen Stadium ihrer Tumorerkrankung befand, waren weder aktuelles noch drohendes unerträgliches Leid allein ausschlaggebend für den Suizidversuch: Nach Abbruch aller sozialen Beziehungen und zugleich antizipierter krankheitsbedingter Abhängigkeit betrachtete sie die Vorwegnahme des zeitlich ohnehin absehbaren Todes als subjektiv einzige Lösung für sich. Die Verbitterung gegenüber ihrem nahestehenden Umfeld, von dem sie sich schon lange im Stich gelassen fühlte, erstreckte sich auch auf professionelle Beziehungsangebote. So missbilligte sie nicht nur die gegen ihren Willen ergriffenen Rettungsmaßnahmen zutiefst, sondern lehnte auch jegliche andere Behandlung durch das medizinische System, dem sie grundsätzlich mit Argwohn begegnete, ab. Dies galt auch für das Angebot einer palliativmedizinischen Behandlung, gleichzeitig äußerte sie aber auch keinen Wunsch nach einem ärztlich assistierten Suizid. Selbst eine solche Geschichte, die auf den ersten Blick ein typisches Beispiel für eine nüchterne Bilanzierung im Terminalstadium einer unheilbaren Erkrankung abzugeben scheint, verdeutlicht angesichts der voller Frust und Bitterkeit vollzogenen Entscheidung einmal mehr die Bedeutung von zwischenmenschlichen Enttäuschungen für den Suizidentschluss.

Wenn eine Person ihrem Leben den Wert abgesprochen hat, mag sie unter Umständen den Suizid als einzige Möglichkeit zur Wahrung ihrer Selbstachtung sehen. Im Spiegel des Gegenübers kann diese Auffassung angenommen und bestätigt werden, oder aber im lebensbejahenden Dialog die Selbstachtung und -wertschätzung zurückgewonnen werden. Weil

Suizidalität und Autonomie als komplexe menschliche Phänomene mehr sind als nüchtern abwägende intellektuelle Prozeduren, können diese schwerlich von emotionalen und zwischenmenschlichen Einflüssen getrennt betrachtet werden. Ebenso wenig wird man daher die Suggestivkraft leugnen können, die von gesellschaftlichen Wertvorstellungen über die Sinnhaftigkeit des Weiterlebens bei Pflegebedürftigkeit und schwerer Krankheit auf die Entwicklung von Todeswünschen ausgeht (Spaemann, Hohendorf & Oduncu 2015: 117ff.).

Diese Tatsache würdigt auch das Bundesverfassungsgericht in seiner jüngsten Entscheidung zum assistierten Suizid vom Februar 2020. So müssten zur äußeren Einflussnahme auf die Willensbildung sehr wohl auch „autonomiegefährdende soziale Pressionen [...] angesichts steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen“ auf alte und kranke Menschen gezählt werden, ferner der subjektiv empfundene Druck, Familie und Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 250-259). Obschon diese Auswirkungen aus juristischer Sicht meist keinen Ausschluss der Freiverantwortlichkeit bedingen, habe der Gesetzgeber Entwicklungen entgegenzutreten, die zu einem subjektiven Rechtfertigungsbedarf des Weiterlebens führen könnten (Rn. 235). Allerdings stellt sich hier die Frage, ob sich möglicherweise gerade unterschwellige gesellschaftliche Tendenzen durch ihre Dauerhaftigkeit in mindestens ebenso relevantem Ausmaß auf die Entwicklung von Todeswünschen auswirken können wie offensichtliche, dafür aber nur kurzfristig anhaltende Drohung oder Nötigung.

3.3 Suizidalität und Freiheit

An dieser Stelle soll nun nochmals der Fokus auf den Vergleich individueller suizidaler Schicksale mit der philosophischen Debatte um das Verhältnis von Suizidalität und Freiheit gelegt werden. So befasst sich Matthias Bormuths Studie „Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert“ (2008)¹⁴⁸ mit der kulturhistorischen Entwicklung des Diskurses um den Freitod und analysiert neben den maßgeblichen Positionen die biographischen Hintergründe von Suizidfällen, die den Diskurs beeinflussten. Bei diesen sogenannten pathographischen Analysen werden Suizide von Persönlichkeiten wie Jean Améry weniger in ihrer historisch bedeutsamen Symbolkraft, als vielmehr vor ihrem individuellen lebensweltlichen Horizont betrachtet. Hierfür werden jene suizidalen Statements auch im Hinblick auf

¹⁴⁸ s. hierzu im Detail die Ausführungen zur Differenzierung des Freiheitspostulats in Teil C, Kapitel 1.3 dieser Arbeit

mögliche pathologische Entwicklungen untersucht, aus denen sich Zusammenhänge mit ihrem Entstehungsprozess ergeben könnten. Ähnlich wie der empirische Teil der vorliegenden Arbeit setzt Bormuth demnach einen Schwerpunkt auf die lebensgeschichtliche Einordnung suizidaler Entwicklungsprozesse. Allerdings ist die Methodik beider Untersuchungen nicht vergleichbar: Bormuths Analysen basieren auf literarischen bzw. autobiographischen Texten sowie der öffentlichen Wahrnehmung und Selbstdarstellung der betreffenden Personen in den Medien. Somit liegen insgesamt wesentlich umfangreichere Informationen aus unterschiedlichen Perspektiven vor, während in der vorliegenden empirischen Studie die persönliche Selbsteinschätzung im direkten Gespräch mit den Patient:innen im Vordergrund steht. Eine Parallele zu Bormuths Untersuchung kann jedoch in dem Ergebnis gesehen werden, dass der Freiheitsbegriff in der Suiziddebatte keineswegs auf einem einheitlichen Verständnis beruht. In der vorliegenden Arbeit konnte dies im Hinblick auf die irreführende Gleichsetzung von Begriffen unterschiedlicher philosophischer, bioethischer sowie juristischer und medizinischer Inhalte gezeigt werden. Bormuth nimmt eine diskursbezogene Differenzierung des Freiheitspostulats in drei Gruppen vor: Im Rahmen des hermetischen Freiheitspostulats wird der Suizid als eine persönliche Wertentscheidung und individuelle Problemlösungsstrategie verstanden, eine psychopathologische Betrachtung von Suizidalität wird als paternalistische Anmaßung grundsätzlich abgelehnt (Bormuth 2008: 279-291). Dagegen geht das kritische Freiheitspostulat sowohl von der Möglichkeit pathologisch bedingter als auch wohlervogener Selbsttötungen aus. Nach diesem Konzept darf das therapeutische Handeln aktive Überzeugungsarbeit zum Weiterleben leisten, der aber auch Grenzen gesetzt sind, wenn individuelle weltanschauliche oder religiöse Wertvorstellungen der Suizident:innen überschritten werden (Bormuth 2008: 289-292). Das tragische Freiheitspostulat schließlich besagt, dass Freiheit im Suizid ein letztes Verfügungsrecht über die eigene Person in einer existenziellen, ausweglosen Situation bedeutet. Die ärztliche Suizidbegleitung wird dabei als eine individuelle Gewissensentscheidung bewertet, wie sie im Schweizer Modell verwirklicht ist (Bormuth 2008: 292-296). Hierzu wäre zudem die nach der jüngsten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts geltende Rechtsprechung zum assistierten Suizid zu zählen.

Wie bereits oben erwähnt, wird auch in der Interviewstudie dieses Dissertationsprojekts deutlich, mit welcher Vielfalt, aber auch Ambivalenz das Thema der Freiheit in suizidalen Entwicklungsprozessen zum Ausdruck kommt. Ähnlich wie im Rahmen des hermetischen Freiheitspostulats beispielsweise von Jean Améry vertreten, wiesen Frau Färber und Frau

Paul die Deutung ihrer Suizidalität als Symptom ihrer jeweiligen behandelbaren psychischen Erkrankung entschieden zurück. Sie schätzten den eigenen präsuizidalen Entscheidungsprozess als vollkommen frei ein und forderten angesichts der subjektiven Ausweglosigkeit ihres Leidens die Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids auch für psychisch Kranke. Frau Paul sah keinen Sinn der eigenen Existenz in der Welt und verglich ihr Dasein mit dem Überlebenskampf einer Ratte, die sich im Wasser verzweifelt an einen vermeintlich rettenden Strohalm klammert, nur um am Ende doch aufzugeben und doch zu ertrinken. Im sicheren Wissen um dieses Schicksal stehe es ihr zu, einem solchen Elend durch die selbstbestimmte Beendigung desselben zu entgehen. Die entgegen ihrem schriftlich niedergelegten Willen vollzogenen Rettungsmaßnahmen betrachtet sie daher als „Vergewaltigung.“ Dies erinnert an Jean Améry's Anklage der institutionellen Suizidprävention und der Gesellschaft, welche die Suizident:innen zum Weiterleben nötige und damit in ihre persönliche Integrität eingreife. Auch Frau Färber nahm sich als gefangen in einer Gesellschaft wahr, der sie sich noch nie zugehörig fühlte. So erschien ihr der Tod als einzige Möglichkeit, Ruhe zu finden und ihre als Dämonen empfundenen Gedanken und Gefühle loszuwerden: Sie habe „Ruhe haben“ wollen, „nichts mehr sehen, nichts mehr hören, nichts mehr fühlen“ müssen. Ihre präsuizidale Entscheidungsphase schildert sie ähnlich den Ausführungen Améry's als ambivalentes „am Abgrund balancieren“ und schließlich die Kapitulation mit dem freiwilligen Sprung in den Abgrund. Frau Schmidt, die ebenfalls das Recht auf ärztlich assistierten Suizid für psychisch kranke Menschen beanspruchte, erlebte ihre suizidale Entwicklung zwar als massiv unfrei im Rahmen sich stetig steigender und sie letztendlich überwältigender Verzweiflung. Sie führte selbst ihre extremen, unkontrollierbaren Emotionen auf ihre psychische Erkrankung zurück und gab an, eigentlich nicht sterben, sondern nur ihre Wut loswerden zu wollen. Auch würde sie die von ihr geforderte Suizidbegleitung nicht als „Hilfe“ betrachten; gleichzeitig seien ihre Probleme aber auch nicht durch ein lebensbejahendes therapeutisches Beziehungsangebot zu lösen, solange ihr sehnlicher Wunsch, geliebt zu werden, unerfüllt bleibt. Dass die Gesellschaft und insbesondere das medizinische System sich zurücknimmt, wo es um ihr selbstbestimmtes Sterben gehe, verlangte schließlich Frau Jansen: Im Endstadium ihrer fortgeschrittenen Tumorerkrankung hatte sie angesichts zunehmender Abhängigkeit einen Suizidversuch unternommen und missbilligte die erfolgte Rettung ebenso wie die Alternative einer palliativmedizinischen Versorgung als Bevormundung.

Diese vier Geschichten weisen einerseits Lebensbedingungen auf, die durch Unfreiheit angesichts subjektiver Alternativlosigkeit geprägt sind, sei es durch psychische Erkrankung,

Einsamkeit und Verbitterung oder unheilbares körperliches Leiden. Andererseits beanspruchten die Betroffenen für sich die Freiheit, sich diesen Bedingungen entziehen zu dürfen. In den meisten Fällen gestaltete sich dieser Kontrast zwischen Freiheit und Unfreiheit, zwischen gelebter und geforderter Autonomie allerdings wesentlich ambivalenter: Während Frau Dogan ihren Suizidversuch im Sinne einer Kurzschlusshandlung als unfrei schilderte, diente er zugleich als Befreiung aus der Abhängigkeit ihrer Ehe, womit sie gewissermaßen einen Anspruch auf Selbstbestimmung geltend machte. Zwei weitere Patientinnen (Frau Roth, Frau Ehrmann) forderten angesichts ihres Selbstkonzepts als unabhängige Frauen Respekt vor ihrer persönlichen Entscheidung, ähnlich ging es Herrn Schober im Sinne eines Wunsches nach Kontrolle in letzter Instanz. Zugleich wünschten alle drei sich aber, im Rahmen der präsuizidal empfundenen Ausweglosigkeit von Nahestehenden bzw. von professioneller Seite abgehalten und aufgefangen zu werden. Diese Ambivalenz der Freiheit wird auch deutlich, wenn es um das Gefühl von Freiheit geht, welches der gefasste Entschluss zum Suizid verspricht: So nahm er die Probleme, die zuvor unüberwindbar schienen, nunmehr als nicht mehr relevant wahr, wenngleich er eigentlich nur den Wunsch hatte, dem „Strudel der Depression“ zu entkommen und die „Angst vor dem Leben“ hinter sich zu lassen. Dieses Gefühl von Freiheit als Erleichterung beim Gedanken auf Befreiung im Sinne von Erlösung ist allerdings nicht gleichzusetzen mit Wahl- und Entscheidungsfreiheit: Im Gegenteil erinnern seine Ausführungen an einen präsuizidalen „Tunnelblick“, im Zuge dessen er sich den aufdrängenden Suizidphantasien und -impulsen immer weniger zur Wehr setzen konnte. Damit sei der Entschluss letztendlich eine Kapitulation gegenüber seiner Depression gewesen.

3.4 Die freiverantwortliche Suizidentscheidung als juristisches Konstrukt

Die vorangegangene Gegenüberstellung der theoretischen Vorstellung vom freiverantwortlichen Suizid mit der subjektiven Wirklichkeit suizidaler Patient:innen macht deutlich, wie vielschichtig sich die Beurteilung im Einzelfall gestalten kann. Das präsuizidale Narrativ ist ebenso wie die rückblickende Perspektive der Betroffenen häufig mit einem erheblichen Anteil an Ambivalenz verbunden (vgl. AWK 2022; van Wijngaarden et al. 2021). Mithin scheint eine Kategorisierung des einzelnen Entscheidungsprozesses nach objektiven Kriterien der Freiverantwortlichkeit willkürlich. Denn das Konzept vermag weder eine angemessene Abgrenzungssicherheit noch eine ausreichende Wertneutralität zu gewährleisten. Auch

das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26.02.2020 betont, dass ein Abstellen auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit allein unzureichend ist, um einen selbstbestimmten Suizidentschluss zu attestieren. Ohnehin habe es in der bisherigen Praxis der Suizidhilfe üblicherweise an nachvollziehbaren Plausibilitäts Gesichtspunkten gefehlt, wenn Suizidwünsche auf einen freien Willen zurückgeführt wurden (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 249). Bemerkenswerterweise spricht jedoch das Bundesverfassungsgericht in jenen Abschnitten seiner Urteilsbegründung, die relevant für das künftige Gewähren der Suizidbegleitung sind, nicht von den Voraussetzungen einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung. Vielmehr werden Begriffe wie freie bzw. autonome Selbstbestimmung, Willensfreiheit und autonom gebildeter Wille verwendet (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 232-241). Hierbei handelt es sich keineswegs um Kategorien des alltäglichen Sprachgebrauchs, sondern um anspruchsvolle philosophische Konzepte vor dem Hintergrund eines umfangreichen, jahrhundertealten Diskurses. Dies spricht möglicherweise dafür, dass das Konstrukt der Freiverantwortlichkeit auf die Maßstäbe einer Zulässigkeit des assistierten Suizids überhaupt nicht sinnvoll anwendbar ist. Bis zu besagter Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (2020) bezog sich in Deutschland die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit beim Suizid im praktischen Kontext nämlich in erster Linie auf folgende Fallkonstellationen: Die Frage nach versicherungsrechtlichen Ansprüchen Hinterbliebener aus einer vor dem Suizid abgeschlossenen Lebensversicherung sowie die Strafverfolgung von Notärzt:innen für die Unterlassung von Rettungsmaßnahmen bei einem mutmaßlich freiverantwortlichen Suizid.¹⁴⁹ Beides sind allerdings retrospektive Begutachtungen, womit eine Vorlage zur positiven Feststellung der Freiverantwortlichkeit in präsuizidalen Entscheidungssituationen entfällt. Letzteres ist jedoch unerlässlich, wenn eine sorgfältige und gesellschaftlich verantwortungsvolle gutachterliche Praxis zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit etabliert werden soll. Dabei spricht vieles dafür, dass eine entscheidende Rolle im Rahmen der künftigen Neuregelung des assistierten Suizids (u.a.) der ärztlichen Profession zukommen wird: Sie verfügt einerseits bereits über einschlägige Expertise bei der Feststellung der freien Willensbildung, und andererseits über das entsprechende Fachwissen, zu eventuell vorhandenen psychotherapeutischen oder palliativmedizinischen Handlungsalternativen zu beraten (AEM 2022; Buyx 2022; Henking 2022).

¹⁴⁹ s. hierzu ausführlich Teil A, Kapitel 3.1.3 dieser Arbeit

Wie oben bereits erwähnt, ist die Zuhilfenahme eines ärztlichen, ggf. psychiatrischen Gutachtens zur Beurteilung der freien Willensbestimmung beim Suizid z.B. aus Gerichtsprozessen im Bereich der Lebensversicherung bekannt. Hier geht es darum, dass im Falle eines Suizids vor Ablauf von drei Jahren nach Versicherungsabschluss die Hinterbliebenen beweisen müssen, dass eine freie Willensbildung ausgeschlossen war, um Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen zu können. Davon kann gemäß § 161 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) dann ausgegangen werden, wenn der Suizid in einem „Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist“, infolgedessen die Betroffenen außerstande waren, ihren Willen bzgl. des Suizids frei zu bestimmen (Cording & Saß 2009). Gefordert wird demnach zwar der Nachweis einer psychischen Störung von Krankheitswert, das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose allein ist für den Ausschluss der freien Willensbestimmung jedoch noch nicht ausreichend.¹⁵⁰ Hier zeigt sich eine enge Orientierung an der Feststellung der Geschäfts- und Schuldunfähigkeit: In Bezug auf den Suizid wird wie bei jeder anderen Handlung auch zunächst einmal die freie Willensbestimmung angenommen, welche nur in Sonderfällen nicht gegeben ist. Diese Herangehensweise ist genaugenommen konträr zu der Vorstellung, dass eine freie Willensentscheidung zum Suizid eine Seltenheit darstellt. Gleichwohl ist die rechtlich garantierte grundsätzliche Zurechnung von individuellen Handlungen fundamentale Grundlage für das Selbstbestimmungsrecht. Kriterien, wie sie im Kontext der Lebensversicherung vertretbar sein mögen, dürfen dennoch nicht unkritisch auf andere Fragestellungen übertragen werden: Sie sollen verhindern, dass Versicherte mit ihrem Leben „spekulieren“ (Cording & Saß 2009) und schützen damit die Versicherungsanbieter vor Missbrauch; mit dem Selbstbestimmungsrecht der Verstorbenen haben sie nichts zu tun. Abgesehen von der Tatsache, dass posthume Gutachten mit einer präsuizidalen Beurteilung der Entscheidungssituation nur bedingt vergleichbar sind, beziehen sie sich nur auf den Zustand unmittelbar zum Zeitpunkt des Suizids. In der vorliegenden Studie ging es im Gegensatz dazu gerade darum, den langfristigen Entscheidungsprozess einzuschätzen und den Suizid nicht auf eine krisenhaft eskalierende Momentaufnahme zu reduzieren.

¹⁵⁰ nach den Ausführungen des Oberlandesgerichts Karlsruhe bezieht sich der Begriff der krankhaften Störung auf „alle Störungen der Verstandestätigkeit sowie des Willens, des Gefühls und des Trieblebens [...]. Das Vorliegen einer Geisteskrankheit ist nicht erforderlich.“ (OLG Karlsruhe, U. v. 20.02.2003 – 12 U 205/02, Rn. 15; zitiert in Cording & Saß 2009)

Neben der Autonomie als Gegenstand der Beurteilung des Entscheidungsfindungsprozesses wurde im Vorfeld der jüngsten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts versucht, die objektive Notlage der Betroffenen heranzuziehen, um Todeswünsche nachzuvollziehen. So waren für das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG, U. v. 02.03.2017 - 3 C 19/17, BVerwGE 158, 142-163) weniger die höchstpersönlichen Motive als die individuelle Not der Suizidwilligen entscheidend. Demnach sollte in einer „extremen Notlage“ die Herausgabe von Natriumpentobarbital zum Zweck der Selbsttötung dann gefordert werden können, wenn eine unheilbare Erkrankung mit unerträglichem Leidensdruck vorliegt und keine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches zur Verfügung steht. Ferner muss die Entscheidung „frei und ernsthaft“ gefällt worden sein, indem weder Zwang noch Täuschung vorlagen und Willensfestigkeit im Hinblick auf den Sterbewunsch besteht. Wenngleich letzteres sich zwar auf das Selbstbestimmungsrecht bezieht und nur dieses den staatlichen Verzicht auf den Lebensschutz rechtfertigen kann, ist die Grundlage für den Anspruch die extreme Notlage: Die Herausgabe dient dem Zweck der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Sinne einer palliativen Maßnahme, wenn keine alternativen Mittel, wie etwa ein Behandlungsabbruch, den Tod herbeiführen können (vgl. Jansen 2017). In einem weiteren Urteil hat das Bundesverwaltungsgericht nochmals bestätigt, dass kein Anspruch auf Zugang zu einem tödlichen Betäubungsmittel ohne krankheitsbedingte Notlage besteht (BVerwG, U. v. 28.5.2019 - 3 C 6/17, BVerwGE, ArztR 2019, 262-264). Persönliche Motive spielen demnach keine Rolle, die besagte krankheitsbedingte Notlage muss vielmehr mit unerträglichem Leid wie nicht behandelbaren Schmerzen objektivierbar sein. Daraus ergibt sich allerdings das Problem, wie mit dem subjektiven Urteil, den eigenen körperlichen Verfall nicht hinnehmen zu wollen, umgegangen werden kann. Denn wenn dieser nicht unmittelbar unzumutbare physische Leidenszustände hervorruft und dennoch in unerträglicher Weise als entwürdigend erlebt wird, greifen alternative palliativmedizinische Maßnahmen wie die Linderung von Schmerzen oder Atemnot nicht. Permanente Immobilität und Pflegebedürftigkeit als Folgen unheilbarer körperlicher Erkrankung können unter Berufung auf die persönlichen Wertvorstellungen, aber auch allein aufgrund eines Pflegedefizits als unzumutbar empfunden werden. Wie diese sich unter Umständen fundamental unterscheidende Genese eines Sterbewunsches differenziert werden kann, bleibt ungelöst. Dass sich also allein aus einer individuellen Perspektive heraus definieren lässt, wann Leiden als unerträglich empfunden wird (vgl. Deutscher Ethikrat 2014; 2017), kam in mehreren Interviews zur Sprache: So betrachteten Frau Schmidt, Färber und Frau Paul, deren Suizidwünsche aus einer psychiatrischen Fachperspektive im kausalen Zusammenhang mit einer akuten Exazerbation

ihrer jeweiligen psychischen Vorerkrankung standen, trotz ihrer Diagnose bzw. gerade im Wissen um diese ihr Leiden als unerträglich und hoffnungslos. Unter Verweis auf ihr Selbstbestimmungsrecht und Prinzipien der Gerechtigkeit traten sie daher mit Nachdruck für ihr Recht auf den Suizid ein. Diese Perspektiven legen nahe, dass Argumente ähnlich der vom Bundesverwaltungsgericht definierten „extreme Notlage“ trotz der jüngsten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts Teil des Diskurses um die Neuregelung der (ärztlichen) Suizidassistenz bleiben werden. So könnte der vom Bundesverfassungsgericht (2020) eigentlich verneinte Anspruch gegenüber Dritten zumindest im Sinne einer moralischen Verpflichtung verstanden werden, dass diejenigen Ärzt:innen, die selbst das Leisten von Suizidhilfe ablehnen, ihre Patient:innen an Kolleg:innen überweisen müssen, die hierzu bereit sind (Birnbacher 2022).

Bemerkenswert ist, dass ein Anspruch auf den freiverantwortlichen Suizid typischerweise aus dem Selbstbestimmungsrecht abgeleitet wird und somit allein durch individuelle Motive begründbar ist. Geht es allerdings um die Festlegung von Kriterien, unter denen der assistierte Suizid dann zulässig sein soll, treten die Grundlagen der Selbstbestimmung häufig in den Hintergrund und es wird auf (vermeintlich) objektive, allgemein nachvollziehbare Zustände wie Schmerzen und Siechtum Bezug genommen. Damit ist jedoch noch nicht geklärt, warum sich nur sehr wenige Menschen in solchen Situationen suizidieren wollen. Andererseits können sich Menschen, deren Leiden als „nur“ subjektiv unerträglich eingestuft wird, durch derartige Abgrenzungen übergangen fühlen. Dem trägt die jüngste Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts Rechnung: So entziehe sich die höchstpersönliche Entscheidung zum Suizid „einer Beurteilung nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit“, weshalb es nicht möglich sei, „die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen“ oder auf „bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen“ zu beschränken. Zugleich wird aber betont, dass es dem Gesetzgeber obliegt, ein angemessenes „prozedurales Sicherheitskonzept zu entwickeln“, um einen verantwortungsvollen gesellschaftlichen Umgang mit Suizidwünschen gewährleisten zu können (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 210 und 340). Dass diesbezüglich Forschungsbedarf besteht, wurde seit dem Urteil in mehreren Stellungnahmen seitens der Fachgesellschaften betont (AEM 2022; AWK 2022; Domschke et al. 2021). Hier können empirische Untersuchungen wie die im Rahmen dieses Dissertationsprojekts durchgeführte klinisch-ethischen

Studie einen wichtigen Beitrag dazu leisten, realistische Beurteilungsmaßstäbe von Todeswünschen zu ermitteln.

4. Vergleich mit den Methoden und Ergebnissen anderer zum Thema vorliegenden qualitativen Studien

Einige empirische Untersuchungen, die sich mit Fragestellungen zur Bedeutung von Autonomie im Zusammenhang mit Todeswünschen befassen, wurden im Rahmen des allgemeinen Forschungsstandes in Teil A, Kapitel 4.2.2 dieser Arbeit vorgestellt. Überwiegend handelt es sich hierbei um quantitative Untersuchungen im Sinne von Umfragen zu Einstellungen zum assistierten Suizid unter verschiedenen Kollektiven (van der Heide 2017; Müller-Busch et al. 2004; Schildmann & Vollmann 2006, 2017). Dagegen gibt es nur wenige qualitative Studien, die sich unmittelbar mit individuellen Motiven und Entwicklungsprozessen zum freiverantwortlichen Suizid befassen. Dies mag vordergründig der Tatsache geschuldet sein, dass die entsprechenden Patient:innenkollektive sich am ehesten im Bereich der ärztlich assistierten Selbsttötung wiederfinden und daher bislang nur in den Ländern, in denen diese legalisiert ist, repräsentative Studien durchgeführt werden konnten. So gibt es vor allem Ergebnisse aus Oregon und der Schweiz, die sich retrospektiv mit den Umständen und Motiven, aber auch Persönlichkeitsmerkmalen von Menschen, die um ÄAS bitten, auseinandersetzen (Gamondi et al. 2013; Ganzini et al. 2004). Diese werden aus Sicht von Angehörigen und involvierten Ärzt:innen beschrieben, in einer Studie wurden zudem schriftliche Begründungen der Betroffenen hinzugezogen (Fischer et al. 2009). Weitere Studien aus den Niederlanden bzw. Deutschland präsentieren zudem Ergebnisse aus persönlichen Gesprächen mit Menschen, die den Wunsch nach Suizidassistenz äußerten (Pestinger et al. 2015; van Wijngaarden et al. 2016a; 2021).

Eine qualitative Erhebung von Ganzini et al. (2004) befasst sich mit der Einschätzung von Ärzt:innen, die von terminal erkrankten Patient:innen um die Verschreibung einer tödlichen Medikamentendosis gebeten worden waren. Hierfür wurden insgesamt 35 semistrukturierte persönliche Interviews geführt, in denen die Ärzt:innen ihre persönliche Wahrnehmung der jeweiligen Patient:innen, ihre Beweggründe für die Entscheidung zum assistierten Suizid sowie die Reaktionen der involvierten Angehörigen schilderten. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und anschließend mit ethnographischen Techniken

sowie Methoden der Grounded Theory ausgewertet.¹⁵¹ Dabei wurde das Bedürfnis nach Wahrung von Kontrolle – im Sinne einer allgemeinen Eigenschaft, aber auch Furcht vor künftigem Kontrollverlust – als ein bedeutsames Hauptmotiv für den Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid identifiziert (Ganzini et al. 2003). Auch in der klinisch-ethischen Studie dieses Dissertationsprojekts kam das Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Kontrolle in letzter Instanz häufig zur Sprache. Allerdings korrelierte dies nicht immer mit der jeweiligen Einstellung zum ärztlich assistierten Suizid. So wurde dieser von einigen Patient:innen abgelehnt, denen Selbstbestimmung eigentlich sehr wichtig war, und von anderen wiederum gefordert, wenngleich in ihrem Leben Unabhängigkeit keine wichtige Rolle spielte.

Eine Exploration des Todeswünschen zugrunde liegenden Leidens im unmittelbaren Kontakt mit den Betroffenen gelang in einer von Dees et al. (2011) veröffentlichten niederländischen Studie. Ziel der Untersuchung war es, das Phänomen des unerträglichen Leidens („unbearable suffering“) näher zu definieren. Hierfür wurden Gespräche mit 31 Patient:innen geführt, die explizit ein Gesuch nach Lebensverkürzung gestellt hatten. Die Studienteilnehmer:innen wurden über Anfragen an das SCEN¹⁵² sowie ein Hospiz, ein Klinikum, ein Pflegeheim und ein Inserat in der Zeitschrift *Right to die – NL* ausgewählt. Eingeschlossen wurden sowohl Patient:innen, deren Antrag zugestimmt als auch jene, deren Anfrage abgelehnt worden war. Ausgehend von einem Review der einschlägigen Literatur wurde ein Interviewleitfaden erstellt, mit Hilfe dessen die Entwicklung des jeweiligen Gesuchs um Euthanasie sowie das individuelle Verständnis von „Leid“ und „unerträglich“ erfragt wurden. Die Auswertung der Gespräche und anschließende Aufstellung von Hypothesen erfolgte mit den Methoden der Grounded Theory innerhalb einer Gruppe von fünf Wissenschaftler:innen aus den Gebieten der Allgemein- und Palliativmedizin sowie der Soziologie und Ethik. Ihren Ergebnissen zufolge scheint es erst das Wissen um die durch einen progredienten Verlauf absehbare Zunahme dessen zu sein, was als Leid verstanden wird, die jenes als unerträglich

¹⁵¹ Die Grounded Theory ist eine Methode der qualitativen Sozialwissenschaft, bei der auf Grundlage von empirischem Datenmaterial über Textanalysen (transkribierte Interviews, Notizen, Protokolle) Konzepte zu einer bestimmten Forschungsfragestellung entwickelt und hieraus Theorien zum betreffenden Phänomen aufgestellt werden. Die Benennung von Konzepten anhand der Datenanalyse wird als sog. Codieren bezeichnet. Das Auswertungsverfahren beinhaltet ferner die Auseinandersetzung mit dem Vorverständnis zum Phänomen im Sinne von individuellen Vorurteilen oder vorbestehenden wissenschaftlichen Theorien mit dem Ziel, diese zu hinterfragen und ggf. zu durchbrechen. Hierzu gehören neben dem Review einschlägiger Literatur regelmäßige Diskussionen in der Forschungsgruppe. Im Zuge des Forschungsprozesses werden die Konzepte zu sog. Kategorien ausdifferenziert, s. Böhm (2013: 475ff.)

¹⁵² Abkürzung für das Projekt Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands (Dees et al. 2011); s. hierzu auch Jansen-van der Weide et al. (2004)

erleben lässt. Wesentlich beeinflusst wurde dieses Empfinden auch von dem Gefühl, nicht mehr diejenige Person zu sein, die man einmal war oder sein möchte. Das Phänomen unerträglichen Leidens kann Dees et al. (2011) zufolge also nicht allein durch die objektive gegenwärtige Last, sondern nur aus der individuellen Perspektive heraus unter Berücksichtigung vergangener Erfahrungen und Erwartungen an die Zukunft verstanden werden.

Die notwendige Einordnung der Entwicklung von Todeswünschen in den individuellen biographischen Kontext bestätigt den Ansatz der klinisch-ethischen Studie der vorliegenden Arbeit. So wurde auch hier ein phänomenologischer Zugang gewählt, der Methoden der interpretativen Sozialforschung zur Hilfe nimmt. Bei beiden Untersuchungen wurde eine offene Interviewform gewählt und darauf geachtet, nach Möglichkeit den von den Studienteilnehmer:innen verfolgten Gesprächsfaden aufzunehmen. Ähnlich gestaltet wurde ebenfalls die Gesprächseröffnung mit der Aufforderung, das subjektive Erleben der Entwicklung der Suizidentscheidung bzw. des Gesuchs um Suizidassistenz zu schildern. Der Leitfaden von Dees et al. (2011) beinhaltet dabei konkrete Themenkomplexe,¹⁵³ die allen Gesprächen zugrunde gelegt wurden. Dagegen stand im Hintergrund des Interviewkonzepts der hier vorliegenden Studie eine Auswahl an verschiedenen, weiter gefassten Dimensionen, von denen jedoch nur einige in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesprächsverlauf aufgegriffen wurden. Dies mag gegenüber der Studie von Dees et al. (2011) den Nachteil der eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse haben, betont allerdings einmal mehr das flexible Eingehen auf die individuelle Perspektive der Patient:innen. Auch sollte vermieden werden, dass es durch eine Eingrenzung auf bestimmte Themenfelder zu einer Fokussierung der Schilderungen auf Themen kommt, die bei der tatsächlichen präsuizidalen Entwicklung möglicherweise nur eine untergeordnete Rolle spielten. Die besagte Limitation wird auch von Dees et al. (2011) selbst diskutiert, da unklar bleibt, ob die Patient:innen sich aufgrund der legalen Vorschriften in den Niederlanden gedrängt fühlten, das tatsächliche Vorhandensein unerträglichen Leidens vorweisen zu müssen.

Die Auswertung der Interviews von Dees et al. (2011) erfolgte nach den Methoden der Grounded Theory. Ein solcher Ansatz war im Rahmen der vorliegenden klinisch-ethischen Studie methodisch nicht umsetzbar, da die Auswertungen im Rahmen des

¹⁵³ Etwa die Entwicklung und aktuelle Bedeutung des Gesuchs um Euthanasie bzw. ärztlich assistierten Suizid und die subjektive Bedeutung von Leid und dessen Unerträglichkeit (Dees et al. 2011)

Dissertationsprojekts durch die Autorin allein durchgeführt wurden. Dagegen erfordert die Vorgehensweise der Grounded Theory üblicherweise die Beteiligung mehrerer an der Auswertung beteiligten Wissenschaftler:innen. So wurden in der Studie von Dees et al. (2011) die transkribierten Interviews jeweils von zwei verschiedenen Wissenschaftler:innen codiert, um subjektive Interpretationseffekte zu verringern. Zudem fanden während des Auswertungsprozesses Gruppendiskussionen über die entwickelten Konzepte und Hypothesen statt. Im Gegensatz zu der im Studienteam von Dees et al. (2011) vorhandenen soziologischen Fachexpertise verfolgt die vorliegende klinisch-ethische Studie jedoch keinen primär sozialwissenschaftlichen Anspruch. Vielmehr geht es im Rahmen einer narrativen Ethik darum, die subjektiven Perspektiven der Patient:innen und ihre individuellen lebensgeschichtlichen Entwicklungsprozesse in die ethische Theoriebildung miteinzubeziehen. Im Zuge dessen wurde – anders als im Rahmen der Studie von Dees et al. (2011) – auch bewusst darauf verzichtet, die Geschichten der Patient:innen mit der Krankenakte abzugleichen.¹⁵⁴ Medizinische Diagnosen wurden nur soweit miteinbezogen, als sie von den Patient:innen selbst erwähnt wurden. Unabhängig davon wäre ein Studium der vollständigen Akten insofern kaum praktikabel gewesen, als die Patient:innen meist zügig in psychiatrische Fachabteilungen (auch extern) verlegt wurden und die Akten nicht mehr zugänglich waren, was möglicherweise durch Unvollständigkeit verfälschte Informationen über den Krankheitsverlauf erbracht hätte.

Aus den Niederlanden liegen zudem mehrere qualitative Studien von van Wijngaarden et al. (2016 a und b; 2021) zu Todeswünschen in hohem Alter unabhängig von körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen vor (sog. „old age rational suicide“). Auch hier wurde ein phänomenologischer, narrativer Ansatz gewählt, um dem subjektiven Erleben des präsuizidalen Entscheidungsprozesses nachzugehen und zu verstehen, welche Bedeutung die Entscheidung und das Leben mit ihr für die Betroffenen hatte. Ähnlich wie in der vorliegenden Studie¹⁵⁵ wurde der Prozess oft als schwierige Gratwanderung geschildert, die teilweise mit einem Widerstreit aus rationalen Abwägungen und emotionalem Ringen mit der Entscheidung verbunden war (van Wijngaarden et al. 2016a). Wenngleich auch hier der Gedanke an die Möglichkeit eines selbstgewählten Endpunkts des eigenen Lebens als Kontrolle in letzter

¹⁵⁴ von Dees et al. (2011) wurde die medizinische Akte sowie die Dokumentation seitens der SCEN wurde miteinbezogen

¹⁵⁵ zur vergleichenden Diskussion der Studien s.a. Mroczynski & Kuhn (2022)

Instanz empfunden wurde, zeigte sich sowohl eine erhebliche Beeinflussung der Todeswünsche durch innere Spannungen und Ambivalenzen als auch deren dynamische Veränderung über die Zeit. Dabei erwiesen sich die Todeswünsche häufig als schwer vorhersagbar und beeinflussbar durch veränderte äußere Umstände und stellen mithin das Konzept eines dauerhaften, festen Suizidentchlusses als Ergebnis eines nüchternen, rationalen präsuizidalen Abwägungsprozesses in Frage (van Wijngaarden et al. 2016a und b; van Wijngaarden et al. 2021). Anders als in der vorliegenden klinisch-ethischen Studie wurden zwar Menschen mit psychiatrischer Vorerkrankung nicht miteingeschlossen; zugleich bestätigen die verwandten Themenkomplexe, etwa das präsuizidale Erleben von Ambivalenz und Widersprüchlichkeit, das Nebeneinander emotionaler und kognitiver Anteile der Entscheidung sowie der Anspruch auf Autonomie bei gleichzeitigem Wunsch nach Unterstützung, dass sich eine eindeutige Grenzziehung nach dem Schema „Suizid bei akuter psychischer Erkrankung“ vs. „rationaler Bilanzsuizid“ schwer vollziehen lässt.

Erwähnt werden soll abschließend eine von Pestinger et al. (2015) veröffentlichte Untersuchung. Diese wurde auf Palliativstationen dreier deutscher Kliniken anhand von Gesprächen mit 12 Patient:innen durchgeführt, die dem Personal gegenüber den Wunsch nach medizinischer Lebensverkürzung (WTHD) geäußert hatten. Zielsetzung dieser Studie war es, der Motivation solcher Wünsche in Deutschland als einem Staat, in dem eine solche verboten ist, nachzugehen und die Erwartungen der Patient:innen an das betreuende Personal zu ermitteln. Pestinger et al. (2015) kommen zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Äußerung der Bitte nach Lebensverkürzung um eine extreme Bewältigungsstrategie handelt, die oft weniger mit dem gegenwärtigen Zustand als mit antizipierten Bildern von Leiden und Siechtum im Sterbeprozess verbunden ist. Dabei wurde beobachtet, dass für die betreffenden Patient:innen das Bedürfnis im Vordergrund stand, vom medizinischen Personal gehört zu werden und ihren WTHD respektiert zu wissen, ohne dass zugleich dessen Erfüllung erwartet wurde. In Übereinstimmung mit diversen anderen Studien zum Forschungsgebiet fand sich als weiteres Hauptthema der Wunsch nach Selbstbestimmung im Sinne der Wahrung von Kontrolle über jenen vorhersagbaren körperlichen Verfall wieder. Ferner wurde ein Hadern mit der einerseits begrenzten verbleibenden, andererseits jedoch im Hinblick auf den antizipierten Sterbeprozess als quälend lang empfundenen Zeit beobachtet. Als Folgerung aus ihrer Studie führen die Autor:innen an, dass es im palliativmedizinischen Setting der besseren Vermittlung umfassender, verständlicher Informationen über die zu erwartende terminale Sterbephase bedarf. Weiterhin solle es eine offeneren Kommunikation seitens der Ärzt:innen

geben, welche die Patient:innen ermutigt, über ihre Wünsche nach medizinischer Lebensverkürzung zu sprechen, anstatt diese abzuwehren (Pestinger et al. 2015).

Auch im Hintergrund der Studie „Suizidalität und Autonomie“ steht die Bedeutung eines offenen Umgangs mit Todeswünschen. Gemeinsam die Ursachen des krisenhaften Zusammenbruchs zu hinterfragen und in die individuelle biographische Entwicklung einzuordnen, kann zur Entlastung und Neubewertung von Alternativen führen, ohne dass ein solcher Perspektivenwechsel aufgezwungen wird. Dabei war die gemeinsame Bearbeitung des Bedürfnisses nach Kontrolle ebenfalls von großer Bedeutung. Anders als bei dem von Pestinger et al. (2015) vorgeschlagenen Lösungsansatz, Palliativpatient:innen mit Todeswünschen ihre Ängste vor dem Sterbeprozess durch ausführliche Aufklärung über die zu erwartenden medizinischen Tatsachen zu nehmen, ist eine Vorhersage der künftigen Lebenssituation suizidaler, nicht terminal erkrankter Patient:innen so nicht möglich. Dennoch kann die gemeinsame Suche nach den Hintergründen des Todeswunsches und alternativen Lösungsmöglichkeiten für den erfahrenen Kontrollverlust zur Klärung beitragen. Dabei muss eine der Lebensnegation der Patient:innen entgegengesetzte Meinung nicht gleichbedeutend mit Bevormundung sein, im Gegenteil: Gerade die Unterstützung beim Wiedererlangen der Kontrolle über einen als aufgezwungen und unübersichtlich erlebten Zustand kann einen Zugewinn an Autonomie bewirken. Besonders deutlich wurde das im Gespräch mit einem Patienten, der seine Suizidentscheidung zunächst als rationale, negative Gesamtbilanz seines Lebens darstellte. Zugleich zeichnete sich aber im Laufe seiner Erzählung eine Neubewertung ab: Zum Ende des Gesprächs schien jene negative Lebensbilanz in ihm auch und gerade den Anstoß zur Mobilisierung seiner Ressourcen und den Willen, sich neu zu erfinden, hervorzurufen. Somit ermöglichte die narrative Methode in besonderer Weise eine biographische Integration und Neuorientierung, die auch als autonomiefördernd verstanden werden kann. Diese empirische Erkenntnis ist auch für die anstehende Neuregelung der Suizidassistenz in Deutschland von Bedeutung: Derzeit weist die Tendenz in die Richtung einer Beratungsregelung (Bundesgesundheitsministerium 2021; Bundestagsdrucksache, 20/904; 20/2332; 20/2293, 2022; Dorneck et al. 2021). Diese sollte trotz ihres betont geforderten ergebnisoffenen Charakters (AWK 2022; Domschke et al. 2021) nicht die Chance versäumen, die existenzbejahende Seite der Autonomie besonders zu fördern. So spricht zunächst einmal auch aus rechtlicher Sicht nichts dagegen, einer Person Alternativen zu ihrem obschon freiverantwortlich getroffenen Entschluss aufzeigen zu wollen (Henking 2022).

5. Schlussfolgerungen aus der Gegenüberstellung der durchgeführten Studie mit dem ethischen Diskurs zu Suizidalität und Autonomie

5.1 Autonomie als Recht vs. Autonomie als Fähigkeit

Die Vorstellung vom Suizid als Ausdruck von Freiheit wird sicherlich ein ebenso dauerhafter wie kontroverser Streitpunkt bleiben. Obgleich die Frage nach der „freien Entscheidung“ zwangsläufig mit philosophischen Reflexionen verbunden ist, würden ihre Ansprüche im klinischen Rahmen eine Überforderung darstellen. Darüber hinaus werden die Suizidmotive und -hintergründe, mit denen Ärzt:innen konfrontiert werden, trotz ihrer Vielfalt in den seltensten Fällen dem gerecht, was unter einem „philosophischen Suizid“ verstanden wird. Es darf nicht vergessen werden, dass man hier eine Idealvorstellung von einem in sich ruhenden, reflektierten Menschen vor Augen hat, der über ein differenziertes Selbstbild und explizite Wertvorstellungen verfügt. Folglich denkt man „eher an die Freiheit der Gelassenheit zum Tode als an die drangvolle Enge des Willens, der am Ende nicht mehr Herr im eigenen Haus ist und nur noch mit dem Kopf dröhnend gegen die Wände schlägt“ (Kettner & Gerisch 2004: 48). Das rechtfertigt allerdings nicht, sich unter Berufung auf Häufigkeiten der Auseinandersetzung mit einer zutiefst persönlichen Wertentscheidung zu entziehen, die als solche zunächst einmal respektiert werden muss. Im Gegenteil: Es soll betont werden, dass der ärztliche Umgang mit Todeswünschen auch dann ein ethisches Problem bleibt, wenn diese von eben jener drangvollen Enge des Willens aufgezwungen werden. Die Ergebnisse der durchgeführten Studie wie auch der ethische Diskurs zum autonomen Suizid zeugen von der Vielfalt, in der das Verständnis von Freiheit und Autonomie zum Ausdruck kommt. Der Umfang der Begriffe variiert sowohl in Bezug auf das jeweilige Anwendungsgebiet, aber auch in Bezug auf ihre individuelle Bedeutung für den einzelnen Menschen (vgl. Teil C, Kap. 3). So ist zunächst einmal festzuhalten, dass das bioethische Autonomieprinzip als ein Recht nicht mit personaler Autonomie im kategorialen Sinn einer Identifikation mit der eigenen Lebensführung gleichzusetzen ist (vgl. Quante 2002; Rössler 2011). Hiervon abzugrenzen ist weiter die autonome Entscheidung in einer spezifischen Situation als eine auf gewissen Voraussetzungen, Eigenschaften und Fähigkeiten basierende intellektuelle Leistung bezogen auf einen konkreten Sachverhalt. Während das Modell der personalen Autonomie noch mit dem philosophischen Verständnis von Willensfreiheit verbunden ist (vgl. Keil 2007; Quante 2002; Rössler 2011), handelt es sich beim bioethischen Autonomieprinzip eigentlich um ein Modell der Handlungsfreiheit (Faden & Beauchamp 1986). Es betont den

Verzicht auf die Ausübung von kontrollierender Beeinflussung und Zwang auf die von Patient:innen getroffenen Entscheidungen. Damit schützt es vor Entmündigung, indem es die Ärzt:innen verpflichtet, die Grenzen ihrer Einflussnahme gegenüber dem Willen ihrer Patient:innen anzuerkennen. Über die Herausbildung und die Qualität dieses Willens ist damit jedoch explizit noch keine Aussage getroffen. Denn ein Autonomiekonzept, das den Ansprüchen eines freien Willens in seinem philosophischen Sinn genüge, würde die medizinische Praxis überfordern: Es setzte utopische Maßstäbe an eine autonome Entscheidung, die mit unserem alltäglichen Vorverständnis selbstbestimmten Handelns wenig gemeinsam hätten. Somit könnten Entscheidungen wesentlich leichter als nicht selbstbestimmt degradiert und letztlich gerade im Namen eines nicht erfüllbaren Autonomieideals übergangen werden (Quante 2002: 201; vgl. Faden & Beauchamp 1986). Die daher vorgenommene Beschränkung auf die Handlungsautonomie mit der Definition einer autonomen Handlung als eine absichtliche, einsichtige, ohne kontrollierende Fremdeinflüsse und in Übereinstimmung mit einem Plan umgesetzte Entscheidung (Beauchamp & Childress 2001: 58; vgl. Faden & Beauchamp 1986; Quante 2002: 202f.) ist dagegen so sehr auf den informed consent zugeschnitten, dass sie viele komplexe Entscheidungssituationen gar nicht erst erreicht. Für Einwilligungssituationen ist die Eingrenzung sicherlich sinnvoll, hinreichend und notwendig. Sie lässt es zu, dass auch im Rahmen einer insgesamt weniger selbstbestimmten Lebensführung konkrete Entscheidungen einer Person als autonom anerkannt werden können. Auch erlaubt sie eine Graduierung autonomer Entscheidungen, indem sie aktive Überzeugungsarbeit und soziale Einflüsse von Manipulation oder Zwang abgrenzt und unterschiedliche Maße an Einsicht toleriert (Quante 2002: 207ff.). Damit bietet sie einen unverzichtbaren Schutz vor medizinischen Übergriffen und Entmündigung. Doch lässt sich eine solche Autonomiekonzeption auf die Vorstellung von einem selbstbestimmten Suizid übertragen? Wird nicht gerade hier ein annähernd „vollkommenes“ Verstehen gefordert (vgl. Clarke 1999)? Anders als das praxisbezogene bioethische Autonomieprinzip verlangen philosophische Konzepte dem „Freitod“ umfassendere Voraussetzungen ab. Dazu zählt zumindest ein rationales Abwägen aller Alternativen und eine intensive Reflexion der eigenen Werte und des eigenen Lebens (vgl. Battin 1995; Fenner 2008). Damit bliebe der selbstbestimmte Suizid einer Personengruppe vorbehalten, deren intellektuelle Fähigkeiten den Maßstäben solcher geistigen Leistungen genügen. Dies wirft jedoch Fragen nach der Gerechtigkeit auf: Denn warum sollte die Fortführung des eigenen Lebens seitens Dritter nur dann als unerträglich respektiert werden, wenn die betreffende Person diese Ansicht anhand eines vorangegangenen Reflexionsprozesses artikulieren kann? Dass dies nicht nur unvereinbar mit dem

bioethischen Autonomieprinzip ist, sondern ebenso wenig mit einer allgemeingültigen Gesetzeslage, hat das BVerfG (2020) nun entschieden.

5.2 Die subjektive Bedeutung von Freiheit und Autonomie

Die im Rahmen dieses Dissertationsprojektes durchgeführte Studie verdeutlicht, dass Autonomie nicht nur im bioethischen Diskurs, sondern auch im Rahmen der individuellen Suizidentscheidung eine unterschiedliche Bedeutung zukommt. Ebenso wenig wie „den Suizid“ scheint es das Konzept des freien, autonomen Suizids zu geben. Denn Freiheit kommt weder als ein Alles-oder-Nichts-Phänomen, noch in einheitlicher Gestalt vor. So war in den Gesprächen eine Vielfalt an Aspekten der Freiheit erkennbar: Zum einen Freiheit im Sinne von Befreiung, als Entlastung von den nicht mehr zu bewältigenden Problemen. Dieser Wunsch bedeutete für die Patient:innen jedoch nicht unbedingt einen freien, autonomen Entscheidungsprozess. Im Gegenteil betonten einige unter ihnen eindeutig den Verlust von Kontrolle über das eigene Denken und Handeln. Sie beschrieben eine Überwältigung durch unbeherrschte Emotionen (Frau Schmidt) oder ein Gefühl der Kraftlosigkeit (Frau Roth) verbunden mit einem subjektiv nicht zu bewältigenden Kontrollverlust. Der Suizidversuch war dann eher Verzweiflungstat denn Freiheitsausübung. Andere Patient:innen erlebten die Entscheidung mehr als rationalen Abwägungsprozess (Frau Färber, Herr Schober, Herr Ernst), die damit verbundenen Emotionen brachten sie im Gespräch kaum zum Ausdruck. Der Suizidversuch bedeutete für sie eine Lösung oder zumindest die Beendigung ihrer Probleme und der Ausweg aus einem als unerfüllt empfundenen Leben. Man kann dies verstehen als ein Festhalten an den eigenen Idealen und die Verweigerung einer Existenz, die man nicht als diejenige Person führen kann, die man sein will. Dabei sollte jedoch nicht übersehen werden, wie viel Scheitern einer solchen Lösung innewohnen kann: So ging ein Patient (Herr Schober) sogar so weit, den Suizid als „Bequemlichkeit“ gegenüber den Mühen und Langwierigkeit einer alltags- und lebensorientierten Bewältigung seiner Probleme in der Therapie zu bezeichnen.

Sich das Leben zu nehmen kann hier als Ausdruck des fehlenden Vermögens dazu verstanden werden, das Leben anzunehmen im Sinne der Unfähigkeit, es nach den eigenen Wünschen zu gestalten und zu lenken. Das Leben kann entweder nicht den persönlichen Vorstellungen gemäß realisiert werden oder diese Vorstellungen können nicht in die gegebenen Lebensbedingungen integriert werden: Sich für den Suizid entscheiden bedeutet, sich nicht das vom eigenen Leben nehmen zu können, was positiv ist und dieses Leben zu einem

akzeptablen Leben zu machen, die Hindernisse des Lebens nicht überwinden zu können oder sich ihnen nicht stellen zu wollen. Denn nicht nur ein Festhalten an Idealen, sondern auch ein weltoffenes Wahrnehmen von Alternativen und ein flexibles Anpassen an widrige Umstände ist wesentlicher Bestandteil dessen, was eine selbstbestimmte Lebensgestaltung ausmacht. Dies wird auch im Rahmen von Konzepten des rationalen Suizids betont: Als dessen Voraussetzung wird unter anderem gefordert, dass ein Umgehen der als unerträglich und hoffnungslos erlebten Umstände nicht durch andere, bessere Mittel möglich ist. Allerdings gibt Dagmar Fenner zu bedenken, dass man damit unter Umständen „nicht ein besseres Mittel zum selben Zweck gefunden, sondern das Ziel selbst“ modifiziert hätte (Fenner 2008: 314). Eine entsprechende Einstellung wird auch in einigen der Interviews deutlich: So wollte etwa Frau Färber nicht akzeptieren, hinsichtlich ihrer hohen Selbstansprüche im Sinne des Wunsches nach äußerlicher Attraktivität und erfüllender Partnerschaft Kompromisse einzugehen und betrachtete daher den Suizid als einzige ihren Idealen gerecht werdende Lösung. Frau Jansen hatte ihr Leben stets als unabhängige Frau selbstbestimmt gestaltet lehnte es daher ab, ihrem nahenden Lebensende in zunehmender Abhängigkeit von Anderen entgegensehen zu müssen. Doch muss man sich hier fragen, ob nicht eher Gefühle von Misstrauen und Frustration angesichts enttäuschter Erwartungen im Vordergrund standen denn ein Aufrechterhalten des eigenen Selbstbilds. Anstelle rational begründeter Willensfestigkeit wäre dann emotionale Verbitterung ausschlaggebendes Motiv für die Suizidentscheidung.

Entscheidend für die Beurteilung des eigenen Lebens als unzulänglich bezeichneten viele Patient:innen zudem das Gefühl, nichts wert zu sein verbunden mit dem Wunsch nach Liebe und Partnerschaft (Frau Färber, Herr Schober, Frau Schmidt). Dieses zutiefst menschliche Bedürfnis ist, wenn es unerfüllt bleibt, verständlicherweise mit viel Leid verbunden. Man würde es sich zu einfach machen, wenn man dies allein als Symptom im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer Depression deutete. Denn obschon für diese Krankheitsbilder Selbstwert- und Beziehungsproblematik typisch sind, ändert dies nichts an der Nachvollziehbarkeit des Leidens der Betroffenen. Darüber hinaus sollte man hier die begrenzten therapeutischen Konsequenzen der Betrachtung von Suizidalität als Krankheits-symptom nicht verkennen: Während man einen niedrigen Selbstwert als unrealistisch bezeichnen und mittels psychotherapeutischer Methoden zu stärken versuchen kann, trifft dies auf zwischenmenschliche Beziehungen nicht unbedingt zu. Auch wenn Beziehungsangebot und -aufbau zu den wesentlichsten therapeutischen Interventionen bei Suizidalität zählen, muss zugestanden werden, dass sie keinen vollständigen und langfristigen Ersatz für

Freunde, Familie oder Partnerschaft darstellen können. Diese Tatsache wurde von mehreren Patient:innen, die im Rahmen der Studie mit uns sprachen, betont.

An dieser Stelle wird deutlich, dass unbedingt zwischen einem nachvollziehen können und ernst nehmen von Suizidmotiven auf der einen Seite und ihrer Betrachtung als autonom entschieden werden muss (vgl. Clarke 1999). Denn streng genommen fehlt bei den oben aufgezeigten Umständen ein ganz entscheidendes Moment der Autonomie, nämlich die selbstständige und unabhängige Gestaltung eines individuell als lebenswert betrachteten Lebens. Das soll nicht bedeuten, dass hier eine Konzeption vertreten wird, die eine völlige Unabhängigkeit autonomer Entscheidungen von sozialen Einflüssen fordert. Im Gegenteil soll durch die Tatsache, dass der Mensch als soziales Wesen stets in einer Vielfalt zwischenmenschlicher Interaktion steht, seine Autonomie nicht in Frage gestellt werden. Wenn jedoch Einsamkeit oder zwischenmenschliche Konflikte die wesentlichen Hintergründe eines Suizidentschlusses darstellen, ist der endgültige Beziehungsabbruch das Einzige, was von der Autonomie bleibt. Entscheidende Aspekte von Suizidalität sind also – mögen sie auch auf allgemein nachvollziehbaren Gründen beruhen – nicht allein aus dem Autonomiekonzept heraus erklärbar. Dies ist keineswegs gleichbedeutend mit einer Rechtfertigung paternalistischen ärztlichen Handelns: Eine in Person in ihrer Autonomie zu achten kann aber auch bedeuten, Verständnis für sie auszudrücken, ihre Gründe ernst zu nehmen und ihr nicht die eigene Meinung aufzuzwingen. Das darf aber nicht bedeuten, im Namen eines auf den Kontext der Suizidentscheidung möglicherweise gar nicht sinnvoll anwendbaren Autonomieverständnisses Todeswünsche als Manifestation einer freien Willensentscheidung zu verkennen.

5.3 Anwendungsprobleme des Kompetenzbegriffs auf die autonome Suizidentscheidung

Unabhängig von der Gefahr einer womöglich irreführenden Gleichsetzung der Begriffe muss kritisch hinterfragt werden, wie die Autonomiefähigkeit im Hinblick auf den freiverantwortlichen Suizid überprüft werden kann. Im theoretischen Abschnitt von Teil C dieser Arbeit wurden Kriterien erläutert, die zwischen dem Fehlen der Freiverantwortlichkeit aufgrund eines unmittelbaren Kausalzusammenhangs mit pathologischen psychisch-seelischen Zuständen einerseits und dem bloßen Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose als dauerhaftem Bestandteil einer Person und ihrer Lebenswelt andererseits zu differenzieren versuchen. Denn im Rahmen des bioethischen Autonomieprinzips wie auch des

grundrechtlich gesicherten Selbstbestimmungsrechts gilt selbstverständlich auch für die Willensäußerungen an psychischen Erkrankungen leidender Menschen Verbindlichkeit, solange sie nicht nachweislich außerstande sind, die Entscheidung mit ihren Konsequenzen zu erfassen. Im medizinisch-praktischen Kontext kommt Autonomiefähigkeit als Kompetenz einer Person zum Ausdruck.¹⁵⁶ Sie beschreibt das Vermögen dieser Person, ihr Selbstbestimmungsrecht den eigenen Zwecken gemäß auszuüben (vgl. Grisso & Appelbaum 1998; Vollmann 2008). Der Kompetenzbegriff bezieht sich im klinischen Bereich auf die Zustimmung oder Ablehnung von Therapiemaßnahmen und wird an der Fähigkeit, die für eine Entscheidung relevanten Informationen zu erfassen und die Konsequenzen dieser Entscheidung auf die eigene Situation zu übertragen, bemessen (Grisso & Appelbaum 1998). Neben kognitiven Faktoren spielen in Weiterentwicklungen des Kompetenzbegriffs emotionale Übereinstimmung sowie Identifikation mit den eigenen Werten eine Rolle (Vollmann 2008; Widershoven et al. 2017). Es handelt sich jedoch bei der Frage nach der Kompetenz um einen ebenso spezifischen wie begrenzten Kontext,¹⁵⁷ in dem normalerweise die besagten relevanten Informationen ebenso wie die mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretenden Konsequenzen sehr konkret benannt werden können. Dabei lassen sich neben empirischen Informationen auch die Erfahrungen von Mitmenschen oder der Vergleich mit ähnlichen Entscheidungssituationen aus der eigenen Vergangenheit hinzuziehen. Dagegen besteht ein solcher Zugriff beim Suizid nicht: Seine Konsequenzen bleiben letztlich ungewiss (vgl. Clarke 1999). Denn auch wenn man im Rahmen eines säkularen Weltbildes weder von einer Würdigung der eigenen Opferung noch von einer Strafe im Jenseits ausgeht, können wir uns ebenso wenig sicher sein, dass uns nichts erwartet. Die negative Definition des Todes als ein anthropologisch ungewisses Phänomen verschleiert diese Tatsache.

Es muss sich also beim autonomen Suizid nicht um eine kompetente Entscheidung *für den Tod* handeln, sondern um eine kompetente Entscheidung *gegen das Leben*. Wird jenes von unerträglichen Schmerzen bestimmt und sind akzeptable alternative Behandlungsoptionen nicht vorhanden, so ähnelt der Entscheidungsspielraum dem der Therapieablehnung: „The right to die is thus a choice exercised in the context of having no choice“ (Gandsmann 2018). Handelt es sich dagegen darum, dem eigenen physischen Verfall *vorgreifen* zu wollen,

¹⁵⁶ zur Bedeutung des Kompetenzbegriffs im klinischen Kontext s. die Erläuterungen in Teil C, Kap. 3.2.5 dieser Arbeit

¹⁵⁷ Urteile über die Kompetenz einer Person sollten immer kontextsensitiv gefällt werden, also in einem angemessenen Verhältnis zur Komplexität der betreffenden Entscheidung stehen (Becker 2019: 20)

gestaltet sich die Bemessung schwieriger: Auch wenn dieser mit hoher Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit eintreten wird und mit an Mitmenschen beobachteten Zuständen verglichen werden kann, so entscheidet man sich zugleich gegen ein Leben, das zum aktuellen Zeitpunkt eben noch nicht durch diesen Verfall dominiert wird. Eine kompetente Entscheidung für den Suizid müsste nicht nur die Antizipation einer Leidenssituation und deren Bedeutung für die eigene Situation umfassen, sondern auch die Einsicht in verbleibende und künftige Möglichkeiten, die ungenutzt bleiben. Damit bedeutet sie viel mehr als die Ablehnung eines vorstellbaren körperlichen Zustands: Es geht auch um die Entscheidung gegen eine Lebensphase, von der wir vor ihrem Eintreten nicht wissen können, ob sie mit allem ihr innewohnenden Leiden auch wertvolle Erfahrungen mit sich bringen kann. Noch deutlicher wird diese Problematik, wenn es sich nicht um eine unheilbare körperliche Erkrankung handelt. Denn auch rein psychisch-seelische Leidenszustände können in als quälend empfunden werden und mit medizinischen Mitteln unter Umständen nur unzureichend behandelbar sein. Gleichzeitig wäre durch Krankheitseinsicht und das Bewusstsein, dass der Suizid zur unwiderruflichen Beendigung des eigenen Lebens unter Verzicht auf künftige positive Erfahrungen und Perspektivenwechsel führt, einer kompetenten Entscheidung hinreichend Rechnung getragen. Doch besteht unter solchen Umständen tatsächlich noch ein mit der Ablehnung von Therapiemaßnahmen vergleichbarer Entscheidungsspielraum, der inhaltlich überschaubar ist? So wird etwa auf die Gefahr hingewiesen, im Rahmen des Assessments der Kompetenz von Suizidentscheidungen bei Depression die Bedeutung von Hoffnungslosigkeit als einem potentiell reversiblen Phänomen zu unterschätzen, das gegenwärtig jedoch zu einer erheblichen Verzerrung des Entscheidungsprozesses führen kann (Berghmans et al. 2013; Charland et al. 2016). Muss also nicht eher dort angesetzt werden, wo im Laufe einer Biographie das Gefühl abhandengekommen ist, das Leben selbstbestimmt und zufriedenstellend gestalten zu können? Kann es eine kompetente Entscheidung gegen ein Leben geben, das möglicherweise gerade an dem fehlenden Vermögen gescheitert ist, es in selbstbestimmter Weise zu führen? Für die Beantwortung dieser Fragestellungen ist das Verständnis der lebensgeschichtlichen Einordnung einer Suizidentscheidung unverzichtbar.

5.4 Die biographische Dimension von Selbstbestimmungsfähigkeit und Autonomie

Von verschiedenen Ansätzen wird kritisiert, dass Selbstbestimmungsfähigkeit und Autonomie zu häufig in einem formalisierten, von individuellen Faktoren losgelösten Kontext

betrachtet werden. Damit blieben Aspekte wie Persönlichkeit, Identität und die Verankerung von Entscheidungen in komplexen Wertesystemen und emotionalen Prozessen sowie Beziehungsgeflechten unberücksichtigt (vgl. Anderson & Honneth 2005; Charland 2016; Lachmann 2008; Mackenzie & Stoljar 2000; Quante 2002). So widerspricht Michael Quante (2002) der unter anderem von Faden und Beauchamp (1986) vertretenen Auffassung, dass der Respekt vor der Patientenautonomie allein aus einer Theorie der Handlungsfreiheit heraus erklärbar sein kann und muss. Zentrale Bedingungen stellen hier Absichtlichkeit und Zielgerichtetheit sowie Abwesenheit von kontrollierender Beeinflussung oder Zwang dar. Maßstäbe, die darüber hinaus reichen, führten hingegen in der Praxis zu unerfüllbaren Ansprüchen und seien damit für die medizinische Ethik nicht akzeptabel (Quante 2002: 202-207; vgl. Faden & Beauchamp 1986). Doch verweist, so Quante (2002), bereits die Übereinstimmung mit einem Ziel oder Plan als Bedingung einer willentlichen, autonomen Handlung auf das „Wissen um die eigene Existenz über einen bestimmten Zeitraum hinweg“ und damit auf Personalität (Quante 2002: 211f.). Zudem belege der auch gegenüber dem mutmaßlichen Willen einer Person zu zollende Respekt, wie er sich beispielsweise in der Berücksichtigung von Patient:innenverfügungen ausdrückt, dass das bioethische Autonomieprinzip nicht ohne Rückgriff auf ein Modell der personalen Autonomie auskomme. Da sich in solchen Situationen der Respekt vor der Autonomie offensichtlich nicht auf konkrete, aktuelle Handlungen beziehen kann, müsse es sich um den Respekt vor der Persönlichkeit des betreffenden Menschen mit seiner prinzipiellen Fähigkeit, autonome Entscheidungen zu treffen, handeln. Die Persönlichkeit manifestiert sich dabei wiederum als das „evaluative Selbstverhältnis eines Menschen“ über die Zeit (Quante 2002: 213). Betrachtet man solche Identifikationsprozesse als entscheidendes Kriterium für eine autonome Entscheidung, kann also nicht ein jedes Mal erneut zu vollziehender, rationaler Abwägungsvorgang maßgeblich sein. Vielmehr bedeutet die Verbindung zur Persönlichkeit als eine auf die Biographie bezogene Größe, dass eine autonome Entscheidung in ein komplexes Netzwerk aus individuellen Erfahrungen und daraus resultierenden Erwartungen an die Zukunft einzuordnen ist. Dazu gehören erfolgreich umgesetzte Lebensentwürfe ebenso wie unerfüllt gebliebene Hoffnungen. Der somit hergestellte Bezug zur biographischen Identität bzw. biographischen Kohärenz (Quante 2002; 2012) hat zur Folge, dass zu hoch gegriffene intellektuelle Anforderungen an eine autonome Entscheidung relativiert werden. Zugleich findet aber die Bedeutung individueller Fähigkeiten Berücksichtigung. Diese können jedoch nicht allein im Abgleich mit einem benennbaren Wertekanon anhand von objektiven Kriterien gemessen werden. Sie bestehen vielmehr in der kohärenten Bezugnahme auf die eigene grundsätzliche Vorstellung von einem als richtig,

gut und sinnhaft empfundenen Leben (vgl. Widdershoven et al. 2017), wie sie in der individuellen Biographie zum Ausdruck kommt.

Nun darf jedoch ebenso wenig wie die Artikulierbarkeit der eigenen Identität und Persönlichkeit deren Stabilität zu jeder Zeit unterstellt werden. Im Gegenteil sind sie stets Wandlungsprozessen ausgesetzt, sie können durch existenzielle Herausforderungen hinterfragt und gegebenenfalls neu bewertet werden (Lachmann 2008: 148). Gerade in Bezug auf den Suizid ist die Bedeutung von Krisen, die zu einer fundamentalen Erschütterung von Selbstbezug und Lebensentwurf führen, hervorzuheben. Denn hier geht es ja in ganz besonderer Weise um die mangelnde oder zerstörte Identifikation mit dem eigenen Leben. Es ist dabei von essenzieller Bedeutung zu unterscheiden, ob es sich um einen mit der langfristigen biographischen Entwicklung stimmigen Endpunkt oder einen temporären Kontrollverlust handelt. Im letzteren Fall ist es schließlich möglich, dass der Prozess der Revision ursprünglicher Werte und Sichtweisen noch überhaupt nicht beendet ist. Ebenso wie zur absoluten Negation kann er auch zu einer Neubewertung der durch die Krise hinzugetretenen Aspekte führen. Ein lebensbejahendes Ergebnis mag bisweilen als Selbstaufgabe durch passives Ertragen abgelehnter Umstände gedeutet werden, es kann aber auch deren sinnvolle Integration in eine fortentwickelte persönliche Identität verstanden werden. Ärztliche Aufgabe ist es, in Phasen der Destabilisierung der Persönlichkeit das Stattfinden solcher Prozesse zu erkennen und die Patient:innen bei der Suche nach der Bedeutung des krisenhaften Zusammenbruchs zu unterstützen:

„Wenn in der medizinischen Praxis das Autonomieprinzip mehr besagen soll, als dass Ärzte die Grenzen ihrer Kompetenz anerkennen, so bedarf es struktureller Rahmenbedingungen, die den Patienten befähigen, sich der existenziellen Herausforderung zu stellen, den eigenen Wertekanon zu artikulieren und zu überdenken, sich im Austausch mit anderen zu vergewissern und auch von den Erfahrungen anderer zu lernen und dies in einem offenen – ohne allzu großen Zeitdruck geprägten – Prozess der eigenen Identitätsreflektion durchführen zu können.“ (Lachmann 2008: 151)

Wie kann dieser Zugriff auf den Zusammenhang zwischen Autonomie und biographischer Identität gelingen? Bezogen auf den praxisorientierten Kontext der personalen Autonomie im Sinne der Selbstbestimmungsfähigkeit wird vorgeschlagen, kognitive Ansätze um eine emotions- und wertebasierte Dimension zu erweitern. Dabei werden Entscheidungen in das Kontinuum des Verhaltens der Patient:innen eingeordnet und, einem phänomenologischen Ansatz folgend, die Sichtweisen und Selbstdeutungen der Patient:innen zugänglich gemacht.

Dies könnte beispielsweise mit Hilfe von Rollenspielen oder dem Erzählen von Geschichten über Andere und die eigene Person gelingen (Vollmann 2008). Hier setzt auch die vorliegende Studie an: Durch den narrativen Zugang soll die lebensgeschichtliche Entwicklung der Suizidentscheidung nachvollzogen werden. Zugrunde liegt die Annahme, dass die erzählende Gestaltung der eigenen (Lebens-)Geschichte Rückschlüsse auf die Identität einer Person und ihre impliziten Werte erlaubt. In Anlehnung an die theoretischen Grundlagen des narrativen Interviews wird davon ausgegangen, dass die Erzählenden im Rahmen einer autobiographischen Darstellung selbst eine Logik bzw. Sinngebung innerhalb der eigenen Lebensgeschichte herstellen. Mag dies auch zu verzerrten, idealisierten oder dramatisierten Abbildungen der Vergangenheit führen (vgl. Hardwig 1997), so wird in eben jener Gegenwartsperspektive zugleich die wertende Stellungnahme zum eigenen Lebensentwurf deutlich. Damit ist sie für die Differenzierung zwischen einer momentanen Krise gegenüber einem Zusammenbruch der Zukunftsperspektive, der ein Weiterleben unmöglich macht, von maßgeblicher Bedeutung. Dass bei dieser Unterscheidung in der Praxis sehr sorgfältig vorgegangen werden muss, legen empirische Daten nahe, die eine erhebliche Ambivalenz und Dynamik von Todeswünschen über die Zeit auch bei scheinbar rationalen Suizidentscheidungen nachweisen konnten (van Wijngaarden et al. 2016a; 2021). Die essenzielle Bedeutung der Ambivalenz zur Beurteilung von Suizidwünschen (vgl. AWK 2022; Deutscher Ethikrat 2020a) kommt auch in der Bedingung der „inneren Festigkeit“ bzw. „Dauerhaftigkeit“ als einer der vom Bundesverfassungsgericht (2020) nunmehr definierten Voraussetzungen einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung zum Ausdruck. Die bislang seitens des Bundestags vorgelegten Gesetzesvorschläge zur Neuregelung des assistierten Suizids fokussieren zur Sicherstellung dieser Voraussetzung in erster Linie auf gesetzlich festzulegende (Warte-)fristen (Bundestagsdrucksache, 20/904; 20/2293; 20/2332, 2022). Solche einheitlich geregelten Fristen verkennen jedoch die höchst vielfältigen Ursachen von Suizidwünschen und würden vermutlich sowohl zu vorschnellen, radikalen Entscheidungen bei psychischen Erkrankungen (vgl. Charland et al. 2016; Cording & Saß 2020) als auch zu unzumutbaren bürokratischen Hürden bei terminalen Erkrankungen führen (vgl. Henking 2022). Andere Konzepte, etwa das der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2021), schlagen unterschiedliche Fristen vor, je nachdem, ob eine schwere Multimorbidität bzw. lebenslimitierende Erkrankung vorliegt oder nicht. Der narrativ-biographische Ansatz und die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit stellen jedoch in Frage, ob Wartefristen – selbst wenn diese nach verschiedenen Motiven und Ursachen für Suizidbegehren kategorisiert werden – dem Kriterium der Dauerhaftigkeit eines Todeswunsches mit einer ausreichenden

Abgrenzungssicherheit gerecht werden können. Vielmehr sollten „innere Festigkeit“ und „Dauerhaftigkeit“ auch dahingehend verstanden werden, ob sich eine Stimmigkeit mit der bisherigen biographischen Entwicklung erkennen lässt.

5.5 Die individuelle Suizidentscheidung im Kontext einer einzigartigen Lebensgeschichte: Autonomie und Erzählen können

Narrative Ansätze in der Bioethik gehen von der Annahme aus, dass man durch die Darstellung der eigenen Geschichte häufig mehr über die Identität einer Person erfahren kann als durch ein gezieltes Abfragen bereits festgesetzter Kriterien (vgl. Teil B, Kap. 2). Sie gibt Aufschluss über Merkmale der Selbstidentifikation und Werthaltungen, die dieser Person über einen langfristigen Zeitraum zuzuschreiben sind. Denn die Identität eines Menschen „erwächst aus der Geschichte, die sie selbst erzählt, revidiert und unter dem Eindruck je neuer Erfahrungen variiert“ (Haker 2000: 40ff.). Es muss aber betont werden, dass die Integration von narrativen Elementen der Bioethik nur einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn ermöglichen kann. Sie macht sich die Subjektivität der Erzählung zu Nutze, um normative Grundlagen zu ergänzen. Der hier vorgestellte narrative Ansatz kann und will nicht für sich beanspruchen, jene Grundlagen zu widerlegen oder zu bestätigen. Er kann aber beim Erkennen und Formulieren der ihnen zugrunde liegenden Entstehungsbedingungen helfen: Sein „Gewinn liegt eher auf der Ebene der Klärung von Werthaltungen, die zu jenen Überzeugungen führen, ohne die der Entwurf des eigenen Lebens profillos bleibt“ (Lesch 2003: 186 und 191). Grundsätzlich stellt der narrative Zugang auch kein primär therapeutisches Konzept dar. Dennoch ist seine Bedeutung nicht ausschließlich im Erkenntnisgewinn zu sehen. Das Erzählen über das eigene Leiden und persönliche Schicksal kann dazu dienen, den Patient:innen „eine Stimme“ zu verleihen, und sich gegen die von professioneller Seite auferlegte Krankenrolle zu wehren (vgl. Frank 1995; Hunsaker Hawkins 1993). Die Integration des eigenen Leidens in Form einer Geschichte kann für die:den Einzelne:n eine fruchtbare Herausforderung im Sinne der Krankheits- oder Krisenbewältigung darstellen. Übertragen auf den Umgang mit Todeswünschen bedeutet das Ernstnehmen besagter Stimmen also nicht allein, einem geäußerten Sterbewillen nachzugeben. Auch sollte man sich nicht damit zufriedengeben, Anzeichen zu erkennen, Suizidrisiken einzustufen und entsprechend zu handeln. Bisher ist jedoch genau dies der Schwerpunkt im Umgang mit Suizidalität (vgl. Martinez 2002). Beim narrativen Vorgehen wird hingegen versucht, eine unvoreingenommene Atmosphäre zu schaffen, in der die Patient:innen zum Teilen ihrer Suizidgedanken ermutigt

werden. Sie soll ihnen bestätigen, wie erleichternd das Sich-Anvertrauen sein kann und das Bemühen des Gegenübers bezeugen, im Dialog eine gemeinsame Lösung zu finden. In Bezug auf die Frage nach der Autonomie bedeutet dies aber auch, den eigenen Todeswunsch der Diskussion mit Anderen auszusetzen. Denn eine wohlerwogene, selbstbestimmte Entscheidung wird kaum unabhängig vom sozialen Kontext vollzogen werden können. Im Gegenteil stellt die Versicherung der Plausibilität unserer Ansichten im Dialog mit unserem Umfeld eine wesentliche Komponente der Entscheidungsfindung dar, die bei einseitiger Fokussierung auf die Autonomie unberücksichtigt bleibt und daher „ein monologistisch definierter Rahmen Klärungspotentiale verschenken“ wird (Lachmann 2008: 149). So mag die im Rahmen der Interviews nicht immer streng eingehaltene narrative Gesprächsführung zwar als methodische Limitation betrachtet werden (vgl. Teil D, Kap. 2). Gleichwohl bringt dies den entscheidenden Vorteil mit sich, der besagten dialogischen Form des Selbstbestimmungsprozesses gerecht zu werden: Indem beispielsweise die Patient:innen auf Widersprüche in ihrer Argumentation hingewiesen wurden, konnten sie zum Überdenken ihrer Perspektive angeregt werden. Ähnliches gilt für Unterbrechungen des Erzählflusses durch Verständnisfragen noch vor dem internen Frageteil. Zwar beeinflussen solche Faktoren die narrative Form des Interviews, zugleich können sie aber auf bisher offene Themen aufmerksam machen und gegebenenfalls zur Klärung ihrer Bedeutung durch Einordnung in den Sinnzusammenhang der Geschichte beitragen.

Der narrative Ansatz gibt den Patient:innen Raum, ihre gegenwärtigen Erwartungen und enttäuschten Hoffnungen mitzuteilen, ihre in der Vergangenheit verwurzelten oder auf die Zukunft bezogenen Wünsche und Ängste zu artikulieren. Es wird ihnen versichert, dass diese wahrgenommen und respektiert werden. Damit kann die Narrative Ethik eine Form von Eigenverantwortlichkeit und Autonomie anbieten, die den Patient:innen die Deutungshoheit über die eigene Geschichte zuerkennt, ohne sie in einer Überforderungssituation sich selbst zu überlassen. So schafft gerade die gemeinsame Gestaltung des Narrativs im Sinne eines symmetrisch geführten Verständigungs- und Interpretationsprozesses zwischen Ärzt:in und Patient:in erst die Grundlage für die Ausübung von Autonomie (vgl. Lucius-Hohne 2008: 215f.). Sie soll den Patient:innen die Sorge nehmen, dass ihre Bedürfnisse und Wertvorstellungen kein Gehör finden. Ziel im Umgang mit Todeswünschen sollte es sein, dass sich die Betroffenen an Ärzt:innen wenden in der Hoffnung, Solidarität in ihrer Not zu erfahren anstatt sich abzuwenden in der Angst, entmündigt zu werden. Ergebnisoffene ärztliche Beratung muss hier keineswegs nüchterne Neutralität bedeuten: Vielmehr sollten

Ärzt:innen in einem offenen Dialog als unvoreingenommenes Gegenüber auf Todeswünsche eingehen und dabei „deutlich werden, dass der Betroffene sich auch in seiner Lebensverneinung angenommen und wertgeschätzt fühlen darf“ (Spaemann, Hohendorf und Oduncu 2015: 121). Das muss aber nicht zwangsläufig bedeuten, der Negation zuzustimmen, sondern kann sich ebenso in dem Versuch äußern, gemeinsam nach Alternativen zu suchen und einem subjektiv erlebten Verlust an Würde und Autonomie entgegenzuwirken (vgl. Spaemann, Hohendorf & Oduncu 2015: 122f.).

5.6 Ausblick

Die vorangegangene Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden klinisch-ethischen Studie im Vergleich mit anderen Untersuchungen zeigt Perspektiven für künftige Forschungsprojekte auf. So wäre es sinnvoll, das Projekt auf ein größeres Kollektiv von Studienteilnehmer:innen anzuwenden, um mittels qualitativer Methoden zusätzliche Kategorien und Themenfelder zu erschließen. Hier könnten alternativ oder zusätzlich Auswertungsmethoden der Grounded Theory zur Anwendung kommen, um die subjektive Bedeutung von Autonomie im Rahmen von Suizidentscheidungen weiter zu erforschen. In einem größeren Studienkollektiv wäre zudem eine Kontrastierung der subjektiven Autonomiewahrnehmung mit objektiven Kriterien der Freiverantwortlichkeit interessant. Sinnvoll wären künftig auch Projekte mit Studienteilnehmer:innen, die explizit um assistierten Suizid gebeten bzw. einen entsprechenden Antrag gestellt haben. Gerade in der Anfangsphase der anstehenden Neuregelungen zum assistierten Suizid könnte hier etwa eine Kooperation mit den entsprechenden Beratungsstellen oder Verwaltungsorganen stattfinden. Damit ließe sich überdies der mehrfach betonten Aufforderung nachkommen, eine verantwortungsvolle Umsetzung dieser Aufgabe an intensive Begleitforschung zu binden und so zu gewährleisten, dass neue Praktiken an unerwartete gesellschaftliche Dynamiken angepasst und etwaige Fehlentwicklungen korrigiert werden können (vgl. AEM 2022; AWK 2022; DGPPN 2022; Domschke et al. 2021).

In seinem Urteil vom Februar 2020 forderte das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber auf, die professionelle Suizidhilfe zugleich autonomiewahrend und unter Achtung der Bedeutung des Lebensschutzes zu regulieren. Die mit dieser Gratwanderung verbundenen Fragen können nicht allein juristisch oder politisch beantwortet werden. Neben einer standardisierten Überwachung der Einhaltung von Beratungspflichten bieten sich hier zwar Wartezeiten unter engmaschiger professioneller Betreuung an, um vorübergehende akute suizidale

Krisen erkennen und behandeln zu können. Diese professionelle Begleitung darf sich jedoch nicht in ergebnisoffenen Gesprächen erschöpfen, sondern hat „die je nach individueller Problemlage angemessenen Hilfestellungen zum Leben nicht nur anzuraten, sondern unverzüglich zu vermitteln“ (DGGPN 2022). Denn die Einhaltung von Fristen und Beratungspflichten allein ist nicht ausreichend, um der Bedingung der inneren Festigkeit und Dauerhaftigkeit von Suizidwünschen gerecht zu werden. Diese weisen gemäß der empirischen Datenlage auch im Falle eines scheinbar rationalen Entscheidungsprozesses oft eine erhebliche emotionale Ambivalenz und Wandelbarkeit über die Zeit auf (vgl. van Wijngaarden et al. 2016a; 2021). Durch den seitens des Bundesverfassungsgerichts betont geforderten *autonom gebildeten* Willen (BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 - BVerfGE 153, 182-310, Rn. 232-242) als Voraussetzung für die Zulässigkeit des assistierten Suizids sollte der Fokus ferner auf der Festlegung von gutachterlichen Kriterien, aber auch Methoden für die präsuizidale Feststellung der Freiverantwortlichkeit liegen. Im praktischen Kontext dürfen diese allerdings nicht lediglich im Rahmen einer Dokumentationspflicht „abgearbeitet“ werden, vielmehr müssen die entsprechenden Kompetenzen im Rahmen intensiver Fort- und Weiterbildungskonzepte erlernt und reflektiert werden (vgl. AWK 2022; Domschke et al. 2021). Dabei wird sich zeigen, dass bisherige Konzepte einer praktischen Revision bedürfen.

E: Zusammenfassung

Hintergrund der vorliegenden Studie ist der Diskurs um den ärztlich assistierten Suizid. Des- sen Befürwortung beruht im Allgemeinen auf dem Konsens, dass eine professionelle Unter- stützung der Realisierung von Sterbewünschen nur unter den Voraussetzungen einer freiver- antwortlichen Suizidentscheidung zulässig sein kann. Der Begriff wurde durch den von Baumann et al. (1986) vorgelegten „Alternativentwurf Sterbehilfe“ geprägt und bezieht sich auf die nachvollziehbare Hoffnungslosigkeit des Leidens, die Ernsthaftigkeit und Vernünf- tigkeit der Entscheidung sowie die Endgültigkeit des Todeswunsches. Damit basiert er auf der Vorstellung vom sogenannten „Bilanzsuizid“ als einem besonnenen, abwägenden, für Außenstehende einfühlbaren Entschluss (Hoche 1919). Letzterer täuscht durch seinen ver- meintlich klar definierten Rahmen vor, eine gute Anwendbarkeit im praktischen Kontext gewährleisten zu können. Hieran anknüpfend zeigt sich eine mitunter hochemotionale Ver- teidigung des „Freitods“ als ultimativen Ausdruck von Autonomie und Selbstbewahrung.

Das in diesem Kontext zum Teil romantisch überzeichnete Bild von einer philosophischen Selbsttötung hat mit dem Leidensweg, der zum Gesuch um Suizidbegleitung führte, oftmals wenig gemein. Mithin verschleiern idealisierte Vorstellungen subjektiver Freiheitsausübung im Suizid in Verbindung mit der Berufung auf abstrakte juristische Kriterien die Schwierig- keiten, die eine Einordnung der in hohem Maße individualisierten Bedeutung von Todes- wünschen im konkreten Einzelfall bereiten kann. Um dieser Problematik nachzugehen, wur- den in der vorliegenden Arbeit zunächst verschiedene theoretische Ansätze untersucht, die sich mit wesentlichen Komponenten, die dem Vorverständnis der Freiverantwortlichkeit zu- grunde liegen, auseinandersetzen. Zu Beginn stand eine Literaturrecherche mit der Frage- stellung, ob sich ein allgemeines Konzept des autonomen Suizids nachweisen lässt. Es konnte gezeigt werden, dass das Verständnis vom „Freitod“ als der letzten, tragischen Frei- heit eines ausweglosen Daseins über den Respekt vor einer persönlichen Entscheidung im Sinne der allgemeinen Handlungsfreiheit bis hin zur heroischen Vorstellung vom Suizid als Erfüllung und Vollzug menschlicher Freiheit reicht. Was Freiheit im Suizid jeweils konkret bedeutet, variiert mithin erheblich (vgl. Bormuth 2008). Es wird deutlich, dass die Verteidi- gung des Suizids als Akt der Freiheit nicht unbedingt voraussetzt, dass der Entscheidungs- prozess als solcher den Kriterien eines freien Willens gemäß philosophischen Ansprüchen unterliegt. Allerdings scheint die Anwendung solcher Konstrukte auf die Frage nach dem autonomen Suizid wenig zielführend, zumal die Existenz der Willensfreiheit philosophisch

wie neurowissenschaftlich umstritten bleibt (vgl. Bauer 2007). Der dieser Arbeit zugrunde gelegte Freiheitsbegriff bezieht sich vielmehr auf das subjektiv vorfindbare menschliche Gefühl, als eigenständig handelndes und prinzipiell entscheidungsfähiges Wesen innerhalb der gegebenen Umstände zwischen Alternativen wählen zu können.

Da das Konzept der Freiverantwortlichkeit aber ebenso Elemente der Nachvollziehbarkeit und Vernünftigkeit einer Entscheidung enthält, wurden ferner Abhandlungen zur Rationalität der Selbsttötung betrachtet. Aus philosophischer Sicht stellt sich dabei zunächst einmal die Frage, ob der Suizid per se mit der Vernunft überhaupt vereinbar sein kann, vernichtet er doch die menschliche Existenz als deren Voraussetzung. Ferner ist umstritten, ob und inwieweit der Tod als ein anthropologisch ungewisses Phänomen der menschlichen Vernunft zugänglich ist (vgl. Wittwer 2003). Geht man nun davon aus, dass es prinzipiell die Möglichkeit einer vernünftigen Selbsttötung geben kann, so gilt es zu untersuchen, unter welchen Umständen dies der Fall ist. Der Entscheidungsprozess muss demnach den allgemeinen formalen Maßstäben einer rationalen Meinungsbildung genügen. Es konnte gezeigt werden, dass deren Anwendung auf den präsuizidalen Entscheidungsprozess zwar den juristischen Kriterien der Einsichtsfähigkeit und wirksamen Willensbildung nahesteht, jedoch in wesentlichen Punkten weit über diese hinausreicht. Ferner ergab der Vergleich der theoretischen Konzepte mit den empirischen Ergebnissen der im Rahmen des Dissertationsprojekts durchgeführten klinisch-ethischen Studie, dass Rationalität als kognitive Dimension der präsuizidalen Entscheidungssituation nur einen Einzelaspekt darstellt. Vielmehr wird die Entscheidung in der Praxis in wesentlichen Punkten ebenso von emotionalen, zwischenmenschlichen und biographischen Motiven bestimmt (vgl. Mroczynski & Kuhn 2022).

Unterschiedlich beurteilt wird in der philosophisch-ethischen Diskussion um die Rationalität des Suizids, inwiefern psychische Erkrankungen diesen Entscheidungsprozess zwangsläufig beeinflussen. Während die heute als überholt geltende „Krankheitsthese“ besagt, dass Suizidalität per se pathologisch und damit eine vernünftige Selbsttötung grundsätzlich ausgeschlossen ist (vgl. hierzu Wittwer 2003: 114), gehen andere Ansätze davon aus, dass auch bei relevanter psychischer Komorbidität je nach deren Ausmaß ein rationales Abwägen möglich sein kann. Es gilt also zu differenzieren, ob eine psychische Erkrankung unmittelbar kausal für den Suizidwunsch einer Person ist, oder ob eine psychiatrische Diagnose zwar Teil ihrer Lebenswelt ist, sie sich hierzu aber reflektierend verhalten kann (vgl. Fenner 2008). Da diese Frage im klinischen Alltag beim Umgang mit Suizidalität von maßgeblicher

Bedeutung ist, widmete sich der theoretische Teil dieser Arbeit zusätzlich der Selbstbestimmungsfähigkeit bei psychischer Erkrankung. Diese ist im medizinischen Bereich auf die aufgeklärte Einwilligung und das Prinzip der Patientenautonomie bezogen. Bei genauerer Betrachtung der Vielfalt an Autonomiekonzeptionen wurde allerdings deutlich, dass die Übertragung sowohl der Kriterien der Einwilligungsfähigkeit als auch des bioethischen Autonomieprinzips auf unser Vorverständnis von einem selbstbestimmten Suizid Probleme bereitet. Diesem scheint im anwendungsbezogenen Kontext der Kompetenzbegriff am nächsten zu kommen, zumal dieser im Besonderen Entscheidungen bei psychischer Erkrankung würdigt. Die Kompetenz als Autonomiefähigkeit einer Person beschreibt ihr Vermögen, das Selbstbestimmungsrecht den eigenen Zwecken gemäß auszuüben. Der Kompetenzbegriff bezieht sich auf die Zustimmung oder Ablehnung von Therapiemaßnahmen und wird an der Fähigkeit, die für eine Entscheidung relevanten Informationen zu erfassen und die Konsequenzen dieser Entscheidung auf die eigene Situation zu übertragen, bemessen. Neben solchen kognitiven Faktoren spielen auch die emotionale Übereinstimmung und die Identifikation mit der getroffenen Entscheidung eine Rolle (vgl. Vollmann 2008; Widdershoven et al. 2017). Während im medizinischen Alltag Selbstbestimmungsrecht und -fähigkeit auf konkrete Situationen bezogen sind, neigt man im Hinblick auf den Entscheidungsprozess zum Suizid ein anspruchsvolleres Autonomiekonzept im Sinne des grundsätzlichen Vermögens einer unabhängigen Lebensgestaltung vorauszusetzen. Achtet man eine Person in ihrer Autonomie, setzt man neben gewissen Vorannahmen zu ihrer mentalen Ausstattung voraus, dass sie über ein persönliches Wertesystem sowie eigene Überzeugungen verfügt, auf die sie kognitiven Zugriff hat und die sie umzusetzen weiß. Der Respekt vor der Autonomie einer Person ist aber auch mit der Unterstellung einer Stabilität ihrer Persönlichkeit über die Zeit verbunden. Mit dem Rückgriff auf Persönlichkeit und Identität eröffnet sich eine biographische Dimension der Autonomie (vgl. Quante 2002; Lachmann 2008). Diese gilt es bei der Beurteilung der Suizidentscheidung im Besonderen zu berücksichtigen, die – sei sie noch so wohlerwogen – immer auch einen Bruch mit jener Biographie bedeutet, indem sie ihr ein Ende setzt. Zugleich erlaubt eine Einordnung in den subjektiven lebensweltlichen Kontext, der Einschätzung der Selbstbestimmungsfähigkeit psychisch erkrankter Menschen gerechter zu werden. Denn im Vordergrund steht dann weniger, inwiefern eine Person ihren Entschluss sich selbst und Anderen gegenüber argumentativ verteidigen kann. Vielmehr wird beurteilt, ob die Entscheidung dazu dient, mit der gegebenen Situation innerhalb eines persönlich als richtig und sinnvoll verstandenen Lebensentwurfs in individuell angemessener Weise umzugehen. Um diesen Ansatz einzubinden und im Gegensatz zum abstrahierten theoretischen

Diskurs die Einzelschicksale besser nachvollziehen zu können, wurde im empirischen Teil dieser Arbeit dem emotional-kognitiven Entscheidungsprozess zum Suizid im Gespräch mit Patientinnen und Patienten nachgegangen. Unter der Annahme, dass unser Lebensentwurf einem Fragenkatalog nur unvollständig zugänglich ist, wurde ein narrativer Ansatz gewählt, der sich den persönlichen Motiven auf phänomenologischem Weg annähert. Denn oft sind uns die Dinge, die im Leben für uns Bedeutung haben, nicht unbedingt als greifbare Werte bewusst oder können zumindest nicht als solche Anderen gegenüber artikuliert werden (vgl. Childress 2002). Das narrative Vorgehen erlaubt es den Patient:innen, ihre Lebensgeschichte und ihre Entwicklung zum Suizidversuch so darzustellen, wie sie diese erlebt haben. Dabei kommt zum Ausdruck, welchen Sinn sie in ihrem Leben und ihren Beziehungen sehen, innerhalb welcher Wertgefüge sie leben und wie die Entscheidung zum Suizid in ihnen wiederzufinden ist. Im Hintergrund steht eine Ethik, die einerseits dem Individuum eine Stimme verleihen will und andererseits davon ausgeht, dass die narrative Gestaltung der eigenen (Lebens-)Geschichte Rückschlüsse auf die Identität einer Person erlaubt. Für die klinisch-ethische Studie „Suizidalität und Autonomie“ wurden auf der toxikologischen Akutstation des Klinikums rechts der Isar der TU München ca. 40-60minütige Gespräche mit 12 Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch durchgeführt. Die Technik der Datenerhebung und -auswertung orientierte sich am narrativen Interview und der Methodologie biographischer Fallrekonstruktionen (Rosenthal 2015). Bei der Analyse der Gespräche wird hier zwischen einer aktuellen Darstellungs- und der tatsächlichen Erfahrungsebene unterschieden. Es wird betrachtet, welche Lebensphasen hervorgehoben werden oder ausgespart bleiben, welche biographische Bedeutung bestimmte Erfahrungen für die Erzählenden hatten und welche Erwartungen an ihr Leben zum Ausdruck kommen. Berücksichtigt werden dabei nicht nur die explizit formulierten Inhalte, sondern auch die Art der Selbstpräsentation. Wenngleich diese mit bewussten oder unbewussten Verzerrungen verbunden ist, erlaubt gerade die starke Gewichtung der Selbstdeutung, der Subjektivität der individuellen suizidalen Entwicklung gerecht zu werden. Hieraus können Rückschlüsse gezogen werden, inwieweit eine (Ent-)Identifikation mit der eigenen Lebensgeschichte besteht und wie hierin die Entscheidung zum Suizid wiederzufinden ist. Diese kann damit im Sinne einer Gegenüberstellung der Modelle momentane Krise vs. Zusammenbruch der Zukunftsperspektive, die ein Weiterleben unmöglich macht, eingeordnet werden. Schließlich wurde die Bedeutung von Freiheit und Autonomie in der Lebensgeschichte wie auch der suizidalen Entwicklung analysiert. Hierfür wurde untersucht, was die Patient:innen unter diesen Begriffen verstehen und ob Autonomie überhaupt eine Rolle im Rahmen der suizidalen Entwicklung spielte. Sie

kommt als Artikulation eines Anspruchs zum Ausdruck, wird aber auch als Verlust an Autonomie verstanden, der ein Weiterverfolgen des ursprünglichen Lebenskonzepts verhindert. Betrachtet wird auch, ob die Patient:innen eigeninitiativ Stellung zum ärztlich assistierten Suizid beziehen und ob diese Möglichkeit abgelehnt, befürwortet oder gefordert wird. Aus diesen Beobachtungen wurde versucht, die deskriptive Darstellung und subjektive Bewertung des Freiheitsbegriffs mit der gelebten Freiheit zu kontrastieren. Die Ergebnisse der durchgeführten klinischen Studie zeugen ähnlich wie der ethische Diskurs zum freiverantwortlichen Suizid von der Vielfalt, in der das Verständnis von Freiheit und Autonomie zum Ausdruck kommt. Trotz des kleinen Patient:innenkollektivs war in den Gesprächen diese Vielfalt erkennbar: So wird Freiheit beispielsweise als Befreiung artikuliert, als Entlastung von den nicht mehr zu bewältigenden Problemen. Dieser Wunsch bedeutete für die Patient:innen jedoch nicht unbedingt einen freien, autonomen Entscheidungsprozess. Im Gegenteil betonten einige unter ihnen zugleich eindeutig den Verlust der Herrschaft über das eigene Denken und Handeln. Sie beschrieben eine Überwältigung durch unbeherrschte Emotionen oder ein Gefühl der Kraftlosigkeit verbunden mit einem subjektiv nicht zu bewältigenden Kontrollverlust. Der Suizidversuch war dann eher Verzweiflungstat denn Freiheitsausübung. Andere Patient:innen erlebten die Entscheidung mehr als rationalen Abwägungsprozess, die damit verbundenen Emotionen brachten sie im Gespräch kaum zum Ausdruck. Der Suizidversuch bedeutete für sie eine Lösung durch die Beendigung ihrer Probleme und den Ausweg aus einem als unerfüllt empfundenen Leben.

Die Gegenüberstellung des theoretischen Diskurses und den empirischen Ergebnissen macht deutlich: Der ärztliche Umgang mit Todeswünschen bleibt ein ethisches Problem, ob sie selbstbestimmt und wohlervogen oder aus tiefster Verzweiflung heraus entstehen, ob sie einfühlbar oder von Außenstehenden kaum nachvollziehbar sind. Denn auch ohne eine vernünftige Willensbildung kommt jedem Menschen aus ethischer wie auch juristischer Sicht das Recht zu, seine persönlichen Entscheidungen respektiert zu wissen. Jeder noch so durchdachte theoretische Lösungsansatz stellt uns daher vor das praktische Problem, das Selbstbestimmungsrecht zu achten ohne die Betroffenen in der Not allein zu lassen, die Freiverantwortlichkeit von Todeswünschen kritisch zu hinterfragen, ohne zugleich utopische Maßstäbe an eine autonome Entscheidung zu stellen. Es bieten sich daher pragmatische Lösungen wie die Anwendung des Kompetenzbegriffs an, zumal das Bundesverfassungsgericht als notwendige Voraussetzung für die Attestierung der Freiverantwortlichkeit eine vorangegangene umfassende Beratung und Aufklärung zu potenziellen Entscheidungsalternativen

verlangt. Dennoch sollten beim Vergleich mit der medizinischen Aufklärung und Einwilligung wichtige Einschränkungen bedacht werden: Die Einschätzung der Kompetenz findet hier in einem ebenso spezifischen wie begrenzten Kontext statt, in dem normalerweise die relevanten Informationen ebenso wie die mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretenden Konsequenzen sehr konkret benannt werden können. Dabei lassen sich Erfahrungswerte oder der Vergleich mit ähnlichen eigenen Entscheidungssituationen aus der Vergangenheit hinzuziehen. Dagegen besteht ein solcher Zugang beim Suizid nicht: Seine Konsequenzen bleiben letztlich ungewiss. So reduziert die Vorstellung, man könne dem Tod auf der Grundlage einer informierten Einwilligung zustimmen, die Anforderungen an eine selbstbestimmte Suizidentscheidung auf ein Minimum: Die Einsicht, dass der Suizid zum Tod führt und das Bewusstsein um die Konsequenz, dass der Tod der eigenen irdischen Existenz ein Ende setzt. Damit wäre die Freiverantwortlichkeit allerdings nur noch in Ausnahmefällen wie akuten Wahnzuständen in Frage zu stellen. Es kann sich also beim freiverantwortlichen Suizid nicht um eine kompetente Entscheidung für den Tod handeln, sondern allenfalls um eine kompetente Entscheidung gegen das Leben. Wird jenes von unerträglichem, therapierefraktärem körperlichem Leiden bestimmt, so ähnelt der Entscheidungsspielraum dem des Behandlungsabbruchs. Doch nimmt man den Kompetenzbegriff tatsächlich als Maßstab für die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit und somit dem Zugeständnis des Suizids, so ist nicht einzusehen, rein psychisch-seelische Leidenszustände auszuschließen. Sie können in ähnlicher Weise als quälend empfunden werden und mit medizinischen Mitteln unter Umständen nur unzureichend behandelbar sein. Durch Krankheitseinsicht und das Bewusstsein, dass der Suizid zur unwiderruflichen Beendigung des eigenen Lebens unter Verzicht auf künftige positive Erfahrungen und Perspektivenwechsel führt, wäre einer kompetenten Entscheidung hinreichend Rechnung getragen. Doch besteht unter solchen Umständen tatsächlich noch ein mit der Ablehnung von Therapiemaßnahmen vergleichbarer Entscheidungsspielraum, der inhaltlich überschaubar ist? Oder muss nicht eigentlich dort angesetzt werden, wo im Laufe einer Biographie das Gefühl abhandengekommen ist, das Leben selbstbestimmt und zufriedenstellend gestalten zu können? Kann es eine kompetente Entscheidung gegen ein Leben geben, das möglicherweise genau daran zu scheitern droht, dass es eben nicht in selbstbestimmter Weise geführt werden kann? Für die Beantwortung dieser Fragestellungen ist einmal mehr das Verstehen der lebensgeschichtlichen Bedeutung einer Suizidentscheidung unverzichtbar. Es erlaubt überdies, die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Dauerhaftigkeit von Suizidwünschen zu beurteilen. Der narrative Zugang kann hierzu einen Beitrag leisten und dabei helfen, Krisen zu identifizieren, die zu einer fundamentalen Erschütterung

von Selbstbezug und Lebensentwurf führen. Eine Würdigung der individuellen Leidensgeschichte erleichtert die Differenzierung, ob es sich um einen mit der langfristigen biographischen Entwicklung stimmigen Endpunkt oder einen temporären Kontrollverlust handelt. Ebenso wie zur absoluten Negation kann letzterer auch zu einer Neubewertung der durch die Krise hinzugetretenen Aspekte führen. Ein lebensbejahendes Ergebnis mag als Selbstaufgabe durch passives Ertragen abgelehnter Umstände gedeutet werden, es kann aber auch als deren sinnvolle Integration in eine fortentwickelte persönliche Identität verstanden werden. Ärztliche Aufgabe ist es, in Phasen der Destabilisierung der Persönlichkeit das Stattfinden solcher Prozesse zu erkennen und die Patient:innen bei der Suche nach der Bedeutung des krisenhaften Zusammenbruchs zu unterstützen.

Literaturverzeichnis

AEM (2022, 22. Februar). *Aktualisierte und erweiterte Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht*. https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publicationen/Stellungnahmen/AEM_Stellungnahme_SuizidSuizi_nach_BVerfG_Urteil_2022-02-22.pdf [08.07.2022].

Améry, J. (2015). *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod*. (15. Aufl.). Klett-Cotta.

Anderson, J., & Honneth A. (2005). Autonomy, Vulnerability, Recognition, and Justice. In J. Christman & J. Anderson (Hrsg.), *Autonomy and the challenges to liberalism: New essays* (S. 127-149). Cambridge University Press.

Arnold, U.-C. (2014). *Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben*. Rowohlt.

Arras, J. D. (1997). Nice story, but so what? In H. Lindemann Nelson (Hrsg.), *Stories and their limits. Narrative Approaches to Bioethics* (S. 65-88). Routledge.

Azcárate-Jiménez, L., López Goñi, J. J., Goñi-Sarriés, A., Montes-Reula, L., Portilla-Fernández, A., & Elorza-Pardo, R. (2019). Repeated suicide attempts: a follow-up study. *Actas españolas de Psiquiatría*, 47(4), 127-136.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric Diagnoses in 3275 suicides: a metaanalysis. *BMC Psychiatry*, 4(37), 802-816. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-4-37>

Augustinus, A. H., & Perl, C. J. (1979). *Der Gottesstaat*. Schöningh.

AWK (2022). *Sterben in Würde: Zur Vereinbarkeit von Lebensschutz und Selbstbestimmung. Positionspapier der Präsidiumskommission der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften und der Künste nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zu § 217 StGB*. https://www.awk.nrw/fileadmin/user_upload/img/Publicationen_der_Akademie/Positionspapier_Sterben_in_Wuerde.pdf [08.07.2022]

Baechler, J. (1981). *Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord* (1. Aufl. der deutschen Übersetzung). Ullstein.

Bandelow, B. (2008). Das suizidale Syndrom. In B. Bandelow, O. Gruber & P. Falkai (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Psychiatrie* (S. 200-202). Springer.

Battin, M. P., & Mayo, D. (1980). *Suicide: The Philosophical Issues*. St. Martin's Press.

Battin, M. P. (1995). *Ethical Issues in Suicide*. Prentice Hall.

Bauer, E. J. (2007). *Freiheit in philosophischer, neurowissenschaftlicher und psychotherapeutischer Perspektive*. Wilhelm Fink.

Baumann, J., Bochnik, H. J., & Brauneck, A. E. (1986). *Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe). Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts und der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter*. Thieme.

Baumann, U. (2001). *Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert in Deutschland*. Verlag Hermann Böhlaus Nachfolger.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5. Aufl.). Oxford University Press.

Becker, P. (2019). *Patientenautonomie und informierte Einwilligung: Schlüssel und Barriere medizinischer Entscheidungen*. J. B. Metzler.

Benavides Lopez, L. L. (2018). *The right to die with dignity in Colombia*. *Forensic Res Criminol Int J* 6(6), 426-429. <https://doi.org/10.15406/frcij.2018.06.00239>

Berghäuser, G., Boer, T.A., Borasio, G.D., Hohendorf, G., Rixen, S., & Spittler, J. (2020) Brauchen wir eine Neuordnung der Sterbehilfe in Deutschland? *MedR*, 38, 207-211. <https://doi.org/10.1007/s00350-020-5484-4>

Berghmans, R., Widdershoven, G., & Widdershoven-Heerding, I. (2013). Physician-assisted suicide in psychiatry and loss of hope. *Int. J. Law-Psychiatr.* 36(5-6), 436-443. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.020>

Berlin, I. (1969). *Four essays on liberty*. Oxford University Press.

BFS (2016). Todesursachenstatistik 2014: Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz. *BFS Aktuell*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.3902305.html> [16.06.2022].

Birnbacher, D. (1990). Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht. In A. Leist (Hrsg.), *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord* (2. Aufl., S. 395-422). Suhrkamp.

Birnbacher, D. (2022). Warum kein Anspruch auf Suizidassistentz? *Ethik Med*, 34(2), 161-176. <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00678-3>

Bleek, J. (2012). Ist die Beihilfe zum Suizid auf der Grundlage des Wunsches, anderen nicht zur Last zu fallen, ethisch gerechtfertigt? *Ethik Med*, 24(3), 193-205. <https://doi.org/10.1007/s00481-011-0148-6>

Bochnik, H. J. (1987). Verzweiflung und freie Willensbestimmung bei Suizidversuchen. Sondervotum zum Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe). *MedR* 5, 216-220.

Böhm, A. (2013). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In U. Flick & E. von Kardoff (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (10. Aufl., S. 475-485). Rowohlt.

Bolton, D., & Banner, N. (2012). Does mental disorder involve loss of personal autonomy? In L. Radoilska (Hrsg.), *Autonomy and Mental Disorder* (S. 77-99). Oxford University Press.

Bolton, J., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*, 351:h4978. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4978>

Borasio, G. D., Jox, R. J., Taupitz, J., & Wiesing, U. (2014). *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*. Kohlhammer.

Borasio, G. D., Jox, R. J., Taupitz, J., & Wiesing, U. (Hrsg.). (2017). *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*. Springer.

Bormuth, M. (2008). *Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert*. Wallstein.

Bosshard, G. (2017). Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, empirische Befunde. In G. D. Borasio, R. J. Jox, J. Taupitz & U. Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft* (S. 31-35). Springer.

Boyd, K. (2017). Competence, Consent and Complexity. *Journal of Medical Ethics*, 43(6), 351-352. <https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104355>

Brody, H. (1997). Who gets to tell the story? In Lindemann Nelson, H. (Hrsg.), *Stories and their limits. Narrative Approaches to Bioethics* (S. 18-30). Routledge.

Bronisch, T. (2014). *Der Suizid. Ursachen – Warnsignale – Prävention* (6. Aufl.). C. H. Beck

Brunhöber, B. (2011). Sterbehilfe aus strafrechtlicher und rechtsphilosophischer Sicht. *JuS*, 401-406.

Bruns, F., Blumenthal, S., & Hohendorf, G. (2016a). Organisierte Suizidbeihilfe in Deutschland: Medizinische Diagnosen und persönliche Motive von 117 Suizidenten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141(4), 32-37. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111182>

Bruns, F., Blumenthal, S., & Hohendorf, G. (2016b). Tod auf Rezept? Medizinethische Überlegungen zur ärztlichen Suizidassistenz. *ZFA Z Allg Med* 92(1), 24-27. <https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0024-0027>

Bundesärztekammer (2018). (Muster-)berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 121. Ärztetags in Erfurt. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf [18.06.2022].

Bundesärztekammer (2021). (Muster-)berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetags vom 05. Mai 2021 in Berlin https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/_Bek_BAEK_MBO-AE_Online_final.pdf [18.06.2022].

Bundesgerichtshof. (2019, 3. Juli). *Freisprüche in zwei Fällen ärztlich assistierter Selbsttötung bestätigt*. [Pressemitteilung]. <https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019090.html>

Bundesgesundheitsministerium (2021). *Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/Diskussionsentwurf_Suizidhilfe_Gesetz.pdf [11.07.2022].

Bundestagsdrucksache, 16/8442. (2008, 6. März). *Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts*. <https://dserver.bundestag.de/btd/16/084/1608442.pdf>

Bundestagsdrucksache, 20/904. (2022, 7. März). *Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>

Bundestagsdrucksache, 20/1121. (2022, 22. März). *Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/011/2001121.pdf>

Bundestagsdrucksache, 20/2293. (2022, 17. Juni). *Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>

Bundestagsdrucksache, 20/2332. (2022, 21. Juni). *Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>

Bundesverfassungsgericht. (2020, 26. Februar). *Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig* [Pressemitteilung]. <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>

Buyx, A. (2022, Mai 20). Beihilfe zum Suizid und die Rolle von Ärzten: Prof. Alena Buyx, Vorsitzende Deutscher Ethikrat [Interview]. *BR Podcast*. <https://www.br.de/mediathek/podcast/aktuelle-interviews/beihilfe-zum-suizid-und-die-rolle-von-aerzten-prof-alena-buyx-vorsitzende-deutscher-ethikrat/1856498> [15.06.2022].

Charland, L. C., Lemmens, T., Wada, K. (2016). Decision making capacity to consent to medical assistance in dying for persons with mental disorders. *Journal of Ethics in Mental Health* 9.

Charon, R. (2002). Time and Ethics. In R. Charon, & M. Montello (Hrsg.), *Stories matter. The Role of Narrative in Medical Ethics* (S. 60-69). Routledge.

Childress, M. D. (2002). Of symbols and silence: using narrative and its interpretation to foster physician understanding. In R. Charon & M. Montello (Hrsg.) *Stories matter. The Role of Narrative in Medical Ethics* (S. 122-129). Routledge.

Clarke, D. M. (1999). Autonomy, rationality and the wish to die. *Journal of Medical Ethics* 25, 457-462. <https://doi.org/10.1136/jme.25.6.457>

Cording, C., & Saß, H. (2009). Begutachtung der „freien Willensbestimmung“ beim Suizid in der Lebensversicherung. *Der Nervenarzt*, 80(9), 1070-1077. <https://doi.org/10.1007/s00115-009-2796-z>

Cording, C., & Saß, H. (2020). Die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. *NJW*, 73, 2695-2697.

Death with Dignity (2022). *Our history*. [website]. <https://deathwithdignity.org/history/> [19.06.2022].

Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Vissers, K. C., & van Weel, C. (2011). ‚Unbearable suffering‘: a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *Journal of Medical Ethics*, 37(12), 727-734. <https://doi.org/10.1136/jme.2011.045492>

De Ridder, M. (2010). *Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin*. DVA.

De Ridder, M. (2011, Mai 30). Letzter Wille. Dürfen Mediziner ihren Patienten beim Suizid helfen, wenn deren Leben durch Krankheit zur Folter geworden ist? *Süddeutsche Zeitung*. http://www.pkgodzik.de/fileadmin/user_upload/Sterbehilfe/SZ_Letzter_Wille_20110530.pdf [18.06.2022]

Destatis (2022). *Todesursachen – Suizide: Zeitreihe*. [website]. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23211-0002&sachmerkmal=TODUR1&sachschiessel=TODESURS78&startjahr=1980#abreadcrumb> [15.06.2022]

Deutscher Ethikrat (2014). *Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention*. Ad hoc Empfehlung vom 19.12.2014. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf>

Deutscher Ethikrat (2017). *Suizidprävention statt Suizidunterstützung. Erinnerung an eine Forderung des Deutschen Ethikrates anlässlich einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts*. Ad hoc Empfehlung vom 01.06.2017. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/empfehlung-suizidpraevention-statt-suizidunterstuetzung.pdf>

Deutscher Ethikrat (2020a). *Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche*. Öffentliche Anhörung vom 17.12.2020 [Transkription der Onlineveranstaltung].

<https://www.ethikrat.org/anhoerungen/phaenomenologie-der-sterbe-und-selbsttoetungswuensche/> [17.06.2022]

Deutscher Ethikrat (2020b). *Recht auf Selbsttötung?* Öffentlicher Teil der Plenarsitzung vom 22.10.2022 [Transkription der Onlineveranstaltung]. <https://www.ethikrat.org/sitzungen/2020/recht-auf-selbsttoetung/> [17.06.2022]

Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS), Giordano-Bruno-Stiftung (GBS) & Internationaler Bund der Konfessionsfreien und Atheisten (IBKA) e.V. (2014). *Mein Ende gehört mir! Für das Recht auf letzte Hilfe.* [website]. <https://letzte-hilfe.de> [03.02.2020]

Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS) (2012, September 10). *77 Prozent der Bevölkerung befürworten Möglichkeit der ärztlichen Freitodhilfe.* https://www.dghs.de/fileadmin/content/05_humanes_sterben/04_dghs_umfragen/00_pdfs/Forsa-Umfrage_2012-w.pdf [12.10.2019]

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2021, 24. Februar). *Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention.* https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenz_Suizidpraevention.pdf [14.07.2022]

DGPPN (2019, 13. April). *Notfallpsychiatrie.* Sk2 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, AWMF-Registernummer 038-023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf [08.07.2022]

DGPPN (2022, 1. Juni). *Eckpunkte für eine Neuregelung der Suizidassistenz.* Stellungnahme. <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelle-positionen-1/aktuelle-positionen-2022/eckpunkte-suizidassistenz.html> [13.07.2022]

Dietrich, C. G., & Sahn, S. (2015). Positionspapier der AG Gastroenterologische Palliativmedizin der DGVS zum ärztlich assistierten Suizid. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 53(11), 1354-1356. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398020>

DiFabio, U. (2017). *Erwerbserlaubnis letal wirkender Mittel zur Selbsttötung in existenziellen Notlagen. Rechtsgutachten zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. März 2017 - 3 C 19/15*. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg). https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Presse/Rechtsgutachten.pdf?__blob=publicationFile [14.06.2019]

Di Nucci, E. (2011). Praktische Rationalität. In R. Stoecker, C. Neuhäuser & M. L. Raters (Hrsg.), *Handbuch Angewandte Ethik* (S. 103-107). J. B. Metzler.

Dolderer, M. (2000). *Objektive Grundrechtsgehalte*. Schriften zum Öffentlichen Recht, Bd. 826. Dunker & Humblot.

Domschke, A., Dreier, H., Hallek, M., Krieg, T., Merkel, R., Radbruch, L., Schöne-Seifert, B., Stolberg, M., Tag, B., Taupitz, J., Voßkuhle, A. & Wiesing, U. (2021). *Neuregelung des assistierten Suizids – ein Beitrag zur Debatte*. Diskussion Nr. 26, Halle (Saale): Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (Hrsg.). https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2021_Diskussionspapier_Neuregelung_des_assistierten_Suizids.pdf [09.08.2021]

Dorneck, C., Gassner, U. M., Kersten, J., Lindner, J. F., Linoh, K. P., Lorenz, H., Rosenau, H. & Schmidt am Busch, B. (2021). *Gesetz zur Gewährleistung selbstbestimmten Sterbens und zur Suizidprävention: Augsburg-Münchner-Hallescher-Entwurf (AMHE-SterbehilfeG)*. Mohr Siebeck.

DRZE (2022a). *Im Blickpunkt: Sterbehilfe*. [website]. <https://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> [19.06.2022]

DRZE (2022b). *Im Blickpunkt: Patientenverfügungen*. [website]. <https://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/rechtlicher-teil> [20.06.2022]

Duttge, G., Er, D., & Fischer, E. (2016). Vertrauen durch Recht? In H. Steinfath & C. Wiesemann (Hrsg.), *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin* (S. 239-291). Springer.

Dworkin, G. (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge Studies in Philosophy.

Epping, V. (2019). *Grundrechte* (8. Aufl.). Springer.

Erlangsen, A., Appadurai, V., Wang, Y., Turecki, G., Mors, O., Werge, T., Mortensen, P. B.,

Starnawska, A., Børglum, A. D., Schork, A., Nudel, R., Bækvad-Hansen, M., Bybjerg-Grauholm, J., Hougaard, D. M., Thompson, W. K., Nordentoft, M., & Agerbo, E. (2020).

Genetics of suicide attempts in individuals with and without mental disorders: a population-based genome-wide association study, in: *Mol Psychiatry*, 25(10), 2410-2421. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0218-y>

Eser, A. (Hrsg.) (2019). *Schönke/Schröder Strafgesetzbuch Kommentar*, 30. Aufl., C.H. Beck.

EXIT (2022). Jahresberichte 2010-2022. [website]. <https://exit.ch/verein/jahresberichte/> [16.06.2022]

Faden, R. R., & Beauchamp, T. (1986) *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.

Fenner, D. (2008). *Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? Eine medizinisch-ethische Untersuchung*. Alber.

Fink, U. (1992). *Selbstbestimmung und Selbsttötung: Verfassungsrechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit Selbsttötungen*. Carl Heymanns Verlag.

Fischer, S., Huber C. A., Furter, M., Imhof, L., Mahrer Imhof R., Schwarzenegger, C., Ziegler, S. J., & Bosshard, G. (2009). Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss Med Wkly*, 139(23-24), 333-338. <https://doi.org/10.21256/zhaw-2741>

Flick, U., & von Kardoff, E. (2013). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (10. Aufl.). Rowohlt.

Frank, A. W. (1995). *The Wounded Storyteller. Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.

Frank, A. W. (1997). Enacting illness stories: When, what, and why. In H. Lindemann Nelson (Hrsg.), *Stories and their limits. Narrative Approaches to Bioethics* (S. 31-49). Routledge.

Frank, C. (2011, 10. Mai). Letzter Wille. Dürfen Mediziner ihren Patienten beim Suizid helfen, wenn deren Leben durch Krankheit zur Folter geworden ist? *Süddeutsche Zeitung*.

Frankfurt, H. (1971). Freedom of the will and the concept of a person. *The Journal of Philosophy*, 68(1), 5-20. <https://doi.org/10.2307/2024717>

Gamondi, C., Pott, M., & Payne, S. (2013). Families' experiences with patients who died after assisted suicide: a retrospective interview study in southern Switzerland. *Ann Oncol.*, 24(6), 1639-1644. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt033>

Gandsman, A. (2018). Paradox of choice and the illusion of autonomy: the construction of ethical subjects in right to die activism. *Death studies* 42(5), 329-325. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1396646>

Ganzini, L., Dobscha, S. K., Heintz, R. T., & Press, N. (2004). Oregon physicians' perceptions of patients who request assisted suicide and their families. *J Palliat Med.*, 6(3), 381-390. <https://doi.org/10.1089/109662103322144691>

Gethmann, C. F. (1991). Ethische Aspekte des Handelns unter Risiko. In M. Lutz-Bachmann (Hrsg.), *Freiheit und Verantwortung: Ethisch handeln in der Krise der Gegenwart* (S. 152-169). Morus Verlag.

Gosepath, S. (1992). *Aufgeklärtes Eigeninteresse. Eine Theorie theoretischer und praktischer Rationalität*. Suhrkamp.

Government of Canada (2022). *Medical assistance in dying*. [website]. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html> [19.06.2022]

Government of the Netherlands (2022). *Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request*. [website]. <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request> [19.06.2022]

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998). *Assessing Competence to Consent to Treatment: A guide for physicians and other health professionals*. Oxford University Press.

Grupp, M. O. (2009). *Aggressive Persönlichkeitsmerkmale bei suizidalem Verhalten* [Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München]. Elektronische Hochschulschriften der LMU. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/10660/1/Grupp_Marc_Oliver.pdf

Gutmann, T. (2010). Struktur und Funktion der Menschenwürde als Rechtsbegriff. In C.F. Gethmann (Hrsg.), *Lebenswelt und Wissenschaft* (S. 309-330). Meiner.

Haenel, T. (1989). *Suizidhandlungen: Neue Aspekte der Suizidologie*. Springer.

Haker, H. (2000). Narrative und moralische Identität. In D. Mieth (Hrsg.), *Erzählen und Moral. Narrativität im Spannungsfeld von Ethik und Ästhetik* (S. 37-66). Attempto.

Haker, H. (2005). Narrative Bioethik. In S. Graumann & K. Grüber (Hrsg.), *Anerkennung, Ethik und Behinderung. Beiträge aus dem Institut Mensch Ethik und Wissenschaft* (1. Aufl., Bd. 2, S. 113-132). LIT Verlag.

Haker, H. (2007). Narrative Bioethik – Ethik des biomedizinischen Erzählens. In K. Joisten (Hrsg.), *Narrative Ethik. Das Gute und das Böse erzählen* (S. 253-271). De Gruyter.

Hammer, F. (1975). *Selbsttötung philosophisch gesehen*. Patmos.

Hardwig, J. (1997). Autobiography, Biography, and Narrative Ethics. In H. Lindemann Nelson (Hrsg.), *Stories and their limits. Narrative Approaches to Bioethics* (S. 50-64). Routledge.

Henking, T. (2022). Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt*, 65, 67-73. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03469-9>

Henseler, H. (1984). *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*. (2. Aufl.). Westdeutscher Verlag.

Hildt, E. (2006). *Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung*. Campus Verlag.

Hilgendorf, E., & Rosenau, H. (2015). *Resolution Sterbehilfe. Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe*. <https://wcms.itz.uni-halle.de/download.php?down=40585&elem=2924988>

Hilgendorf, E. (2018). Sterbehilfe heute, *MedR*, 36(10), 733

Hillenkamp, T. (2018). Strafbarkeit eines Arztes aufgrund einer Suizidbegleitung – fällt die Wittig-Entscheidung (BGHSt32, 367)? Anmerkungen zu LG Hamburg, Urt. 8.11.2017 – 619 KLS 7/16. *MedR*, 36, 379-383. <https://doi.org/10.1007/s00350-018-4931-y>

Hillgruber, C. (2015). Die Bedeutung der staatlichen Schutzpflicht für das menschliche Leben und die Garantie der Menschenwürde für eine gesetzliche Regelung zur Suizidbeihilfe. In T. S. Hoffmann, & M. Knaup (Hrsg.), *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens* (S. 115-140). Springer.

Hoche, A. (1919). *Vom Sterben. Kriegsvortrag. Gehalten in der Universität am 06. November 1918*. [gedruckte Publikation 1919]. Verlag Gustav Fischer.

Hohendorf, G. (2011, Juni 1/2). Todeswunsch und Lebenssinn. Die Zulassung einer von Medizinern assistierten Selbsttötung ist moralisch mehr als bedenklich. *Süddeutsche Zeitung*.

Hohendorf, G., & Oduncu, F. S. (2011). Der ärztlich assistierte Suizid. Freiheit zum Tode oder Unfreiheit zum Leben? *ZfmE*, 57(3), 230-242.

Hohendorf, G. (2014). Auf der schiefen Ebene: Zur Praxis von Sterbehilfeorganisationen in Deutschland, *ZfL*, 23(3), 52-57

Holderegger, A. (1995). *Grundlagen der Moral und der Anspruch des Lebens*. Herder.

Holroyd, J. (2012). Clarifying capacity: value and reasons. In L. Radoilska (Hrsg.), *Autonomy and Mental Disorder* (S. 145-169). Oxford University Press.

Horn, P. (2011). Person droht zu springen. Ein Leitfaden zur Verhandlung mit Suizidanten. *Notfall und Rettungsmedizin* 14, 491-496. <https://doi.org/10.1007/s10049-011-1448-6>

Hume, D. (1978). *On suicide*. In T. Beauchamp, & S. Perlin (Hrsg.), *Ethical issues in death and dying* (S.105-111). Prentice Hall.

Hunsaker Hawkins, A. (1993). *Reconstructing Illness. Studies in Pathography*. Purdue University Press.

International Association for Suicide Prevention (2022). [website]. <https://www.iasp.info/about/> [07.07.2022]

Jakob, G. (1997) Das narrative Interview in der Biographieforschung. In B. Friebertshäuser, & A. Prengel (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 445-458). Juventa.

Jansen, S. (2017). Der einsame Weg zum Suizid – zugleich eine Anmerkung zum Urteil des BVerwG vom 2. März 2017 – BverwG 3 C 19.15. *GuP* 5, 161-200

Jansen-van der Weide, M. C.; Onwuteaka-Philipsen, B. D.; van der Wal, G. (2004). Implementation of the project “Support and Consultation on Euthanasia in The Netherlands” (SCEN). *Health Policy* 69(3), 365-373. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.04.010>

- Jaspers, K. (1956), *Philosophie Band II: Existenzzerhellung*. (3. Aufl.). Springer.
- Jeong, B. (2019). *Zur Problematik der Freiverantwortlichkeit beim Suizid*. Peter Lang.
- Jochims, I. (2007). *Suizid verstehen: Eine Annäherung über den Einzelfall mit Hilfe der biographischen Methode*. Shaker.
- Joecks, W. & Miebach, K. (Hrsg.). (2020). *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Band 1, 4. Aufl., C. H. Beck.
- Joisten, K. (2007). Möglichkeiten und Grenzen einer narrativen Ethik. In K. Joisten (Hrsg.), *Narrative Ethik. Das Gute und das Böse erzählen* (S. 9-21). De Gruyter.
- Jox, R. J. (2017). Perspektiven deutscher Patienten und Bürger auf den assistierten Suizid. In G. D. Borasio, R. J. Jox, J. Taupitz, & U. Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft* (S. 51-60). Springer.
- Kant, I. [1785]. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Hrsg. von T. Valentiner (2019) auf der Grundlage der Ausgabe der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften. Reclam.
- Keil, G. (2007). *Willensfreiheit*. De Gruyter.
- Kettner, M., & Gerisch, B. (2004). Zwischen Tabu und verstehen: Psycho-philosophische Bemerkungen zum Suizid. In I. Kappert, B. Gerisch, & G. Fiedler (Hrsg.), *Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbsttötung – Das Tabu und seine Brüche* (S. 38-66). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Klaus, T. (1977). *Warum weiterleben? Ein Arzt und Seelsorger über Selbstmord und seine Verhütung*. Herder.
- Klemm, M. (2014). Emile Durkheim: Le suicide. In S. Salzborn (Hrsg.), *Klassiker der Sozialwissenschaften. 100 Schlüsselwerke im Porträt* (S. 67-70). Springer.

Krings, G. (2003). *Grund und Grenzen grundrechtlicher Schutzansprüche*. Duncker & Humblot.

Kriseninterventionszentrum (2022). [website]. <https://kriseninterventionszentrum.at/ueberuns/geschichte/> [07.07.2022]

Küstners, Y. (2009). *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen*. Springer.

Lachmann, R. (2008). Identität statt Autonomie? Eine prozessphilosophische Perspektive. In F. J. Illhardt (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie: Kritik eines bioethischen Prinzips* (S. 139-152). LIT.

Lautenschläger, D. (2006). Die Gesetzesvorlagen des Arbeitskreises Alternativentwurf zur Sterbehilfe aus den Jahren 1986 und 2005. In H. Lilie (Hrsg.), *Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht* (Bd. 3.). Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht. <https://wcms.itz.uni-halle.de/download.php?down=3850&elem=207167> [08.07.2022]

Lesch, W. (2003). Narrative Ansätze in der Bioethik. In: M. Düwell, & K. Steigleder (Hrsg.), *Bioethik. Eine Einführung* (S. 184-199). Suhrkamp.

Lester, D. (1996). Testing Durkheim's theory of suicide: a comment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246(2), 112-113. <https://doi.org/10.1007/bf02274904>

Lindemann Nelson, H. (2002). Context: Backward, sideways and forward. In R. Charon & M. Montello (Hrsg.), *Stories matter. The Role of Narrative in Medical Ethics* (S. 39-47). Routledge.

Lorenz, H. (2019). Freiverantwortlicher Suizid und Unterlassungsstrafbarkeit – Die neue Rechtsprechung des BGH. *Onlinezeitschrift für höchstrichterliche Rechtsprechung zum Strafrecht*, 10, 351-360. <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/archiv/19-10/index.php?sz=8>

Lucius-Hohne, G. (2008). Erzählen können als Ausdruck der Person. In F. J. Illhardt (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie: Kritik eines bioethischen Prinzips* (S. 205-218). LIT.

MacIntyre, A. (1981). *After virtue. A study in moral theory*. University of Notre Dame Press.

Mackenzie, C. & Stoljar, N. (2000). *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford University Press.

Maercker, A., Steiner, A. & Heinrichs, M. (2009). Beratung, Krisenintervention und Notfallpsychologie. In M. Hautzinger, & P. Pauli (Hrsg.), *Psychotherapeutische Methoden* (S. 117-159). Göttingen: Hogrefe.

Martinez, R. (2002). Narrative understanding and methods in psychiatry and behavioural health. In R. Charon, & M. Montello (Hrsg.), *Stories matter. The Role of Narrative in Medical Ethics* (S. 126-137). Routledge.

Mieth, D. (1999). *Moral und Erfahrung I: Grundlagen einer theologisch-ethischen Hermeneutik*. Academic Press Fribourg.

Mill, J. S. (2009). *Über die Freiheit*. Reclam.

Montello, M. (1997). Narrative Competence. In H. Lindemann Nelson (Hrsg.), *Stories and their limits. Narrative Approaches to Bioethics* (S.185-197). Routledge.

Mrozynski, H. & Kuhn, E. (2022). Reasoning for autonomous suicide? A qualitative approach to pre-suicidal decision-making. *Soc Sci Med* 296, 114764. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114764>

Müller-Busch, H.C., Oduncu, F. S., Woskanjan, S. & Klaschik, E. (2004). Attitudes on euthanasia, physician assisted suicide and terminal sedation – A survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Med Health Care and Philos.*, 7(3), 333-339. <https://doi.org/10.1007/s11019-004-9349-9>

Müller-Pein, H. (2021). *Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland: Suizide in Deutschland 2020*. Stand: November 2021. <https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2020.pdf>

Nationales Suizid Präventionsprogramm (NaSPro), Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP), & Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) (2021, 30. November). *Neueste Suizidstatistik: 9206 Suizide in Deutschland 2020* [Pressemitteilung]. <https://www.naspro.de/dl/PM-Suizide2020>

Nationaler Ethikrat (2006). *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende: Stellungnahme*. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf

Neuner, T., Hübner-Liebermann, B., Spießl, H., & Hausner, H. (2009). Begleiteter Suizid zur Prime Time: „Das Recht zu Sterben“. *Psychiatrische Praxis* 36(4), 155-156, <https://doi.org/10.1055/s-0028-1090151>

Nicolai, F. (2019, Februar 21). Gesundheitsminister Spahn weist offenen Rechtsbruch an: „Inakzeptabel“ und „grob rechtswidrig“. *Humanistischer Pressedienst*. <https://hpd.de/artikel/inakzeptabel-und-grob-rechtswidrig-16527> [10.10.2019]

Nida-Rümelin, J. (2001). *Strukturelle Rationalität. Ein philosophischer Essay über praktische Vernunft*. Reclam.

Nietzsche, F. (1883). *Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen*. Verlag von Ernst Schmeitzner/ Deutsches Textarchiv. https://www.deutschestextarchiv.de/book/view/nietzsche_zarathustra01_1883?p=109 [13.07.2022]

Nussbaum, M. (1990). *Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature*. Oxford University Press.

Oates, J. C. (1980). The Art of Suicide. In M. Pabst Battin & D. Mayo (Hrsg.), *Suicide: The Philosophical Issues* (S. 161-168). St. Martins's Press.

Oduncu, F. S., & Hohendorf, G. (2011). Assistierter Suizid: Die ethische Verantwortung des Arztes *Dtsch Arztebl*, 108(24), 1362-1364.

Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*, *181*(3), 193-199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>

Papsch, G. (2020, 20. November). *Mein Tod gehört mir – Wie weit darf Sterbehilfe gehen?* [Video]. SWR2. <https://www.swr.de/swr2/leben-und-gesellschaft/mein-tod-gehört-mir-wie-weit-darf-sterbehilfe-gehen-100.html>

Pestinger, M., Stiel, S., Elsner, F., Widdershoven, G., Voltz, R., Nauck, F., & Radbruch, L. (2015). The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding “When perception of time tends to be a slippery slope”. *Palliat Med.*, *29*(8), 711-719. <https://doi.org/10.1177%2F0269216315577748>

Phillips, D. P. (1974). The influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications on the Werther Effect. *American Sociological Review* *1974*, *39*(3), 340-354. <https://doi.org/10.2307/2094294>

Pohlmeier, H. (1978). *Selbstmordverhütung, Anmaßung oder Verpflichtung*. Keil-Verlag.

Policicchio, S., Washer, S., Viana, J., Iatrou, A., Burrage, J., Hannon, E., Turecki, G., Kaminsky, Z., Mill, J., Dempster, E. L., & Murphy, T. M. (2020). Genome-wide DNA methylation meta-analysis in the brains of suicide completers. *Transl Psychiatry*, *10*(69). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0752-7>

Quante, M. (2002). *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*. Suhrkamp.

Quante, M. (2012). *Person*. De Gruyter.

Reimer, C. (2005). Zum Verständnis des Suizids: Freiheit oder Krankheit? In G. Wolfslast, & K. Schmidt (Hrsg.) *Suizid und Suizidversuch: Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag* (S. 27-45). C. H. Beck.

Ringel, E. (1953). *Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Maudrich.

Ringel, E., & Sonneck, G. (1978). Präsuizidales Syndrom und Gesellschaftsstruktur. In H. Pohlmeier (Hrsg.), *Selbstmordverhütung – Anmaßung oder Verpflichtung* (S. 105-122). Keil.

Rosenau, H., & Lorenz, H. (2019, 3. Juli). Sie wollten nicht gerettet werden [Gastkommentar]. *Legal Tribune Online*. <https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/bgh-5str132-18-suizid-aerzte-rettungspflicht-straftverfahren-sterbeautonomie/> [10.02.2020]

Rosenthal, G. (1995). *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte: Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*. Campus.

Rosenthal, G. (2002). Biographisch-narrative Gesprächsführung: zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 2002, 4(3), 204-227.

Rosenthal, G. & Fischer-Rosenthal, W. (2013). Analyse narrativ-biographischer Interviews. In U. Flick, & E. von Kardoff (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (10. Aufl., S. 456-468). Rowohlt.

Rosenthal, G. (2015). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung* (5. Aufl.). Juventa.

Roxin, C. (1978). Die Mitwirkung beim Suizid als Problem des Strafrechts. In H. Pohlmeier (Hrsg.), *Selbstmordverhütung – Anmaßung oder Verpflichtung* (S. 105-122). Keil.

Roxin, C. (2016). Die geschäftsmäßige Förderung einer Selbsttötung als Straftatbestand und der Vorschlag einer Alternative. *NStZ* 185(4), 185-192.

Roxin, C. (2019). *Täterschaft und Tatherrschaft* (4. Aufl.). De Gruyter.

Rössler, B. (2011). Autonomie. In R. Stoecker, C. Neuhäuser & M. L. Raters (Hrsg.), *Handbuch Angewandte Ethik* (S. 93-99). J. B. Metzler.

Säcker, J., Rixecker, R., Oetker, H., & Limpberg, B. (Hrsg.) (2020). *Münchener Kommentar zum BGB*, 8. Aufl., C.H. Beck.

Schäfer, M., & Quiring, O. (2013). Gibt es Hinweise auf einen „Enke-Effekt“? – Die Presseberichterstattung über den Suizid von Robert Enke und die Entwicklung der Suizidzahlen in Deutschland. *Publizistik*, 58(2), 141-160

Schildmann, J., & Vollmann, J. (2006). Ärztliche Assistenz zur Selbsttötung – ethische, rechtliche und klinische Aspekte. *Dtsch Med Wochenschr*, 31, 1405-1408. <https://doi.org/10.1055/s-2006-946587>

Schildmann, J., & Krones, T. (2015). Advance Care Planning in der Onkologie. Ein Überblick aus klinisch ethischer Perspektive. *Der Onkologe*, 21(9), 840-845. https://doi.org/10.1007/978-3-662-46764-0_59-1

Schildmann, J., Wunsch, K., Winkler, E. (2015). Ärztlich assistierte Selbsttötung – Umfrage zur ärztlichen Versorgung von Krebspatienten. Ethische Überlegungen und Stellungnahme. In Freund, M., Lüftner, D. & Wilhelm M. (Hrsg.), *Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO*, Bd. 7. https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/aerztlich-assistierte-selbsttoetung/dgho_schriftenreihe_Bd7-2015_web.pdf [12.10.2019]

Schildmann, J., & Vollmann, J. (2017). Die assistierte Selbsttötung als Teil ärztlicher Handlungspraxis am Lebensende in Deutschland. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung und medizinethische Analysen. In G. D. Borasio, R. J. Jox, J. Taupitz, & U. Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft* (S. 61-72). Springer.

Schilling, C. (1996). *Moralische Autonomie. Anthropologische und diskurstheoretische Grundlagen*. Schöningh.

Schmitt, J., & Marckmann, G. (2013). Sackgasse Patientenverfügung. Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel von beizeiten begleiten. *ZfmeE*, 59(3), 229-243

Schork, V. (2008). *Ärztliche Sterbehilfe und die Bedeutung des Patientenwillens*. Peter Lang.

Schöch, H., & Verrel, T. (2015). Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB). <http://sterberecht.homepage.t-online.de/AE-Sterbebegleitung.pdf>

Schroth, U. (2018). (Medizinisch) assistierter Suizid aus juristischer und ethischer Sicht. In A. Spickhoff, V. Kossak & N. Kvit (Hrsg.), *Aktuelle Fragen des Medizinrechts. Ein Ost-West-Vergleich* (S.157-173). Springer.

Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik*, 13(3), 283-293

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2019a). *Umgang mit Sterben und Tod* (2. Aufl.). Grempel.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2019b). *Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis*. Grempel.

Schweizerische Eidgenossenschaft (2022). *Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB-CH)*, Stand 1. Juni 2022. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/de

Schweizerische Eidgenossenschaft (2022). *Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB)*, Stand 1. Januar 2022. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/24/233_245_233/de

Seifert, J. (2007). Problemkreise des Grundrechtsverzichts. *Jura*, 29(2), 99-103

Senf, W. & Broda, M. (2012). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5. Aufl.). Thieme.

Spaemann, R., Hohendorf, G. & Oduncu, F. S. (2015). *Vom guten Sterben. Warum es keinen assistierten Tod geben darf*. Herder.

Spickhoff, A. (2017). Nach der Reform ist vor der Reform: Zur Neuregelung der Zwangsbehandlung im Zivilrecht. *FamRZ*, 20, 1633-1639

Spickhoff, A. (2018). *Medizinrecht* (3. Aufl.). C. H. Beck.

Spittler, J.F. (2006). Argumente, Gründe und Motive auf dem Weg in einen assistierten Suizid. *Nervenheilkunde*, 20(10), 855-860. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1626791>

Spittler, J. F. (2020). Rettungspflicht beim Suizid – Geschichte und aktuelle Entwicklung der Rechtsprechung aus ärztlich-psychiatrischer Sicht. *MedR*, 38, 101-105

Statista (2022, 19. Mai). *Durchschnittliches Sterbealter bei Suizid in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2020 (in Jahren)*. [website]. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318428/umfrage/durchschnittliches-sterbealter-bei-suizid-in-deutschland/> [03.06.2022]

Steinfath, H. (2016). Das Wechselspiel von Autonomie und Vertrauen – eine philosophische Einführung. In H. Steinfath & C. Wiesemann (Hrsg.), *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin* (S. 11-68). Springer.

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016). *Suizidprävention. Eine globale Herausforderung*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf> [16.06.2022]

Stuckenberg, C. F. (2008). Willensfreiheit und strafrechtliche Schuld [Antrittsvorlesung, Universität des Saarlandes].

Thomas, K. (1977). *Warum weiterleben? Ein Arzt und Seelsorger über Selbstmord und seine Verhütung*. Herder.

Thomas von Aquin (1978). Whether it is lawful to kill oneself (Summa theologica II-II q64 a5). In T. Beauchamp & S. Perlin (Hrsg.), *Ethical issues in death and dying* (S. 102-105). Prentice Hall.

Till, B., & Niederkrotenthaler, T. (2019). Medien und Suizid: der aktuelle Forschungsstand zum Werther- und Papageno-Effekt – eine Übersichtsarbeit. *Psychotherapie Forum*, 23(1), 120-128. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-00125-1>

Tomandl, G., Sonneck, G., Stein, C. & Niederkrotenthaler, T. (2014). *Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid*. Kriseninterventionszentrum Wien (Hrsg). <https://www.suizidpraevention.at/pdf/leitfaden.pdf> [02.02.2020]

Trachsel, M., Hermann, H., & Biller-Andorno, N. (2014). Urteilsfähigkeit. Ethische Relevanz, konzeptuelle Herausforderung und ärztliche Beurteilung. *Schweiz Med Forum*, 14(11), 221-225

Turecki, G.: (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature*, 15(12), 802-816. <https://doi.org/10.1038/nrn3839>

Turecki, G., & Brent, D. (2016). Suicide and suicidal behavior. *Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

van der Heide, A. (2017). Physician assisted dying in the Netherlands. In G. D. Borasio, R. J. Jox, J. Taupitz, & U. Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft* (S. 21-28). Springer.

van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2016a). Caught between intending and doing: older people ideating on a self-chosen death. *BMJ open* 6 (1), e009895. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009895>

van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2016b). Till death do us part: the lived experience of an elderly couple who chose to end their lives by spousal self-euthanasia. *Gerontol.* 56 (6), 1062-1071. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv060>

van Wijngaarden, E., Merzel, M., van den Berg, V., Zomeres, M., Hartog, I., Leget, C. (2021). Still ready to give up on life? A longitudinal phenomenological study into wishes to die among older adults. *Soc. Sci. Med.*, 284, 114180. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2021.114180>

Verein Sterbehilfe (2022, 3. Januar). *Jahresrückblick in Zahlen*. [website]. <https://www.sterbehilfe.de/jahresrueckblick-2021-in-zahlen/>

Vollmann, J. (2008). *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur klinischen Ethik*. Kohlhammer.

von Engelhardt, D. (2005). Die Beurteilung des Suizids im Wandel der Geschichte. In G. Wolfslast, & K. Schmidt (Hrsg.) *Suizid und Suizidversuch: Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag* (S. 11-26). C. H. Beck.

Wagner, G., de la Cruz, F., Köhler, S. (2019). Connectomics-Based Functional Network Alterations in both depressed Patients with Suicidal Behavior and Healthy Relatives of Suicide Victims. *Sci Rep* 9, 14330. <https://doi.org/10.1038/S41598-019-50881-y>

Warntjen, M. (2014). Strafbarkeitsrisiko in Suizidfällen. Im Zweifel das Leben erhalten *Dtsch Arztebl*, 111(43), 1854-1855

Weiler, K. (2013). *Die Beurteilung der Selbsttötung unter besonderer Berücksichtigung kirchenrechtlicher Regelungen*. Kovac.

Weilert, A. K. (2018). Suizid und Suizidassistenz als Rechtsproblem *MedR*, 36, 76-82. <https://doi.org/10.1007/s00350-017-4835-2>

Wenker, M. (2013). Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Ja! *Ethik Med*, 25(1), 73-77. <https://doi.org/10.1007/s00481-012-0235-3>

Wiesing, U. (2013). Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein! *Ethik Med*, 25(1), 67-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s00481-012-0205-9>

Widdershoven G.A.M., Ruissen, A., van Balkom A.J.L.M., & Meynen, G. (2017). Competence in chronic mental illness: the relevance of practical wisdom. *J Med Ethics*, 43(6), 374-378. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102575>

Widmann, M. (2019, Juni 27). Sterbehilfe: Er will es zu Ende bringen. *Zeit online*. <https://www.zeit.de/2019/27/roger-kusch-sterbehilfe-assistierter-suizid-verein>

Wittwer, H. (2003). *Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids*. Mentis.

Wolf, U. (2017). *Aristoteles' „Nikomachische Ethik“* (6. Aufl.). Rowohlt.

Ziegler, W., & Hegerl, U. (2002). Der Werther-Effekt. Bedeutung, Mechanismen, Konsequenzen. *Der Nervenarzt*, 73(1), 41-49. <https://doi.org/10.1007/s1115-002-8145-y>

Zoloth, L. & Charon, R. (2002). Like an open Book. Reliability, intersubjectivity, and intertextuality in bioethics. In R. Charon, R., & M. Montello (Hrsg.), *Stories matter. The Role of Narrative in Medical Ethics* (S. 21-36). Routledge.

Urteilsverzeichnis

BGH, B. v. 10.03.1954 - GSt 4/53, BGHSt 6, 147-155

BGH, U. v. 04.07.1984 - 3 StR 96/84, BGHSt 32, 367-381

BGH, U. v. 03.07.2019 - 5 StR 132/18, BGHSt 64, 121-135

BGH, U. v. 03.07.2019 - 5 StR 393/18, BGHSt 64, 135-146

BVerfG, U. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310

BVerwG, U. v. 02.03.2017 - 3 C 19/15, BVerwGE 158, 142-163

BVerwG, U. v. 28.05.2019 - 3 C 6/17, BVerwGE, ArztR 2019, 262-264

LG Deggendorf, B. v. 13.09.2013 - 1 Ks 4 Js 7438/11, GesR 2014, 487-488

OLG München, B. v. 31.07.1987 - 1 Ws 23/87, MedR 1988, 150-155

Anhang

Gesprächskonzept des narrativen Interviews zum präsuizidalen Entscheidungsprozess (modifiziert nach Rosenthal 2015: 170)

1. Erzählaufforderung *Einstiegsfrage*: „Wir interessieren uns für das individuelle Erleben von Suiziderfahrungen und die jeweils vorangegangenen Entscheidungsprozesse. Daher möchten wir Sie bitten, uns von Ihrer persönlichen Geschichte erzählen, all die Erfahrungen und Erlebnisse, die Ihnen dazu einfallen. Sie können sich dazu so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten. Wir werden Sie auch erst einmal nicht unterbrechen, uns nur einige Notizen zu Fragen machen, auf die wir später dann noch eingehen werden.“

2. Selbststrukturierte Haupterzählung *möglichst ohne Unterbrechungen; ggf. aktives Zuhören oder erzählgenerierendes Nachfragen*

3. Erzählinterner Nachfrageteil *Klärung inhaltsbezogener Fragen mit Aufforderung zum genaueren Erzählen*: Ansteuern von bestimmten Lebensphasen, Situationen, Erinnerungen, Argumenten, Phantasien, Zukunftsvorstellungen (vgl. Rosenthal 2015: 176).

4. Externer Nachfrageteil *Annäherung an einzelne Themenkomplexe des Forschungsinteresses*

5. Interviewabschluss „Gibt es noch etwas, was Sie uns gerne erzählen möchten? Haben Sie das Gefühl, richtig verstanden worden zu sein?“

Optionale Themenkomplexe zu Punkt 4.

a) Ziel und biographische Bedeutung des Suizids

- Können Sie beschreiben, wie Sie das Aufwachen im Krankenhaus erlebt haben? Haben Sie ein Gefühl der Entlastung verspürt? Taten sich neue Perspektiven für Sie auf?
- Könnten Sie uns erzählen, wie Sie es erlebt haben, als die Suizidgedanken zum ersten Mal auftraten? Waren sie dauerhaft vorhanden oder nur zeitweise konkret?

b) Rolle von Verzweiflung und seelischer Krisensituationen

- Erinnern Sie sich an konkrete Ereignisse und Veränderungen, die Ihre Entscheidung zum Suizid beeinflusst haben?
- Wissen Sie noch, wann und wie Sie festgestellt haben, dass Sie mit der momentanen Situation nicht mehr umgehen können? Oder haben Sie das eher als schleichenden Prozess erlebt, auf ihr gesamtes Leben bezogen?
- Können Sie sich erinnern, wie Sie sich unmittelbar vor Ihrem Suizidversuch gefühlt haben? Haben Sie Gefühle wie Panik, Verzweiflung oder aber Gleichgültigkeit und Erleichterung verspürt?

c) Wunsch nach einem anderen Leben, Alternativen zum Suizid

- Gibt es Menschen, die Sie von ihrem Suizidwunsch/ -versuch hätten abbringen können?
- Haben Sie Vorstellungen davon, ob und wie ein anderer Ablauf der Ereignisse/ Ihres Lebens zu einer anderen Entscheidung geführt hätte?
- Können Sie sich daran erinnern, sich Änderungen in Ihrem Leben gewünscht zu haben? Oder stand im Vordergrund, dass einfach nur etwas aufhören sollte?
- Haben Sie jetzt gerade das Gefühl, dass sich etwas verändert hat oder sich verändern wird?

d) Beziehungen zu anderen Menschen

- Zu welchen Menschen haben Sie besonders enge/ intensive Beziehungen? Was hätte Ihr Tod für diese Menschen bedeutet?
- Hätten Sie von Angehörigen Hilfe/Unterstützung beim Suizid erwartet, wenn Sie körperlich nicht selbst dazu in der Lage gewesen wären?

e) Stellenwert von Selbstbestimmung und Freiheit

- Welchen Stellenwert haben Unabhängigkeit (persönlich/wirtschaftlich/körperlich/geistig etc.) und Aktivität für Sie?
- Würden Sie sagen, dass Sie sich frei in Ihrer Entscheidung gefühlt haben? Wie beurteilen Sie dies rückblickend?
- Sind Sie dankbar für das Eingreifen oder hätte man Ihre persönliche Entscheidung respektieren müssen?

Auswertungsschema zur biographischen Fallrekonstruktion

(nach Rosenthal 2015: 202-229)

1. Analyse der biographischen Daten (Ereignisdaten)

- Handlungsprobleme und -optionen in der Vergangenheit
- ggf. Hypothesenbildung zu potentiellen Verläufen der Biographie (später: Gegenüberstellung mit den Selbstdeutungen und -erklärungen der Erzählenden)

2. Analyse der Selbstpräsentation („erzähltes Leben“)

- ist eine formale Strukturierung der Narration erkennbar? z.B. *Eröffnungssequenz, Hauptteil, zusammenfassende Deutung (Sinnggebung/ „Moral“?)*
- Rolle einzelner Erzählsequenzen im Kontext der gesamten Narration
warum wird eine Episode an einer bestimmten Stelle aufgeführt?
welche Bedeutung hat die Eröffnungssequenz?
welche Themenkomplexe stehen zueinander in Beziehung?
sind aus der formalen Strukturierung Rückschlüsse auf die lebensgeschichtliche Relevanz der einzelnen Sequenzen möglich?
- warum werden bestimmte Lebensphasen hervorgehoben oder weggelassen?
- welche Bereiche kommen erst im Nachfrageteil zur Sprache?
- es geht nicht um das Erleben zum Zeitpunkt des Ereignisses, vielmehr wird gefragt: Warum stellt sich der:die Biograph:in so und nicht anders dar?

3. Rekonstruktion der Fallgeschichte („erlebtes Leben“)

- subjektives Erleben in der Vergangenheit, Bedeutung der entsprechenden Ereignisse für die Biographie und deren Verlauf
- Vergleich mit der Selbstpräsentation
- Vergleich mit den gebildeten Hypothesen

4. Gegenüberstellung des Erlebens in der Vergangenheit mit der Selbstpräsentation in der Gegenwart

5. Typenbildung bestimmte Darstellungsweisen der eigenen Biographie bzw. der Haltung zu ihr aus der individuellen Entwicklung heraus

Danksagung

Ich möchte mich an erster Stelle bei den Patientinnen und Patienten Frau Dogan, Frau Schmidt, Frau Roth, Frau Färber, Frau Hamani, Herrn Schober, Herrn Bauer, Frau Paul, Herrn Ernst, Frau Wiland, Frau Ehrmann und Frau Jansen bedanken. Ihre Offenheit, zutiefst persönliche Gedanken mit mir zu teilen, war von unschätzbarem Wert für diese Arbeit und verdient meinen höchsten Respekt.

Nach dem Rückschlag durch den Tod meines Doktorvaters Prof. Gerrit Hohendorf hatte ich das Glück, dass sich Frau Prof. Alena Buyx bereit erklärte, in einer Zeit voller wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Herausforderungen trotz ihrer vielfältigen Verpflichtungen die Weiterbetreuung dieser Arbeit zu übernehmen. Sie ermutigte und unterstützte mich, das Projekt nach allen eingetretenen Komplikationen abzuschließen, wofür ich ihr außerordentlich dankbar bin.

Von besonderem Wert war für mich auch, dass Eva Kuhn sich voller Begeisterung und Tatkraft mit in das Projekt einarbeitete und mich durch ihre Hilfsbereitschaft und ihre Kollegialität, ihre Klarheit und ihre Kompetenz motivierte, Teile der Studie gemeinsam zu publizieren. Ihr danke ich von Herzen für diese Erfahrung und die schöne Zeit der Zusammenarbeit.

Die Durchführung der empirischen Studie wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung von Herrn Prof. Eyer und dem Team der toxikologischen Intensivstation des Klinikums Rechts der Isar. Ihnen danke ich für ihre Hilfe bei der Organisation der Interviews – allen voran Herr Prof. Zilker, der dabei half, die Studie ins Leben zu rufen und anfangs einige der Gespräche mitbegleitete und supervidierte.

Gerrit Hohendorf danke ich für seine fachliche Supervision und die langjährige persönliche Begleitung dieser Arbeit, für das richtige Maß an Orientierungshilfe und an Freiraum, meine eigenen Standpunkte zu entwickeln. Seine praktische Anleitung in der Anfangsphase dieser Arbeit sowie unsere vielen inhaltlichen Diskussionen haben mich jedes Mal ein Stück weiter vorangebracht. Seine Bemühungen, die Arbeit trotz seiner schweren Erkrankung zu Ende zu begleiten, werde ich nicht vergessen. Ich hoffe, einige seiner Gedanken in meinen Ergebnissen weitertragen zu können.