

Selbstmord – Selbsttötung – Suizid – Freitod.

Sozialwissenschaftliche und ideologiekritische Überlegungen

2013

Version 5

Einleitung	1
Theorien des Suizids	2
Definition des Suizids	2
Psychologische Theorien.....	2
Soziologische Theorien	3
Die „Leittheorie“ von Durkheim.....	3
Weitere sozialwissenschaftliche Theorien	5
Eine sozialwissenschaftliche Typologie des Suizids	6
Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Suizidraten.....	8
Traditionelle und moderne Selbstmordideologien	9
Suizid im interkulturellen Vergleich	10
Der moderne Expertendiskurs um den Suizid.....	11
Suizidforschung und die Gestaltung einer humanen Gesellschaft.....	13
Suiziddiskurse	16
Defizitorientierung und Expertenstatus.....	22

Der folgende Abschnitt ist eine veränderte Version einiger Textteile aus „Tod und Gesellschaft“ (2004).

Einleitung

Der erfolgreiche Suizid ist im Vergleich zu nicht-gewaltsamen Todesfällen ein seltenes Ereignis, für Männer häufiger eine Option als für Frauen. Es gibt sehr große Unterschiede der Suizidraten zwischen Staaten, Regionen und Gruppen (vgl. Värnik 2012). Litauen hat die höchste Suizidrate für Männer und Süd-Korea die höchste Rate für Frauen. Suizidgedanken treten so häufig auf, dass man sie auch als normal bezeichnen kann.

Der Suizid

- wird von Menschen als eine Problemlösung gesehen und
- gedeiht, wenn bestimmte Kompetenzen und ein suizidakzeptierender sozialer Kontext gegeben sind.

Eine derartige nüchterne Weise der Annäherung an den Suizid ist bei öffentlicher Thematisierung und auch in der Fachliteratur ungewöhnlich (vgl. zum Suizid als Problemlösung Baechler 1981; Gores 1981; Schmidtke 1987). Viele Experten und interessierte Laien werden wohl auch meinen, eine solche „Nüchternheit“ sei unangemessen vielleicht sogar gefährlich.

Im Folgenden versuche ich eine Betrachtungsweise des distanzierten Sozialwissenschaftlers zu realisieren, der gesellschaftliche Kommunikation beobachtet und erklärt, sich also zuerst nicht mit den selbstzerstörerischen Handlungen und ihren vielfältigen Ursachen direkt beschäftigt, sondern den gesellschaftlichen Umgang mit dem Suizid analysiert.

Der Diskurs über den Suizid wird aus dem Diskurs über das „normale“ Sterben meist ausgegliedert. Der Selbstmord wird als besonderes Ärgernis empfunden, als wunde Stelle gerade der modernen siegesgewohnten Kultur, auch als nationale Schande, wenn die Suizidrate im Vergleich zu Staaten der eigenen sozialen „Schicht“ als überhöht angesehen wird.

Nicht die Gesellschaft liefert wesentliche Erkenntnisse über den Suizid, sondern der Suizid „beleuchtet“ die Gesellschaft, schreiben Baudelot und Establet (2008, 7 ff). Sie meinen, dass gesellschaftliche Faktoren den individuellen Suizid, seine Ursachen und mikrostrukturellen Folgen, nur unzureichend erklären können. Dagegen sind Suizidraten bestimmter Gruppen nach Alter, Geschlecht, sozialer Schicht und anderen Merkmalen und ihre Veränderungen sehr aufschlussreich bezüglich sozialer Strukturen, des sozialen Wandels

und seiner Bedeutung. Warum bringen sich in China, und dort vor allem in ländlichen Gebieten, mehr Frauen als Männer um?¹

Die Säkularisierung, die Individualisierung, Zivilisierung und der Fortschritt der Medizin haben die gesellschaftliche Situation so weit geändert, dass immer mehr Menschen den Suizid in ihr Problemlösungsinventar einbeziehen.²

Theorien des Suizids

Definition des Suizids

Wahrnehmung, Definition, Beschreibung und Erklärung des Suizids sind dem historischen Wandel und den Gruppeninteressen unterworfen. So ist es nicht verwunderlich, dass sich die Experten schon über die Definition nicht einigen können (vgl. Baechler 1981; Shneidman 1985).

Durkheim (1893) bestimmte ihn 1897 folgendermaßen: „Man nennt Selbstmord jeden Todesfall, der direkt oder indirekt auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Opfer selbst begangen wurde, wobei es das Ergebnis seines Verhaltens im voraus kannte.“ (27)

Bei der Bestimmung von Suizid – wie bei jeder menschlichen Handlung – sollten viele Dimensionen berücksichtigt werden: der Grad der Bewusstheit, des Zwanges, der Autonomie, die zeitliche Festlegung, die Problemlage, die physische, psychische und soziale Situation usw.

Baechler versucht eine relativ einfache und doch umfassende Definition von Selbstmord zu geben: „Selbstmord bezeichnet jedes Verhalten, das die Lösung eines existenziellen Problems in einem Anschlag auf das Leben des Subjekts sucht und findet.“ (22) Für ihn ist das „suizidale Verhalten ... eine Antwort auf ein Problem“ (ebd.).

Nach Baechler kann der Suizid vollzogen oder symbolisch, direkt oder indirekt, aktuell oder tendenziell, absolut oder relativ, total oder partiell, beabsichtigt oder unbeabsichtigt, gezielt oder riskiert, erwählt oder erzwungen sein. Baechler hat elf Idealtypen von Selbstmorden konstruiert, die er in vier Kategorien einteilt:

1. Die Fluchttypen: Flucht, Trauer, Strafe oder Sühne
2. Die Aggressionstypen: Rache, Verbrechen, Erpressung, Appell
3. Die oblativen („darbringenden“) Typen (besser erscheint mir: altruistische Typen im Anschluss an Durkheim): Opfer, Passage (Übergang in einen anderen besseren Zustand)
4. Die Spieltypen: Ordal (Gericht), Spiel.

Die Definitionsdiskussionen der Wissenschaftler werden in einem Sonderfeld geführt, das auf die soziale, rechtliche und medizinische Realität kaum einen Einfluss hat. Im Rahmen der modernen Gesellschaftssysteme neigen viele zu einer Definition, bei der die Freiheit des Individuums von kollektiven Zwängen oder überhaupt von Fremdzwang entscheidend ist für die Einordnung als Suizid. Eine solche Grundlagenideologie für entsprechende Definitionen ist für viele Kulturen und vergangene Gesellschaftssysteme unüblich gewesen. Ob das Leben eines Menschen im Dienste allgemeiner gesellschaftlicher oder kultureller Funktionen über ein individuell befreites Bewusstsein oder über ein kollektiv versklavtes Bewusstsein geopfert wird, wird von den meisten Menschen der Industriestaaten als bedeutsamer Unterschied angesehen, doch in anderen Kulturen wurden andere Prioritäten gesetzt.

Psychologische Theorien

Auf psychologische Theorien des Suizids kann hier nur kurz eingegangen werden. Es gibt verschiedene psychoanalytische Erklärungen für Suizide. Wenn der Ärger gegen eine geliebte Person, die einen verlassen hat, nicht geäußert werden darf, wendet sich nach *Freud* diese negative Energie gegen sich selbst. Freud bot in späteren Schriften noch eine weitere Erklärung an, er stellte dem Lebenstrieb (Eros) den Todes- oder Aggressionstrieb gegenüber. Aggressionshemmungen treten durch die Sozialisation vor allem im Rahmen der modernen Kultur häufig auf (Elias 1976). Es wird ein Über-Ich (Gewissen) ausgebildet, das Aggressivität mit Schuldgefühlen bestraft. Die Aggression kann sich gegen das Selbst wenden, selbstzerstörerisch wirken. Negative Affekte gegen Liebesobjekte werden verdrängt und durch Introjektion auf das eigene Ich gelenkt.

¹ Doch die Suizidrate der chinesischen Frauen liegt unter der der französischen oder deutschen.

² Dieses Problemlösungsinventar gilt für die meisten nur in extremen Notfällen, so dass zwar Suizidgedanken immer wieder auftauchen, jedoch ein vollzogener Suizid sehr selten ist.

Neopsychoanalytische Erklärungen betonen narzißtische Störungen (stark verunsichertes Selbstwertgefühl) als Suizidursache, die durch schwere Kränkungen, Misserfolge und Konflikte entstehen können (Henseler 1974).

Lerntheorien können ebenfalls herangezogen werden. Vor allem wurde die Imitation von Suiziden, über die in Massenmedien berichtet wurde, untersucht (Phillips 1974; Schmidtke/Schaller 2000), ein Phänomen, das schon früher unter dem Namen „Werther-Effekt“ diskutiert wurde.

Die Versuche, eine spezifisch „*suizidale Persönlichkeit*“ zu entdecken, haben zu keinen allgemein anerkannten Erkenntnissen geführt (vgl. Pohlmeier 1983; Wellhöfer 1981; Linehan et al. 2000) Allerdings wurden Persönlichkeitseigenschaften, wie Impulsivität, gefunden, die in Kombination mit anderen Faktoren die Suizidwahrscheinlichkeit erhöhen (Williams/Pollock 2000, 81 f).

Schmidtke (1987) schlägt ein *verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell* des Suizids vor. Die Person versucht, durch den Suizid die Probleme, die sie gemäß situativer Bedingungen und ihres Verhaltensrepertoires konstruiert, zu lösen.

Erlemeier (1992) betrachtet den Suizid im Rahmen eines *Stressbewältigungsmodells* (Coping-Verhalten). Kritische Lebensereignisse im Zusammenspiel mit Persönlichkeitseigenschaften und dem sozialen Umfeld (soziale Unterstützung) bestimmen die Wahrscheinlichkeit, Suizid zu begehen.

Verlust der Eltern, chronischer Liebesentzug und Persönlichkeitseigenschaften wie Depressivität, negatives Selbstkonzept und Passivität, werden mit Suizidneigung in Zusammenhang gebracht. Verschiedene Studien zeigen, dass Suizidenten eine höhere Stressbelastung aufweisen als vergleichbare Gruppen, doch vor allem dass ihre Fähigkeiten zur normalen Stressverarbeitung geringer ausgeprägt sind. Zusätzlich kommen oft noch Faktoren hinzu, die die Anfälligkeit gegenüber Belastungen erhöhen: hohes Alter³, Drogen- und Medikamentenmissbrauch (vgl. Amelang 1986, 381 ff).

Ein rein psychologisches oder medizinisches Modell der Erklärung von Suizidhandlungen oder gar Suizidraten ist auf jeden Fall einseitig und ideologiefördernd, da es sich um gesellschaftliche multidimensionale Ereignisse handelt.

Wenn z.B. in einem bestimmten Gesellschaftstyp hauptsächlich depressive Personen Suizid begehen, kann daraus nicht geschlossen werden, dass unter allen oder den meisten kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen depressive Personen das Hauptkontingent unter Selbstmördern stellen werden. Vor allem kann nicht einfach geschlossen werden, dass Depression die Hauptursache von Suizid ist. Es können ja andere Faktoren sein, die sowohl Depressionen als auch Suizidhandlungen „bewirken“. In der Regel handelt es sich um ein hochkomplexes Netzwerk von wirkenden Faktoren, die zu selbstzerstörerischen Handlungen führen.

Soziologische Theorien

Die meisten soziologischen Suizidtheorien kann man drei Typen zuordnen:

- Eine makrosoziologische, meist funktionalistische oder systemtheoretische Betrachtungsweise, die von Durkheim ausgeht.
- Eine mikrosoziologische, in einem weiten Sinn symbolisch-interaktionistische Betrachtungsweise, z.B. Douglas 1967, Baechler 1981.
- Die dritte Sichtweise kann man als wissenssoziologische, ideologiekritische und wissenschaftssoziologische Perspektive bezeichnen (vgl. Feldmann 1998c).

Die Sozialwissenschaften sind in den großen europäischen Nationalstaaten in der Nachfolge der Aufklärung entstanden, sie lösten sich schrittweise von den primär normativen, moralisierenden, christlichen Betrachtungen des Suizids und wandten sich gemäß nationalistischen Interessen folgenden Fragestellungen zu: Warum steigen die Suizidraten? Wie sind die Unterschiede in den Raten innerhalb von Staaten und anderen Großkollektiven zu erklären? Im 19. Jahrhundert wurden vor allem folgende Ursachen genannt und geprüft: Klima, Rasse, Erbfaktoren, psychische Erkrankungen, Religionszugehörigkeit. Durkheim versuchte – wobei sein Interesse auf die Etablierung der Soziologie als Universitätswissenschaft gerichtet war – in seinem berühmten Werk „*Le suicide*“ (1897) die nicht-soziologischen Erklärungen zu widerlegen und die Suizidraten als bedeutsame Indikatoren für den Zustand einer Gesellschaft und für den sozialen Wandel herauszustellen.

Die „Leittheorie“ von Durkheim

Die nach wie vor bedeutsamste und grundlegende soziologische Theorie des Suizids stammt von Durkheim (1983).

³ Erlemeier (2002, 49) berichtet aus den Ergebnissen einer Berliner Studie: „Für 15 % der Population über 70 Jahren ist das Leben nicht mehr lebenswert und 5 % äußern den Wunsch, tot zu sein.“

Integration in der Gruppe oder Gesellschaft und Grad der *Normierung* sind die beiden wesentlichen sozialen Dimensionen, die nach Durkheim die Suizidhäufigkeit beeinflussen, wobei jeweils extreme Ausprägungen dieser Merkmale verstärkend oder auslösend wirken.

Durkheim unterscheidet 4 Typen des Suizids:

- *egoistischer S.*: bei zu schwacher Integration (Trennung des Individuums vom Kollektiv),
- *altruistischer S.*: bei zu starker Integration (Selbstaufopferung für das Kollektiv)
- *anomischer S.*: bei Normschwäche und -labilität (mangelhafte gesellschaftliche Kontrolle der Bedürfnisse),
- *fatalistischer S.*: bei überstarken Normzwängen (gesellschaftliche Unterdrückung der Bedürfnisse).

Die Zunahme des egoistischen Suizids in Industriestaaten ist nach Durkheim (1983, 239) auf „das Nachlassen der sozialen Bindungen, eine Art kollektiver Asthenie, sozialen Kränkeln“ zurückzuführen. Zentral für seine Argumentation ist die Integration oder Einbindung des Individuums in die Gesellschaft, das Kollektiv und seine Bezugsgruppen.⁴ Wenn diese Integration schwach ist, dann steigt die Wahrscheinlichkeit des Suizids für das Individuum, z.B. bei Menschen, die allein leben, sich einsam fühlen und Kontaktschwierigkeiten haben (egoistischer S.). Wenn die Integration übermäßig stark ist (z.B. in radikalen fundamentalistischen Gruppen), dann steigt ebenfalls die Wahrscheinlichkeit des Suizids (altruistischer S.), der dann freilich anders bezeichnet wird, z.B. als Opfer- oder Märtyrertod oder von Gegnern als Selbstmordattentat. Integration ist hierbei vor allem an der Häufigkeit, Intensität und ideologischen Geschlossenheit der Interaktionen innerhalb von Gruppen bzw. Gemeinschaften ablesbar.

Zentrale traditionelle Institutionen zur Pflege und Erhaltung der Integration sind die Familie und die Religion. Durkheim analysierte die „Schutzfunktion“ der *Religion* gegenüber Selbstdestruktion, wobei drei Faktoren unterschieden werden können: gemeinsame Werte, intensive positive Interaktion und starke soziale Bindungen. Er stellte fest, dass die Suizidraten von Katholiken und Juden (in manchen europäischen Regionen im 19. Jahrhundert) geringer waren als die von Protestanten. Als Ursache für diese Unterschiede gab Durkheim die „soziale Tatsache“ an, dass Katholiken stärker in die Gemeinschaft integriert sind und dass Protestanten eher religiöse Individualisten sind und die institutionelle Integration durch ihre Religionsgemeinschaft schwächer ist.

Diese generalisierenden Annahmen Durkheims über die Suizidraten von Protestanten, Katholiken und Juden können aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse nicht mehr aufrechterhalten werden (vgl. Bainbridge/Stack 1981; Breault 1986; Pescosolido/Georgianna 1989; Baudelot/ Establet 2008, 191 f).

Eine weitere zentrale Institution stellt für Durkheim die *Familie* dar. Für Durkheim ist die Verkleinerung der Familie, die bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts feststellbar war, eine Gefahr. Außerdem kritisiert er die Kurzlebigkeit der Kleinfamilie; sie erstreckt sich häufig nur mehr über eine Generation. Obwohl die Argumentation von Durkheim Schwächen zeigt, ist die grundlegende Annahme des Lebensschutzes durch integrative Familienstrukturen immer wieder durch Untersuchungen bestätigt worden (Vgl. Lester 1983, 48; Conklin/Simpson 1987). Die in Familien stärker integrierten Mitglieder haben geringere Suizidraten als die schwächer integrierten. Geschiedene haben die höchsten Suizidraten, gefolgt von Ledigen und Verwitweten. Verheiratete Personen mit Kindern sind nach Durkheim am besten geschützt und haben auch tatsächlich die niedrigsten Raten (vgl. Cantor 2000, 21f). Neuere Studien bestätigen die Annahme von Durkheim, dass die Ehe für Männer einen stärkeren Schutz vor selbstdestruktivem Verhalten bietet als für Frauen (vgl. Stillion 1985, 88; Baudelot/ Establet 2008, 192).

Die Schwäche oder Defizienz im Wert- und Normsystem einer Gesellschaft hat Durkheim zum Anlass eines eigenen Suizidtyps genommen, des *anomischen S.*, wobei die gesellschaftliche Regellosigkeit, Normschwäche oder -inkonsistenz auf die betroffenen Individuen durchschlägt.

Anomie, also Normabschwächung, bezieht sich auf Entwicklungen in der Sozialstruktur, welche die Dauer und Stabilität sozialer Beziehungen stören, die zu starkem Wandel von Positionen und Rollen beitragen, in denen Ziele und Mittel, Werte und Normen umdefiniert werden. Anomie ergibt sich etwa in Zeiten wirtschaftlicher Krisen, aber auch plötzlichen wirtschaftlichen Aufschwungs, in Beschäftigungsbereichen mit hoher Fluktuationsrate, in Wohngebieten mit überdurchschnittlich vielen Zu- und Wegzügen etc. (Welz 1979).

Die Basiskonzeption der Anomietheorie beruht ähnlich funktionalistischen Theorien auf der Annahme eines in einem dynamischen Gleichgewicht befindlichen Systems von Werten, Normen und Institutionen (vgl. Merton 1938).

Die dahinterstehende *anthropologische* Konzeption sei kurz skizziert: Die Bedürfnisse der Menschen sind offen und müssen folglich gesellschaftlich geregelt werden. Sie werden im Rahmen gesellschaftlicher Positionen und Rollen definiert. Wenn ein zu schneller sozialer Auf- oder Abstieg erfolgt, ergeben sich

⁴ Da sich die gesellschaftlichen Verhältnisse in den vergangenen hundert Jahren gravierend verändert haben, muss auch der Integrationsbegriff überdacht werden. Heute sind teilweise viele schwache Beziehungen zu Personen, die unterschiedlichen Gruppen und Räumen angehören, beruflich und privat stabilisierender als wenige starke lokale clanorientierte Beziehungen (vgl. Bille-Brahe 2000, 203).

Diskrepanzen zwischen Erwartungen und realen Möglichkeiten. Die Personen versuchen, diese Diskrepanzen und psychischen Spannungen zu reduzieren, wobei Suizidhandlungen eine Problemlösung darstellen.

Es ergeben sich Schwierigkeiten bei diesen Modellannahmen, z.B. sind moderne Gesellschaften nicht mehr durch einfache konsistente Wert- und Normsysteme gekennzeichnet und verschiedene Subsysteme sind relativ autonom. Es kommt zu Rollenkonflikten, gerade wenn die Normen und Erwartungen in einem Teilsystem besonders stark geregelt sind, also wenn nach Durkheim dieses Subsystem keine anomischen Züge trägt.

Nach Durkheims Ansicht hielten Standes- oder Kastengesellschaften die Begierden der Menschen in Zaum. „In normalen Zeiten wird die Kollektivordnung von der großen Mehrheit der ihr Unterworfenen als gerecht angesehen.“(287) Durch die Erosion der Standes- und Klassengrenzen, die zunehmende Mobilität der Bevölkerung, die Möglichkeit, Status anders als durch soziale Herkunft zu erwerben, entsteht immer häufiger ein Ungleichgewicht der sozialen Kräfte; Deklassierung, Erwartungsenttäuschung und der Statuskampf der Individuen verschärfen sich.

„Alle Klassen sind dem ausgesetzt, weil es keine abgegrenzten Klassen mehr gibt.“(289) Die Anerkennung des „Dogmas vom wirtschaftlichen Materialismus“ und die Anspruchsinflation führen jedoch für viele zu Krisen und Ohnmachtsgefühlen. „... die Müdigkeit allein kann schon die Entzauberung bringen, denn auf die Dauer muß die Nutzlosigkeit dieser Jagd ohne Ende offenkundig werden.“(293)

Nach Durkheim sind es vor allem Krisen im Wirtschaftsbereich, die zu Anomie und dadurch zu selbstdestruktiven Tendenzen je nach Grad der Beteiligung an diesen Wirtschaftsprozessen führen. Die meisten Forscher in der Nachfolge von Durkheim haben sich auf den anomischen Selbstmord konzentriert und vor allem die im Wirtschaftssystem liegenden Ursachen untersucht. Wirtschaftswachstum und Arbeitslosigkeit sind die am häufigsten genannten Ursachen (Platt/Hawton 2000; Stack 2000, 21).

Weitere sozialwissenschaftliche Theorien

Parsons und Lidz (1967) haben den Suizid im Anschluss an Durkheims Typologie erörtert. Gemäß dieser *funktionalistischen* Perspektive wird der Suizid von einem gesellschaftlichen Standpunkt als unnötiger, vorzeitiger und vermeidbarer Tod angesehen, d.h. es wird soziale Kontrolle zur Suizidvermeidung eingesetzt. Parsons und Lidz sprechen von einer „Tragödie“, d.h. sie weisen auf das Dilemma, dass einerseits das Selbstbestimmungsrecht des Individuums und andererseits die gegen die Selbsttötung gerichteten Werte der Gesellschaft aufeinanderstoßen.⁵

Gerade in einer Kultur, die in bisher einmaliger Weise eine Individualisierung auf Massenbasis nicht nur zugelassen, sondern gefördert hat, ist das Individuum auch besonders wertvoll – so wertvoll, dass – nach Meinung mancher Lebensschützer – die Verfügungsgewalt nicht der individuellen Willkür überlassen werden soll (!?).

Zentrale Aspekte dieses Individuums, vor allem die Verfügung über Leben und Tod, werden vom Staat „verwaltet“ bzw. auch von Religionsgemeinschaften: manifestiert durch die Werte „Heiligkeit des Lebens“ oder „Schutz des Lebens“ (vgl. Feldmann 1998c, 8 f). Dieser interne Kulturkonflikt in der Konstruktion von Individualität wird durch öffentliche kontroverse Diskurse über Suizid oder aktive Sterbehilfe manifest.

Nach Douglas (1967) ist der Suizid ein Produkt von Interaktionen und wechselseitigen Interpretationen der beteiligten Personen, eine Handlung, die der Suizident mit Sinn belegt, den der Sozialwissenschaftler rekonstruieren muss – ein *symbolisch-interaktionistischer* Ansatz. Douglas nennt als fundamentale Bedeutung selbsterstörerischer Handlungen für das Individuum die Möglichkeit der Transformation des (eigenen und/oder eines anderen) substantiellen Selbst. Nicht immer steht die eigene Transformation im Zentrum. Die Selbsttötung kann ein Mittel sein, um in anderen eine Transformation zu bewirken, z.B. Reue, Angst, Verzweiflung, Verlust des Gesichts. Douglas (1967, 328) gibt als die typische allgemeine Ursache für Suizidhandlungen einen plötzlichen großen persönlichen Verlust an. Am bedeutsamsten ist der Verlust einer signifikanten Bezugsperson oder eines Teils der sozialen oder persönlichen Identität der Person. Ein Beziehungstod, realer physischer Tod, psychisches oder soziales Sterben sind also zentrale Ursachen für selbsterstörerisches Handeln.

Baudelot und Establet (2008) haben ein interessantes Werk über den Suizid publiziert, aus dem einige wichtige Erkenntnisse hier mitgeteilt werden.

⁵ "The main theme of this individualism is not permissiveness for self-indulgence but a sense of mission and obligation to act with maximum responsibility in contributing to the good society." (Parsons/Lidz 1967, 163)

Die Suizidraten in armen unterentwickelten Ländern sind niedriger als in reichen hochentwickelten Ländern. Doch Armut „schützt“ nicht! In den reichen Ländern sind die Suizidraten der ärmeren und sozial benachteiligten Gruppen eindeutig höher als die der wohlhabenden und privilegierten. Die reichen Bundesstaaten der USA haben geringere Suizidraten als die armen Bundesstaaten.

In den beiden riesigen sich ökonomisch in den letzten beiden Jahrzehnten sehr positiv entwickelnden Staaten China und Indien sind die Suizidraten gestiegen, und vor allem in den Gruppen, die ökonomisches und kulturelles Kapital gewonnen haben⁶. Dies könnte als Bestätigung für Annahmen von Durkheim angesehen werden: Modernisierung und Ökonomisierung begünstigen Individualisierung und Individualisierung verstärkt Suizidalität.

Allerdings sind die Suizidraten in den hochentwickelten Ländern trotz ökonomischen Wachstums, verbesserter Bildung und steigendem Wohlstand der meisten Bürger im 20. Jahrhundert in der Regel gefallen. Die Individualisierung hat sich in diesem Zeitraum jedoch prächtig weiterentwickelt.

Im Durchschnitt haben Staaten, in denen „traditionelle religiöse Werte“ eher vertreten werden als Staaten mit „modernen säkularen Werten“ geringere Suizidraten, doch wenn man etwa die USA, einen Staat der „traditionellen religiösen“ Kategorie mit Deutschland, Norwegen und Dänemark, Ländern der „modernen säkularen“ Kategorie, vergleicht, ist kein signifikanter Unterschied festzustellen.

Trotz der Studien vieler Sozialwissenschaftler eröffnen sich bei der Analyse von Suizidraten ständig neue Probleme und Fragen. Warum sind die Suizidraten zwischen 1960 und 2000 in Frankreich zuerst gestiegen und dann wieder gefallen, jedoch höher als 1960 geblieben, während Deutschland in diesem Zeitraum einen erstaunlichen 40-prozentigen Abfall der Suizidraten erfuhr? Baudelot und Establet nennen mögliche Ursachen: bessere Übergänge zwischen Schule und Beruf, geringere Arbeitslosigkeit für junge Menschen, geringere Einkommensungleichheit. Doch all diese Argumente überzeugen nicht so richtig, da sie im Vergleich zwischen anderen Staaten sich teilweise nicht bewähren.

Viele Daten bestätigen folgende These: *Wenn bestimmte gesellschaftliche Bereiche, z.B. agrarische Tätigkeit oder Arbeit in bestimmten Industrien, entwertet werden, d.h. die Menschen arbeitslos und/ oder aus ihren Habitaten getrieben werden, dann steigt in diesen Gruppen die Suizidrate.*

Sozialer Aufstieg kann unter bestimmten Bedingungen die Suizidrate hochtreiben: Frauen, die über einen Hochschulabschluss eine professionelle Position erringen, denen es jedoch nicht gelingt, einen festen Partner zu gewinnen, sind gefährdet. Hierbei ist noch die Art der Position bedeutsam: Arzt- und Pflegeberufe sind besonders psychisch belastend.

Bei all diesen Überlegungen ist immer zu bedenken: Selbst wenn die Suizidrate in einer Gruppe überdurchschnittlich hoch ist, bleibt die Wahrscheinlichkeit für eine einzelne Person, Suizid zu begehen, gering.

Eine sozialwissenschaftliche Typologie des Suizids

Zuletzt stelle ich eine eigene Typologie des Suizids vor, die als Grundlage für eine Theorie dienen könnte. Der Suizid wird fast immer von der Diskussion des „normalen Sterbens“ abgespalten, als wäre er ein völlig eigenständiger Bereich mit einem „eigenen“ Tod. Hier soll auf diese Verbindung mehr Wert gelegt werden.

Während Durkheim hauptsächlich Mangelzustände, vor allem ein Defizit an Normierung oder Integration, als Ursachen des Suizids herausstellt und auch die Statusinkonsistenztheorie und Ansätze der Subsumption des Suizids unter abweichendem Verhalten eine sozial-negative Sichtweise hervorheben, wird in der von mir vorgeschlagenen Kategorisierung nach positiven bzw. neutralen gesellschaftlichen Orientierungen unterschieden. Die Typologie geht mehr von einem Weber'schen und Parsons'schen (vgl. Parsons/Fox und Lidz 1973; Feldmann 1995a, 147) als von einem Durkheim'schen Theoriemodell aus.

In den zentralen gesellschaftlichen Subsystemen oder Institutionen können folgende Orientierungsmuster identifiziert werden:

- in der Politik und Religion normative Orientierungen,
- in Wissenschaft und Bildung kognitive Orientierungen,
- in der Wirtschaft und Technik instrumentelle Orientierungen und
- in der Kunst und in den Medien expressive Orientierungen.

Entsprechend diesen grundlegenden Orientierungsmustern können Todes- und Suizidkonzeptionen konstruiert werden:

⁶ Die Suizidraten sind in China und Indien jedoch noch immer gering verglichen mit dem EU-Durchschnitt oder gar Staaten wie Russland, Ungarn oder Finnland.

1. Der *normative Suizid*: Er wird häufig als altruistischer oder sozialer Suizid bezeichnet. Er kann durch einen expliziten oder impliziten sozialen Todesbefehl verursacht werden. Die betroffene Person fühlt sich gezwungen, den Suizid zu vollziehen. In Japan, im römischen Reich und auch in der europäischen Kultur (z.B. für entdeckte Verräter in hohen Positionen) war Suizid unter bestimmten Bedingungen, z.B. Verlust der Ehre, für Angehörige eines Standes oder einer Gruppe die vorgeschriebene Norm. Normative Anteile an Suizidhandlungen sind auch in modernen Gesellschaften anzunehmen. Der ökonomische und soziale Erfolg wird allgemein als notwendig angesehen. „Spitzenverlierer“⁷ erhalten implizite Selbstvernichtungsbefehle. Verlierer wird man durch ökonomische, berufliche, familiäre, gruppenbezogene und körperliche Verluste – und durch die kulturelle und soziale Begünstigung des Prinzips: Winner takes all. Schon Parsons und Lidz (1967, 165) haben vermutet, dass es in einem großen Teil der „normalen“ Todesfälle Suizidanteile gibt (vgl. Feldmann 1995a, 166).

2. Der *instrumentelle Suizid*: Er dient als Mittel, um bestimmte Ziele (Rache, Aggression, ökonomische Vorteile für Familienmitglieder etc.) zu erreichen. In modernen Gesellschaften ist er eher selten, da aufgrund des stark entwickelten Individualismus selten Ziele eine solche Dominanz haben können, dass das Individuum seine eigene Selbsterstörung riskiert. Allerdings findet eine zunehmende Instrumentalisierung und Medikalisierung des Körpers statt, wodurch auch die Ich- und Seelenkonstruktionen sich verändern (vgl. Feldmann 1998b). Ein moderner instrumenteller Suizid kann die Zerstörung des eigenen Körpers anstreben, um das Ich oder die Seele vor einer unwürdigen Existenz zu bewahren. Doch solche Konzeptionen können auch dem Typ des kognitiven oder rationalen Suizids zugeordnet werden.

3. Der *kognitive oder rationale Suizid*: Eine Person, die sich in einem psychischen, sozialen oder physischen Sterbeprozess befindet, kann einen subjektiven Standard für die eigene Lebensqualität setzen. Ein Teil der sogenannten Bilanzselbstmorde kann dazugezählt werden. Ein Beispiel: Ein alter Mensch, der unheilbar an Krebs oder einer gehirnerstörenden Krankheit leidet, es mit seinen Vorstellungen von Identität und Lebensqualität nicht vereinbaren kann oder will, dass er langsam und qualvoll zugrunde geht, bringt sich um. Um den Begriff „Rationalität“ wird jedoch gesellschaftlich gekämpft. Experten, z.B. Mediziner oder Suizidologen, verabsolutieren ihre Wirklichkeits- und Rationalitätskonstruktionen und bezeichnen das eigenständige Denken und Handeln von Suizidenten als „irrational“ und krankhaft.⁸

4. Der *expressive Suizid*: Es handelt sich in der Regel um starke Affekte, z.B. enttäuschte Liebe, die zu Suizidhandlungen dieses Typs führt. Die Affektzähmung und der damit verbundene hohe Bildungsstand in der Bevölkerung sind freilich in modernen Gesellschaften, wie schon gesagt, weit fortgeschritten, so dass dieser Suizidtyp wahrscheinlich anteilmäßig abgenommen hat.⁹

Zusätzlich zu dieser Typologie kann man noch die Stärke der *interaktiven Komponente* einbeziehen. Hauptkriterium ist der Grad der Fremdbestimmung; bei stark interaktiven Suiziden handelt es sich teilweise um Grenzfälle zwischen Mord bzw. Fremddestruktion und Suizid. Zweifellos ist auch ein interaktiver Suizid auf Diskursbasis denkbar, bei dem gleichzeitig Selbst- und Fremdbestimmung eine Steigerung erfahren.

Ein Beispiel für einen interaktiven Suizid mit (höchstwahrscheinlich) hohem Grad an Fremdbestimmung: Eine Frau war seit 20 Jahren chronisch krank und wurde von ihrem Mann gepflegt. Doch der Mann äußerte immer häufiger, dass ihm die Pflegerolle auf die Nerven ginge und beschuldigte seine Frau, dass sie sein Leben einschränke. Er kaufte ein Gewehr mit der Begründung, es hätte in der Nachbarschaft einige Einbrüche gegeben. Er ließ das geladene Gewehr immer in einem Schrank, der in Reichweite der bettlägerigen Frau stand. Nach einer heftigen Auseinandersetzung ging er zur Arbeit und die Frau erschoss sich in seiner Abwesenheit (vgl. Taylor 1982).

Der normative Suizid ist – wenn man nur die offizielle Normierung betrachtet – in modernen Gesellschaften unbedeutend. Doch das „heimliche Curriculum“ kann Sterbebefehle oder „Todesurteile“ aussenden. Da der normale, produktive, gesunde und selbstbewusste Mensch als Idealtyp gilt, ist bei krasser Abweichung von dieser Normalität und entsprechender Stigmatisierung eine „innere Stimme“, die die eigene Vernichtung als funktional oder wünschenswert erklärt, durchaus plausibel.

„Suizidale Handlungen vollziehen sich meist so, wie sie sich vollziehen sollen. Es gibt ungeschriebene normative Skripte für solche Handlungen. Ich versuche, ein dominantes Skript zu rekonstruieren:

⁷ „Spitzenverluste“ sind z.B. der Tod des eigenen Kindes oder die Identifikation eines hochrangigen Bürgers als Verbrecher.

⁸ Ringel (1953), dessen Theorie lange Zeit großen Einfluß ausübte, bezeichnete Suizidenten als unreif und asozial.

⁹ Dem widerspricht Bronisch (1995, 120): „Die empirische Forschung hat gezeigt, dass Suizid und Suizidversuch meist Impulshandlungen darstellen.“

1. Du bist ‚schlecht‘ und deshalb musst du dich schlecht fühlen. Du musst dir deine Situation als aussichtslos vorstellen.
2. Du sollst es anderen nur indirekt mitteilen, dass du demnächst das Spiel spielen wirst.
3. Die anderen dürfen nicht direkt mitspielen. Du musst es schon allein machen, sonst wirst du und wird der direkt Mitspielende bestraft. Wenn du schon den verwerflichen Akt des Suizids vollziehen willst, dann darfst du es nur als ‚homo clausus‘, d.h. die Taue zu anderen sind gekappt.
4. Du kannst anderen Zufallsrollen zuweisen, d.h. du gibst ihnen und dir Chancen, dass eingegriffen wird.“ (Feldmann 1998c, 12)

Der rationale oder kognitive Suizid hat an Bedeutung gewonnen, begünstigt durch Individualisierung, Verwissenschaftlichung, verbesserte Bildung, gestiegene Erwartungen und eine Rationalisierung vieler Lebensbereiche.

Durch die Abnahme sozialer Kontrolle z.B. für junge Menschen, den zunehmenden Widerstand gegen die abendländische Affektzähmung und somit durch die gleichen emanzipatorischen Prozesse, die den rationalen Suizid begünstigen, werden die Chancen für expressive selbsterstörerische Handlungen erhöht (z.B. in Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum).

Der interaktive Suizid wird zunehmend ins Blickfeld gelangen, da er mit Euthanasie und Sterbehilfe und auch mit der Forderung, zu Hause zu sterben, in Beziehung steht.

Trotz der in der westlichen Kultur geltenden impliziten Interaktionsverbote vollziehen sich suizidale Handlungen immer in Interaktionskontexten (vgl. Feldmann 1998c, 13).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Suizidraten

Nach wie vor ist in der Mehrzahl der Fälle die männliche Rolle durch starke Konkurrenzhaltung, Unabhängigkeit, Bereitschaft zur Dominanz, Härte und emotionale Unempfindlichkeit gekennzeichnet. Damit erhöht sich im Durchschnitt jedenfalls für Männer das Todesrisiko in fast allen Gesellschaftsbereichen und Situationen.

Männer begehen in fast allen Staaten häufiger erfolgreich *Suizid* (nicht Suizidversuche!) als Frauen und verwenden effektivere Mittel (Schusswaffen, Aufhängen etc.). Im Durchschnitt ist die Suizidrate von Männern mehr als dreimal so hoch als die von Frauen (Daten von 78 Staaten im Jahre 1995).

Durkheim meinte, Integration in Gruppen sei ein zentraler Faktor zur Verhinderung von Suizid (und sonstigen Todesgefahren). Frauen generell und Frauen mit Kindern im besonderen sind eher in Solidaritätsnetze und in ein Netz von Beziehungen zwischen den Generationen eingebettet, was wahrscheinlich selbstmordverhindernd wirkt. Diese Kennzeichnung des Lebens von Frauen trifft im großen und ganzen auch in den hochentwickelten Staaten heut noch zu.

Die gestiegene Berufstätigkeit von Frauen führt nicht generell zu einer Erhöhung der Suizidraten. Stack (2000, 27) meint sogar, dass die zunehmende Emanzipation und Berufstätigkeit der Frauen sich eher für einen Teil der Männer ungünstig auswirke, d.h. die in einer solchen Phase des wirtschaftlichen Wandels in den USA gestiegene Suizidrate könnte eine „Folge“ dieser Situation sein, die für die betroffenen Männer zu Status- und Stressproblemen geführt habe.

Die höhere Suizidrate von alten Männern im Vergleich zu alten Frauen wird u.a. dadurch erklärt, dass der männliche Wunsch nach Macht, Autorität und Selbstkontrolle mit zunehmendem Alter immer weniger erfüllt werden kann und der relative Statusverlust von alten Männern im Vergleich zu alten Frauen größer ist.

Ein interessanter abweichender Fall ist China (vgl. Baudelot/ Establet 2008, 165 ff). In Chinas ländlichen Gebieten töten sich signifikant mehr Frauen als Männer. Die jungen Frauen stehen unter starkem sozialen Druck: Sie müssen im Haus des Mannes unter der Kontrolle der dort herrschenden fremden Personen arbeiten und sollen einen männlichen Erben produzieren (staatliche Ein-Kind-Norm!). Außerdem ist im Gegensatz zur abendländischen Kultur der Suizid ideologisch und mythisch anders verankert. Eine Person, die Suizid begangen hat, kann als Geist mächtig auf die Überlebenden einwirken. In den chinesischen Städten, in denen sich die Rolle der Frau stark gewandelt und der Einfluss der Tradition abgeschwächt hat, sind die Suizidraten der Frauen auf das Niveau der Männer abgesunken. Wie schon gesagt, sollte man zusätzlich berücksichtigen, dass die Suizidraten in China signifikant unter den Raten großer europäischer Staaten wie Frankreich und Deutschland liegen.

Traditionelle und moderne Suizidideologien

Die Kulturgeschichte des Suizids ist so widersprüchlich wie die Werte, Normen, Bräuche und Verlaufsformen der Kulturen. Ökonomische, politische, moralische, philosophische und ästhetische Gedankensysteme wurden und werden zur Verurteilung oder Rechtfertigung des Suizids herangezogen. In manchen Religionen wurden sozial kontrollierte Formen des Sterbens als positive Möglichkeiten des Handelns anerkannt, z.B. in Religionen, die eine Trennung von Körper und Seele annahmen und den Körper als Gefängnis, Störung oder anderweitig negativ ansahen (z.B. Buddhismus).

Manche griechischen und römischen Denker und Dichter rechtfertigten Formen des Suizids (Kyniker, Stoiker, Epikuräer). Im römischen Reich wurde er von vielen Mitgliedern der Oberschicht und Intellektuellen als soziale Lösung in folgenden Fällen anerkannt (vgl. Marks 2003, 310 f):

- um die Ehre zu retten,
- um Schmerz und Schande zu vermeiden,
- im Zustand extremer Trauer um eine geliebte Person und
- als patriotische Handlung.

Dagegen dominierte in den christlichen Ländern des Mittelalters und auch der Neuzeit eine stark ablehnende Haltung gegenüber der Selbsttötung, die eine soziale und kognitive Differenzierung der Problematik verhinderte. Durch die Aufklärung, die Säkularisierung, Industrialisierung und Modernisierung wandelte sich dieses dogmatische kulturelle Skript. Doch die herrschenden Experten für den Suizid, vor allem Mediziner und Psychologen, übernahmen eine verengte Sichtweise: Selbstmörder wurden zu Kranken erklärt. Die zunehmende Individualisierung steht, d.h. vorläufig nur für elitäre Minderheitengruppen, in einem Spannungsverhältnis zu den Expertenoligopolen. In Zukunft könnten einzelne und soziale Gruppen zunehmendes Interesse an neuen Formen der Institutionalisierung des Suizids gewinnen, wie es ja schon in manchen Kulturen der Fall war.

Der Beginn des Christentums war durch starke Akzeptanz einer eingeschränkten Form des sozialen (normativen) Suizids gekennzeichnet. Viele Christen waren bereit, als Märtyrer zu sterben.

Drei Arten des zumindest partiell durch eigene Entscheidungen bewirkten frühzeitigen Sterbens wurden in den ersten Jahrhunderten des Christentums akzeptiert:

- Märtyrertod,
- frühzeitiger Tod durch extreme Askese und
- Suizid einer Jungfrau oder einer verheirateten Frau, um ihre Unschuld oder Reinheit zu bewahren. Diese letzte Form wurde jedoch bald als unerwünscht bezeichnet und das Überleben der Frau in einem solchen Fall dadurch gerechtfertigt, dass die Reinheit vom Körper in die Seele verlegt wurde.

Erst ab dem 4. Jahrhundert wandten sich führende Vertreter der Kirche generell gegen den Suizid, wobei sich die Ablehnung und die Androhung von Strafen für Selbstmörder in den folgenden Jahrhunderten verstärkten.

Selbstmörder wurden durch verschiedene von kirchlichen und anderen Autoritäten befohlene Rituale entwürdigt: Begräbnis außerhalb der Kirche oder an eigenen Orten, schimpfliche Manipulationen an der Leiche etc.

In der Renaissance und vor allem durch die Aufklärung und die schrittweise Modernisierung der europäischen Gesellschaften wurden diese extremen suizidfeindlichen Haltungen langsam aufgeweicht. Säkularisierung und Verwissenschaftlichung führten zu einer Modifikation der Ablehnungsideologien.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse im 16. und 17. Jahrhundert, die sich auf die Kosmologie (z.B. die Erde dreht sich um die Sonne) und den menschlichen Körper (z.B. das Herz ist eine Pumpe) bezogen, begünstigten in Zusammenhang mit anderen kulturellen Wandlungen auch eine zunehmend nüchterne Betrachtung und Analyse des Suizids.

Das Suizidproblem wurde im 18. Jahrhundert kontrovers diskutiert. In Frankreich herrschte das Vorurteil, es handle sich um ein typisch englisches Phänomen. Die Engländer würden sich aus klimatischen oder anderen in der Landesnatur oder -kultur liegenden Gründen umbringen. Doch als immer häufiger spektakuläre Suizide und rasonierende Abschiedsbriefe in Paris bekannt wurden, wurde es auch als französisches Problem anerkannt.

Manche Intellektuelle befürchteten, dass die Suizide als Folge der aufklärerischen und antiklerikalen Tendenzen dargestellt würden, so dass die These nicht von der Hand zu weisen ist, dass die Stigmatisierung des Suizids als Tat von seelisch Kranken im Interesse der Aufklärer verbreitet wurde. Der Suizid sei nicht als Verbrechen sondern als Krankheitsfolge zu interpretieren (Merian 1763), und vor allem hätte er nichts mit den Theorien der *philosophes* zu tun (Holbach in seinem *Système de la Nature*, 1770). Die Krankheitsthese wurde auch deshalb von den Aufklärern gestützt, weil sie religiöse Erklärungen ausschloss.

In der Folgezeit wurde der Suizid immer stärker unter dem Aspekt der Krankheit und der psychischen Störung betrachtet und religiöse und moralische Bewertungen traten in den Hintergrund bzw. verbargen sich hinter dieser Form der Objektivierung und Verwissenschaftlichung.

Im 19. Jahrhundert entwickelten sich die Nationalstaaten und Statistiken wurden herangezogen, um Vergleiche zwischen Staaten und Regionen durchzuführen, die auch in der Konkurrenz zwischen diesen „Großindividuen“ (Freud) eingesetzt wurden (Gappmayer 1987).

Aus dem Artikel „Suicide“ in der Encyclopedia Britannica von 1911, der im Vergleich mit entsprechenden deutschen oder französischen Lexika dieser Zeit bemerkenswert nüchtern und wissenschaftlich im modernen Sinn gestaltet ist, sei ein ideologisch interessanter Satz zitiert:

“Its (suicide, K.F.) existence is looked upon, in Western civilization, as a sign of the presence of maladies in the body politic which, whether remediable or not, deserve careful examination.”

Die Suizidraten sind also ein Politikum, bzw. werden als Zeichen nicht nur individueller, sondern auch kollektiver Krankheit angesehen. Auch heute findet man immer wieder diese Annahmen, obwohl die Beweislage sich in den letzten 100 Jahren nicht gebessert hat.

Die autorisierte Beurteilung des Suizids wurde primär im Interesse des Staates und seiner Beauftragten, vor allem der Ärzte und Juristen, durchgeführt. Dies lässt sich auch im Beitrag „Suicide“ der „Grande Encyclopédie“ (1885-1902) feststellen.

« Le suicide est condamnable comme un acte répréhensible chez l'individu qui, manquant de courage nécessaire pour supporter l'adversité, fait défection à ses devoirs: il l'est aussi comme étant un mal social qui enlève à la communauté une portion de sa force vive et une désertion dont l'exemple contagieux peut créer un danger public. »

Die Handlung ist tadelnswert (ein Zeichen mangelhafter staatsbürgerlicher Erziehung), feige, der Selbstmörder wird abtrünnig, er desertiert, er entreißt dem Staat einen Teil der Lebenskraft. Die Argumentation zeugt von der Treue zum militaristischen Nationalstaat.

Im Nationalsozialismus wurde die politische und ideologische Einordnung des Suizids unmissverständlich dargestellt.

Meyers Lexikon, 8. Aufl., 9. Bd., Leipzig 1942: „Selbstmord: ... geschieht der S. ... bes. aus seelisch-sittlicher Lebensschwäche ... Soziologisch-statistisch (bzw. geschichtlich) stellt sich heraus, dass S.e im Altertum immer häufiger wurden, im M.A. selten vorkamen, seit der Aufklärung an Zahl stark zunahmen, noch mehr in den wirtschaftlich-sozialen Krisen des 19. und des 20. Jh., dagegen im Weltkrieg und bes. im Neuen Deutschland seit 1933 abnahmen. ... Während die Konfessionen, bes. die röm.-kath., den S. gern auf Religionsmangel bzw. Religionslosigkeit zurückführen und das Ausharren im Jammertal des Diesseits um jeden Preis predigen, ist es das Ideal und das prakt. Bestreben des Nationalsozialismus, durch Gewährleistung rassischer und erbl. Gesundheit, laufende Gesundheitspflege, Erziehung zu Ehrbewußtsein und Tapferkeit, Gestaltung gesunder, von Gemeinschaft getragener Lebensverhältnisse die Gründe zum S. nach Möglichkeit zu beseitigen.“ (1514 f)

Die Abnahme der Suizidhäufigkeit wird als nationaler und staatlicher Triumph gefeiert. Der Konflikt zwischen der christlichen und der nationalsozialistischen Weltanschauung wird angesprochen, wobei die Selektion (rassistische „Gesundheitsideologie“) die Wahrscheinlichkeit des Suizids verringern soll. Der Kontrollaspekt zeigt sich bei der „rassischen und erblichen Gesundheit“, der Gesundheitspflege und der „Gemeinschaft“, die hierarchisch und autoritär strukturiert ist.

Suizid im interkulturellen Vergleich

Der Hinweis auf unterschiedliche historische und kulturelle Verhaltensweisen gegenüber dem Suizid hat u.a. die Funktion der Relativierung der jeweiligen geltenden Normen. Insofern wirkt der Wissenschaftler als Aufklärer, wobei die Auswahl der Beispiele auch eine ideologische Lenkung mit sich bringt.

Zwei Extrembeispiele:

- Im Athen der Antike und in manchen griechischen Kolonien wurde von den Behörden Gift in Verwahrung gehalten, das für Personen bestimmt war, die ihren Suizid beantragten.
- Noch 1860 wurde Suizidversuch in England unter Todesstrafe gestellt.

Diese beiden Informationen zeigen, dass kulturelle und soziale Entscheidungen die Reaktionen auf Suizid bestimmen.

Fedden (1938) hat eine Untergliederung in institutionellen und persönlichen Suizid vorgenommen. Der institutionelle Suizid ist in der Regel eine von der Gemeinschaft oder einer Gruppe erwartete und ritualisierte Selbstopferung eines Mitglieds, die religiösen Zwecken oder auch dem Erfolg oder Überleben der Gemeinschaft dient (vgl. Farberow 1975). Sozialer, institutioneller oder normativer Suizid erfolgt nach Normen und

Rollenanforderungen, wird also gesellschaftlich vorgeschrieben, z.B. die Selbsttötung der Witwe in manchen Kulturen (in Indien und China). Der soziale oder altruistische Suizid im Interesse der Bezugsgruppe wird verherrlicht (z.B. im „heiligen“ Krieg oder als Märtyrer), der individuelle oder nicht-soziale Suizid wird dagegen meist verurteilt. Das Individuum soll im Dienst am Kollektiv und an der herrschenden Ideologie sein Leben hingeben, darf dies jedoch nicht aus persönlichen oder privaten Gründen tun.

Im Hinduismus trifft man auf eine ähnliche Konzeption: Wenn eine Person sich von den weltlichen Interessen und Bedürfnissen gelöst hat, wenn sie also einen von der Religion verherrlichten Weg des sozialen Sterbens gegangen ist, dann darf sie durch Fasten ihr Leben radikal verkürzen.

In der Maya-Kultur herrschte der Glaube vor, dass Selbstmörder direkt in den Himmel und unter speziellen Schutz des Gottes Ixtab kämen. Dies führte dazu, dass Mitglieder dieser Kultur leichten Herzens schon bei – nach unserem Ermessen – geringen Anlässen sich töteten.

Charakteristisch für eine vorurteilsfördernde Suizidbehandlung ist häufig die stillschweigende oder auch forcierte Ausgliederung des sozialen oder altruistischen Suizids aus dem einschlägigen Diskurs.

„Objektiv“ gesehen ist der altruistische Selbstmord eher Mord als der egoistische, da er einen höheren Anteil an Fremdbestimmung aufweist. Doch subjektiv wird er von den Betroffenen wahrscheinlich meist weder als Mord noch als Selbstmord definiert oder empfunden. Ein selbstmörderisches Kommando im Krieg wird meist offiziell und auch inoffiziell nicht nur anders bezeichnet, sondern auch gefühlsmäßig anders eingeordnet.

Der individuelle Suizid wird oft als a-sozial oder anti-sozial interpretiert. Er ist (in den meisten Kulturen) eine Teilmenge des nicht akzeptierten oder abweichenden Suizids. Abweichender Suizid muss nämlich nicht individuell sein, er kann z.B. von einem Außenseiterkollektiv gestützt oder gefordert sein.

Der moderne Expertendiskurs um den Suizid

Welche Interessen sind im Suiziddiskurs der vergangenen Jahrzehnte dominant? Szasz (1980) spricht von einer „Medikalisierung der Moral“, doch man kann auch eine „Moralisierung der Medizin“ feststellen, vor allem wenn es ums Sterben geht.

Im öffentlichen Suiziddiskurs treten neben Medizinern und ihren Helfern, den (klinischen) Psychologen, Juristen, Theologen und eher marginal Soziologen auf. Gesellschaftliche Aspekte werden meist nur in Form von Variablen in empirischen Untersuchungen einbezogen.

Der zwischen diesen Suizidexperten ausgehandelte Konsens lautet: Suizid ist (auf der individuellen Ebene) primär eine Wirkung von psychischer Erkrankung.

„Es besteht nach dem heutigen Stand der Suizidologie kein Zweifel, dass der weitaus größte Teil aller Suizide und Suizidversuche seinen Ursprung in psychischem Kranksein hat“ (Hole 1974, 111).

Dies ist zwar eine Stellungnahme aus den 70er Jahren, doch sie wird auch heute von einigen Suizidexperten des medizinischen Systems vertreten. Hegerl, ein leitender Psychiater im „Kompetenz-Netzwerk Depression“, äußert bei seinen öffentlichen Auftritten, dass 90 Prozent derjenigen, die Suizidhandlungen durchführen, psychisch krank seien¹⁰, und „es den Freitod nur in der Belletristik gäbe“.¹¹ Teilweise explizit und teilweise implizit vermittelt er folgende Begleithypothesen bzw. gruppenspezifische Werturteile:

1. Psychische Krankheit, vor allem Depression, ist heute heilbar, bzw. gut zu behandeln.
2. Wer „psychisch krank“ ist, ist nicht „frei“.¹²
3. Die ca. 10 Prozent Suizidenten, denen keine psychische Krankheit nachgewiesen werden konnte, sind wahrscheinlich auch psychisch krank, oder man kann sie vernachlässigen.
4. Wer psychisch krank ist und erfolgreich behandelt wurde, hat keine Probleme mehr, die ihn zu einem Suizid motivieren könnten.
5. Der Suizid ist in fast allen Fällen eine „schlechte Problemlösung“.
6. Soziologische Erkenntnisse liefern bezüglich des Suizids keinen praktisch nutzbaren Erkenntnisgewinn.

„Wie hoch der Anteil an psychischen Störungen de facto auch sein mag, steht damit schließlich noch lange nicht fest, wie weit die Urteilsfähigkeit und Willensfreiheit der Betroffenen durch die Störung jeweils in Mitleidenschaft gezogen wird.“ (Fenner 2008, 390)

Die Begriffe Krankheit, Freiheit und Selbstbestimmung werden von vielen Suizidologen nicht problematisiert, sondern als „naturwissenschaftliche Tatsachen“ oder „Evidenzen“ vorgestellt (vgl. z.B. Feldmann 2001, 299 ff).

¹⁰ In einer Studie, in der alle Suizide in England und Wales, die in zwei Jahren auftraten, untersucht wurden, ergab sich, dass 24 % (und nicht 90 %) dieser Personen innerhalb eines Jahres vor der Tat Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen hatte (Appleby et al. 1999).

¹¹ Vgl. <http://www.heise.de/newsticker/meldung/26965>; http://www.netdoktor.de/feature/web_depression.htm; <http://www.kompetenznetz-depression.de/> (14.4.2004)

¹² „The mere correlation of suicide with mental illness or disturbance does not prove that it cannot be voluntary or even rational.“ (Battin 182, 7)

Es geht hierbei jedoch nicht nur um einen innerwissenschaftlichen Streit, sondern um ein gesellschaftspolitisches und historisches Problem.

Der „Freitod“, eine umstrittene Wortschöpfung, wird von vielen Experten mit einer „Gegenmoral“ assoziiert. Unterstellt wird, dass der Mensch „ganz frei von Beschränkungen, Zwängen, Ängsten, Krankheit und anderen Behinderungen“ in den Tod gehen müsse, soll es sich um einen „Freitod“ handeln. Nach Aufstellung dieser Idealkonzeption wird von den Vertretern einer solchen Weltanschauung triumphierend darauf hingewiesen, dass die überwiegende Mehrzahl der Selbstmörder psychisch kranke Menschen seien. Von einem Teil der Experten wird dieser zu medikalisierenden Gruppe schlicht die „Freiheit“ abgesprochen.

„Schließlich ist es die Ambivalenz des Suizidgefährdeten selbst, die der Voraussetzung für einen Freitod, nämlich einer freien Entscheidung für den Tod und gegen das Leben, widerspricht.“ (Bronisch 2007, 124)

Erlemeier (2002, 19) berichtet über die Thesen des Suizidforschers Wolfersdorf (1996):

„Suizidalität sei fast immer Ausdruck von Einengung durch subjektiv erlebte oder objektive Not, durch psychisch oder körperlich bedingte Befindlichkeits- und Erlebensstörungen, selten Ausdruck von Freiheit und unbeeinträchtigtiger Wahlmöglichkeit.“¹³

Die Freiheit soll dem Selbstmörder vom staatlich autorisierten Machthaber genommen werden, denn „im Notfall hat man ... stellvertretend für ihn Entscheidungen zu treffen wie für andere Kranke, die nicht mehr entscheidungsfähig sind.“ (Hole 1974, 124)

„Selbstmord ist Tod – und der ist der Feind.“ (Hillman 1966,23) Der Selbstmörder ist also ein Überläufer und muss entsprechend behandelt werden. Die in diesem Bereich traditionelle militärische Sprache verrät den gesellschaftlichen Kampf, der unter dem Mäntelchen wissenschaftlicher Objektivität tobt. Nur wer kämpft gegen wen wofür? Geht es um einen Anteil an Macht und Ressourcen, den die Mitglieder des medizinischen Komplexes verteidigen? Oder sind sie im Dienste des politisch-militärischen Komplexes tätig? Sind sie vielleicht die Hohepriester des säkularisierten Staates? (vgl. Streckeisen 2001, 139)

Warum ist der Tod, ein natürliches und soziales Phänomen, „der Feind“? Die historischen Siege über den frühzeitigen Tod durch Seuchen und Krankheiten haben wahrscheinlich zu einer Generalisierung geführt. Jedenfalls steht ein beunruhigender Dogmatismus hinter diesem „medizinischen Denkmodell“.

Die bisherigen Beispiele sind aus dem medizinischen, psychologischen und soziologischen Wissenschaftsbereich genommen. Wichtige Beiträge zur Gestaltung von Suizidideologien leisten auch Philosophen und Philosophinnen.

Battin (1984) weist daraufhin, dass die traditionellen moralischen Argumente über den Suizid an Wirkung verloren haben. Als eine Untersuchung, die den Suizid aus dem medizinischen Feld der pathologischen Erscheinungen herausnimmt, versteht Battin ihre Analyse der Frage: Unter welchen Umständen kann Suizid eine rationale Handlung sein? Die Beweisführung der Autorin interessiert in diesem Zusammenhang nicht, sondern nur die Tatsache, dass sie eine solche Frage einer ausführlichen Analyse für würdig hält. Die meisten alltäglichen Handlungstypen werden nicht nach dem Kriterium „rational oder nicht-rational“ von Wissenschaftlern untersucht. Ja, es wird überhaupt schwierig sein, außer dem Suizid, dem Mord, der Todesstrafe, dem Kriegführen, der Folterung und anderer „extremer Gewaltanwendung“ Untersuchungsgebiete dieser Art zu finden. Suizid befindet sich also in dieser Familie der „extremen Gewaltanwendung“ und unterliegt folglich den dabei üblichen Methoden der „Examinierung“ (vgl. Foucault 1977a).

Kamlah (1984) analysiert die philosophische Frage nach dem moralischen Recht auf den eigenen Tod und bejaht es als Recht

- auf den Freitod,
- auf einen menschenwürdigen, sanften Tod.

Er kritisiert die „juristischen Fußangeln“, jedoch nicht die Medizin als Profession. Auch übernimmt er die herrschende medizinische Ideologie:

„Freilich, der praktisch mit Suicidfällen konfrontierte Arzt hat es in der Regel mit krankhaften oder doch affektiven Fällen zu tun, in denen in der Tat die gebräuchlichen Reanimationsmaßnahmen geboten sind ...“(223)

Für einen Philosophen eine eigentümlich psychologische Hintergrundsannahme: Menschliche Freiheit wird durch Krankheit und Affekte „außer Kraft“ gesetzt.

¹³ In dieser Aussage sind implizite Annahmen: Freiheit ist durch die Anzahl der Wahlmöglichkeiten definiert. Einengung und Freiheit schließen sich aus. Warum sollte jemand, der körperliche, psychische und soziale Einengung nicht akzeptiert und Suizid begeht, weniger „frei“ sein, als derjenige, der eine solche Situation akzeptiert oder zu schwach ist, Suizid zu begehen?

Zuletzt soll noch ein anerkannter amerikanischer Suizidologe zu Wort kommen. Hendin (1982) weist daraufhin, dass Suizid von den Advokaten des Rechts auf Suizid – nach seiner Meinung – in unzulässig abstrakter Weise von sozialen und psychischen Bedingungen abgekoppelt als „Problem der persönlichen Freiheit“ betrachtet wird. Selbst wenn die Behauptungen von Hendin und anderen zuträfen, dass „Bewusstseinstrübung“, Ambivalenz bezüglich des Zieles der Selbsttötung und mangelhafte Erkenntnis der eigenen Motivationsgrundlagen bei den meisten Selbstmördern feststellbar seien, ergibt sich daraus keineswegs „logisch“ oder mit sonstiger „wissenschaftlicher Zwangsläufigkeit“ die derzeitige rechtliche und medizinische Normierung. Es wird meist vergessen oder verleugnet, dass diese formellen Normierungen und Bräuche Herrschaftsprodukte, historische, nationale und regionale Sozialgebilde sind, die von Ideologen mit einem universalistischen Mäntelchen ausgestattet werden.

Hendin bringt willkürlich ausgewählte Beispiele von Fällen, um seine Ansicht zu untermauern, dass professionelle Hilfe – so nennt er auch legitimierte Repressionsmaßnahmen – für potenzielle Selbstmörder unbedingt notwendig ist. Künstler, Intellektuelle und andere gebildete Personen, die Suizid begangen haben bzw. sich der Angelegenheit nicht gemäß der von ihm vertretenen ideologischen Position annehmen, versucht er zu diffamieren. Sie seien schon deshalb pathologisch, weil sie sich längere Zeit bewusst mit dem Problem auseinandergesetzt hätten. Dass dies auch auf ihn als Suizidologen zutrifft, fällt ihm bei dieser kabarettreife Argumentation offensichtlich nicht auf. Personen, die ihre Selbsttötung in Betracht ziehen oder planen, haben schon deshalb nach Hendin ein „eingengegtes Bewusstsein“, sind rigide und unfähig, alternative Lösungen anzuerkennen. Dass Menschen, die eine Identitätsvorstellung von sich entwickeln, im Extremfall Suizid begehen, um nicht einer Identitätserosion unterworfen zu sein, erscheint ihm verwerflich. Solche Menschen seien nur an ihrer „äußeren Erscheinung“ und Intaktheit interessiert, egoistisch und würden sich nicht um andere Menschen kümmern. Hendin wendet sich gegen eine differenzierte soziale Akzeptanz des Suizids. Dies würde die Rate der erzwungenen und manipulierten Suizide erhöhen. Dies ist eine spekulative und den Erfahrungen der Liberalisierung in verschiedenen Bereichen, z.B. bezüglich Abtreibung, widersprechende Annahme.¹⁴ Der Autor kritisiert die „Omnipotenzvorstellung“, sein eigenes Sterben zu kontrollieren und zu gestalten. Er äußert sich – offensichtlich in Unkenntnis der Zivilisationstheorie von Elias – skeptisch über unsere „kontrollorientierte“ Kultur (vgl. auch Kamerman 1987) und meint, dass Kontrollorientierung antagonistisch gegenüber dem Lust- und Lebensprinzip sei.¹⁵ Hendin wirft den Befürwortern der Selbstkontrolle „Kontrollorientierung“ vor, während er seine eigene Präferenz für rigide Fremdkontrolle offensichtlich nicht so einordnet.

Suizidforschung und die Gestaltung einer humanen Gesellschaft

Über die Suizidwirkungen des Gesundheits- und des Rechtssystems findet man leider in der einschlägigen Literatur kaum fundierte Aussagen (vgl. Richter 2003, 88 ff). Sonneck und Schjerve (1986) kritisieren die „Krankheitstheorie des Suizids“ und geben damit vorläufige Hinweise auf iatrogene und andere gesundheitssystembedingte Suizidförderung. Wenn jemand als suizidgefährdet bezeichnet wird, bedeutet dies für ihn eine Stigmatisierung, die vielfältige soziale und psychische Nachteile mit sich bringt. Die meisten Suizidgefährdeten sind schon im Gesundheitssystem behandelt worden, bevor sie Suizid begingen¹⁶. Ein Charakteristikum des Suizidgefährdeten nach Meinung vieler Experten (z.B. Ringel) ist die „Einengung des Bewusstseins“, der Weltsicht, der Handlungsmöglichkeiten und der Perspektiven. Wenn man nun die normale Beratung eines potenziellen Suizidenten, z.B. eines Depressiven oder einer Person mit psychischen Problemen, durch einen Arzt – oder eine andere Person – betrachtet, so handelt es sich um eine verblüffende Parallele zur Beschreibung der Bewusstseins- und Handlungseinengung in der Literatur. Der Patient erhält häufig Psychopharmaka, was durchaus hilfreich sein kann, und häufig sparsame und/oder unprofessionelle Ratschläge. Die Interaktion zwischen Arzt und Patient zeichnet sich in den meisten Fällen durch „soziale Armut“ aus, ähnlich wie die normale Interaktion zwischen Lehrer und Schüler (vgl. Feldmann 1980, 45). Diese quasi-professionelle Interaktion verstärkt – sofern sie überhaupt eine Wirkung hat – wahrscheinlich bei vielen Menschen die „Einengung des Bewusstseins“, vor allem wenn ein entsprechender Prozess bereits fortgeschritten ist.

¹⁴ Vgl. zu einer problematischen empirischen soziologischen Prüfung des Zusammenhanges zwischen der Akzeptanz des „rationalen Suizids“ und der Akzeptanz des „nicht-rationalen Suizids“ Stack 1999.

¹⁵ Die Aufrechterhaltung von Selbstkontrolle wird von vielen als zentrales Kriterium für ein „gutes“ Sterben angesehen (Pool 2004).

¹⁶ Allerdings erbringt diese Tatsache nur einen geringen Erkenntnisgewinn, da Art und Wirkung der Behandlung höchst heterogen waren.

Prävention und Suizidverhütung

Experten und wohl auch die Mehrzahl der Menschen teilen die Meinung, dass selbstzerstörerisches Verhalten in höchstwahrscheinlich den meisten Fällen unerwünscht ist und möglichst verhindert werden soll.¹⁷ Da eine große Anzahl von Wirkfaktoren festgestellt wurden und der Suizid nur eine kleine Minderheit betrifft, sind kostenintensive Präventionsstrategien schwer zu legitimieren. Selbstzerstörerisches Verhalten kann als ein Teil des abweichenden Verhaltens gesehen werden und primäre Prävention richtet sich dann vor allem auf die frühzeitige Minimierung des abweichenden Verhaltens von Kindern und Jugendlichen. In diesem Zusammenhang gerät das Gesundheitssystem in die Kritik.¹⁸ Doch auch das Erziehungssystem erweist sich als rückständig, da es die Integrations- und Gesundheitsaufgaben nur unzureichend erfüllt und Selbst- und Fremdzerstörung fördernde Selektion und Stresserzeugung betreibt (vgl. Feldmann, Paedilex).

Entwicklung gesellschaftlicher Regelungen des Suizids

Suizid wird nach kulturellen Skripten ausgeführt.

These: Die herrschenden kulturellen Skripte schließen in der letzten Phase direkte Interaktion aus.

Hohe normative Hürden sind errichtet, damit der Suizid nicht in den normalen Interaktionszusammenhang eingegliedert wird.

Dieses Interaktionsverbot begünstigt die Isolation des Suizidenten und die Schockwirkung für die Hinterbliebenen. Den Angehörigen von Selbstmördern wird oft von Nachbarn, anderen bekannten Personen und staatlichen Kontrollorganen Schuld zugeschrieben und sie schreiben sich selbst Schuld zu (vgl. Heilborn-Maurer/Maurer 1991). Die Bezugspersonen von Selbstmördern haben oft Angst, über ihre Erfahrungen, Gedanken und Gefühle mit anderen Personen zu sprechen, sie fürchten stigmatisiert zu werden.

In einer Befragung (Range und Calhoun 1990) antworteten über 40 % der Personen, die vom Suizid eines Angehörigen betroffen waren, dass sie gegenüber anderen Leuten falsche Aussagen bezüglich der Todesursache gemacht hätten, viel häufiger als bei Todesfällen, die durch Krankheit verursacht wurden.

Es handelt sich also bei Suiziden um soziale Situationen, in denen Vorurteile, Stereotypenbildung, self fulfilling prophecy und defizitorientierte Weltkonstruktionen gut gedeihen. Ein solches Vorurteil lautet: Ein Suizid bringt kurz- und langfristig im Vergleich zu anderen Problemlösungen auf jeden Fall eine Verschlechterung der Lebenssituation für die Bezugspersonen.

Die Bezugspersonen werden angeblich durch einen Suizid nur negativ beeinflusst, verstört, stigmatisiert und dies sei unabhängig von den kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen. Eine der wenigen brauchbaren empirischen Studien (Barracough/Hughes 1987), die sich mit dieser Frage beschäftigten, lässt an diesem erfahrungsgestützten Vorurteil zweifeln. Nach dieser Untersuchung ergibt sich bezüglich der Konsequenzen für die überlebenden Bezugspersonen eine Polarisierung. Etwa die Hälfte hat langfristig insgesamt eine positive Bilanz zu verzeichnen, d.h. der Suizid hat sich günstig ausgewirkt und die andere Hälfte hat eine negative Bilanz zu verzeichnen. Es ist wahrscheinlich, dass das autoritäts- und traditionsgestützte Vorurteil über die negativen Konsequenzen eines Suizids auf die Bezugspersonen im Sinne einer kulturell vermittelten self-fulfilling prophecy wirkt. Umso erstaunlicher ist das Ergebnis der genannten Untersuchung von Barracough und Hughes. „Zieht“ man die self-fulfilling-prophecy-Komponente und die sozialen Maßnahmen, die die Bezugspersonen belasten, „ab“, so erhält man ein „positives Ergebnis“ der untersuchten Suizide.¹⁹

Wenn Danto (1976, 107) behauptet: „Der Selbstmord verhängt über die Hinterbliebenen eine Strafe, nämlich ein Schuldgefühl“, dann kann man statt „Selbstmord“ „unsere Kultur“ einsetzen.

Wenn man schon die umstrittene These der „Verdrängung“ von Aspekten des Todes in modernen Industriegesellschaften verwendet, so kann man auch die rechtliche, medizinische, psychologische und allgemeine normative Haltung gegenüber dem Suizid als von Verdrängung und Ambivalenz gekennzeichnet herausstellen. Einerseits wird verschämt dem Individuum das Selbstbestimmungsrecht über sein Leben zugestanden, doch andererseits wird ihm seine Identität akzeptierende und einführende Kommunikation häufig verweigert, wenn es den Suizid erwägt. Die Beratung soll den Suizidkandidaten unter allen Umständen von seinem Vorhaben abbringen. Damit handelt es sich nicht um eine offene klientenbezogene, sondern um eine auf die Interessen bestimmter Gruppen bezogene und ideologisch eingeengte Kommunikation. Dass eine solche vorurteilsbelastete und gruppenorientierte Hilfe angeboten wird, ist nicht zu verurteilen, sondern dass

¹⁷ Die hochkomplexe Problematik der Suizidprävention kann z.B. in Hawton/ Heeringen (2000, 585 ff) studiert werden.

¹⁸ Moderne Antidepressiva erbringen gute Therapieerfolge. Doch leider ist das deutsche Gesundheitssystem in vielen Fällen nicht in der Lage, den Betroffenen eine angemessene Therapie zu ermöglichen.

¹⁹ Einen Bericht über die theoretischen und methodischen Probleme von Studien über Wirkungen von Suiziden und Suizidversuchen gibt McIntosh (2003).

es verhindert oder verboten wird, damit konkurrierende offene klientenbezogene Beratungen und Unterstützungsmaßnahmen durchzuführen.²⁰

„Mit solcher lebensorientierter Beratung und dem institutionalisierten Angebot des *assistierten Suizids* könnte nicht nur hochriskanten, oft fehlschlagenden *solistischen Suiziden* vorgebeugt, sondern vielen verzweifelten Menschen in existentiellen Krisen geholfen werden.“ (Fenner 2008, 401)

Suizid ist keineswegs mit Notwendigkeit Folge einer Krankheit, doch die Untersuchungen erhärten die Vermutung, dass in der Mehrzahl der Fälle in den hochindustrialisierten Staaten Suizidgefährdete gemäß normierenden medizinischen Diagnosen psychisch kranke Menschen sind (vgl. Lönnqvist 2000). Wenn man von dieser Annahme ausgeht, dann ergibt sich daraus nicht, dass die potenziellen Suizidenten oder die Personen, deren Suizidversuch misslungen ist, zwangsweise von Ärzten oder anderem professionellem Personal behandelt werden müssen. Es ergibt sich nur ein Behandlungsangebot, dessen Ablehnung akzeptiert werden sollte, denn es handelt sich bei Diagnosen und Therapien um soziale Zuschreibungen, die in einer pluralistischen Gesellschaft auch abgelehnt werden können.

Im Folgenden soll auf mögliche künftige Szenarien der gesellschaftlichen Gestaltung des Suizids eingegangen werden.

„Der Suizid, in einer humanisierten, individualisierten und rechtlich kontrollierten Form, wird sich möglicherweise wie die Scheidung oder die Abtreibung gegen den erbitterten Widerstand von gesellschaftlichen Gruppen als Institution etablieren.“ (Feldmann 1998c, 19)

Die Chance, in Würde Suizid zu begehen bzw. Beihilfe zum Suizid in Anspruch zu nehmen, könnte durch staatliche oder private Institutionen erleichtert werden. Diese Hilfe könnte den Prozess des selbstbestimmten Sterbens kultivieren und humanisieren, wie die rechtlich kontrollierte Abtreibung in ihrem Bereich humanisierend gewirkt hat.

Der Einwand gegen eine Institutionalisierung bestimmter Formen des Suizids bezieht sich auf den möglichen Missbrauch, die prinzipielle Korruptierbarkeit aller Institutionen und die Gefahr, dass damit die Tötung von Menschen legitimiert werden kann.

Vielleicht wäre infolge einer solchen Institutionalisierung der Missbrauch und das „Misslingen“ von Sterbeprozessen²¹ geringer als bei der derzeitigen Dominanz des „wilden“ Suizids. Es handelt sich um die Zähmung eines heiklen Bereichs, um einen weiteren Schritt im Prozess der Zivilisation (vgl. Elias 1976).

Die Diskussion könnte in naher oder ferner Zukunft mit anderen Schwerpunkten geführt werden, weil es wahrscheinlich nicht zu verhindern sein wird, dass einfach handhabbare Mittel der Todeskontrolle (ähnlich der Geburtenkontrolle)²², unabhängig oder abhängig von gesetzlichen Regelungen, Verbreitung finden, so dass – abgesehen von Extremfällen der Behinderung oder Bewusstlosigkeit – jeder, der es wünscht, im Notfall ein solches Mittel zur Verfügung haben wird. Eine Sozialisation, in der der Suizid als legitime Möglichkeit der Entscheidung über das eigene Lebensende Anerkennung findet, in der aber auch eine differenzierte Selbstkontrolle von Selbstzerstörungswünschen und -impulsen gelernt wird, könnte durch innovative Technologien gefördert bzw. sogar gefordert werden.

Zwei scheinbar widersprüchliche Thesen über die künftige Entwicklung können aufgestellt werden:

1. Die medizinischen und technischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung und die gleichzeitige Erhöhung der Erwartungen bezüglich der Lebensqualität werden immer häufiger zu psycho-sozialen Leidenssituationen führen.
2. Die sich ständig verbessernde medizinische und ökonomische Lage vor allem der alten Menschen wird zu einer Verringerung der Suizidrate dieser Bevölkerungsgruppe führen.

Der Widerspruch lässt sich durch folgende Argumente auflösen: Erstens wird sich diese permanente Verbesserung nur für Teilgruppen durchsetzen lassen, zweitens werden sich die Erwartungs- und Sensibilitätsstrukturen ändern und drittens wird die Verfallsphase durch den medizinischen Fortschritt nur hinausgeschoben.

²⁰ Die Entstehung und offensichtlich starke Nutzung von Suizid-Internetforen kann auch so gedeutet werden, dass im normalen von Kontrollprofessionellen beherrschten Gesellschaftsfeld keine offene Kommunikation zugelassen wird..

²¹ Das Forschungsinteresse an Missbrauch und „Misslingen“ von Sterbeprozessen ist bisher äußerst gering!

²² "Was bezüglich der Geburtenkontrolle stattgefunden hat, ist gleichermaßen für die Todeskontrolle erforderlich." (Fletcher 1977, 352; Übersetzg. K.F.)

Der folgende Abschnitt ist entnommen aus „Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid. Bausteine für eine kritische Thanatologie und für eine Kultivierungstheorie.“ (2013).

Suiziddiskurse

Im Altgriechischen und in Latein gab es keinen umfassenden Begriff wie er heute in allen hochentwickelten Sprachen existiert: Suizid (van Hooff 1990; Marsh 2010, 79 f). Die ‚Sache‘ war zersplittert und wurde je nach Kontext unterschiedlich versprachlicht. Dadurch war auch mehr Flexibilität möglich, um sich mit der Sache zu beschäftigen. Der international gepanzerte Begriff Suizid, herrschaftlich geschützt und professionell bewacht, transportiert und suggeriert Einengung, Pathologisierung und Entmündigung.

“The stories we tell about acts that come to be labeled as suicidal are influenced by the impoverished language and conceptual apparatus that is available to us. In most "suicide talk" whether among professional or lay people, the whole range of acts engaged in by those whose behavior is actually or potentially self-destructive are subsumed under the umbrella concept suicide and a few variants: parasuicide, attempted suicide, failed suicide, and threatened suicide, along with expressions like "cry for help." This poverty of language and concepts reflects rather a limited model of suicidal self-harm in which fine distinctions are not made, even in theory, perhaps because they are difficult to make in practice. It is misleading and unhelpful in deciding upon courses of action in relation to those who act in actually or potentially self-destructive ways or are thought to be at risk of doing so” (Fairbairn 1998, 157).

Das Feld der selbst- und fremdzerstörerischen Handlungen und Ereignisse wird noch immer mit einem veralteten wenig reflektierten Begriffs- und Theorieinventar bearbeitet: Selbstmord, Mord, natürlicher Tod, Unfall etc. Unter den Nutzern dieses semantischen Feldes ist die Illusion verbreitet, dass Suizid ein homogenes und damit klar zu bewertendes Phänomen sei.²³

„Diese fatale Komplexitätsreduktion begünstigt Simplifizierung und Ideologisierung des Suizids, die nicht nur im Mediendiskurs sondern auch in den Schriften von Juristen, Mediziner, Theologen und Psychologen zu finden sind. Vor allem wird dadurch die Minderheit der Suizide, die eine positive Kultivierung für einen Teil der Menschen darstellen könnten, in der Mehrheit der leicht zu medikalisierenden Fälle ‚ertränkt‘.“ (Feldmann 2010d, 179)

Der Begriff Suizid oder Selbsttötung wird in rechtlichen, philosophischen, theologischen und anderen Diskursen zu wenig differenziert, während Fremdtötung z.B. in Totschlag, Mord, Todesstrafe, Krieg, Notwehr, Gewaltanwendung mit Todesfolge, Tötung auf Verlangen usw. untergliedert wird. Die Fallstruktur, die Kontexte und die Weltbilder sind höchst heterogen und somit führt der Begriff Suizid aufgrund der Heterogenität der Ereignisfelder zu großen Schwierigkeiten bei der Theoriebildung. Außerdem werden der Suizid und sein Mainstream-Diskurs von den Doxahütern (Meinungsführern) aufgrund eines eingeschränkten Akteurmodells entkontextualisiert²⁴. Die einem Suizid vorhergehenden psychosozialen Ereignisse werden als getrennte Konzepte und Variablen operationalisiert und die kommunikative und interaktive Prozess- und Feldstruktur wird durch simple Kausalmodelle ‚dekonstruiert‘. So behaupten die meisten Suizidexperten aufgrund der Missachtung methodischer und methodologischer Differenzierungen (vgl. Hjelmeland et al. 2012), dass die überwiegende Mehrzahl der Suizide durch psychische Erkrankung ‚verursacht‘ werde.²⁵ Dies ist jedoch eine durch die Operationalisierungsprobleme des Begriffs ‚psychische Erkrankung‘, die normalen Diagnosemängel und andere Bedingungen nur scheinbar gut bestätigte hypothetische Annahme oder Sichtweise²⁶.

²³ Noch vor drei Jahrzehnten versuch(t)en die meisten Suizidologen und Psychiater solche Einwände mit dem Holzhammerargument, dass schließlich (*fast*) *alle* Suizide durch psychische Krankheit, vor allem Depression, verursacht seien, zu entkräften.

²⁴ Die reduktionistischen wissenschaftlich hochrangigen kontext-, theorie- und kulturabstinenten Definitionsversuche kann man z.B. bei Silverman (2011) studieren.

²⁵ Formulierungen entlarven diese Sichtweise als nicht primär wissenschaftlich, sondern als professionellen Dogmatismus und herrschaftliche doxa: „The conventional wisdom that suicide is almost always the outcome of mental illness ...“ (Phillips 2010, Abstract).

²⁶ Eine alternative Sichtweise würde den ‚Suizid‘ als mittel- oder langfristigen Prozess ansetzen, in dem z.B. ‚psychische Erkrankung‘ als grobes Instrument oder Mittel zu Zwecken der Erklärung eingesetzt wird, also wissenschaftlich nicht zur Ursache des Suizids ‚gemacht‘ wird. Ein solcher ‚suizidaler Prozess‘ könnte unterschiedlich wissenschaftlich erklärt und gesellschaftlich genutzt werden. Allerdings werden alternative Sichtweisen an Universitäten häufig nicht zugelassen oder ‚geahndet‘, so dass das Konstrukt der psychischen Erkrankung sich auch bei den ‚Laienprofessoren‘ anderer Fächer (Philosophie, Theologie, Rechtswissenschaft etc.) großer Anerkennung erfreut.

Politik, Recht, organisierte Religion, Medizin bzw. Psychiatrie sind die wichtigsten Institutionen und Subsysteme, die sanktionsbewehrte Rahmen zur Eindämmung der Selbsttötung setzen, Diskurse vorschreiben und symbolische und auch polizeiliche Gewalt einsetzen. Die Emanzipationsbestrebungen der kapitalmäßig krass unterlegenen schwach organisierten und heterogenen Gegner dieser Wahrheitsherrschaft hatten aufgrund von jahrhundertelangen Kämpfen zwischen den mächtigen Gestaltern der Diskurse und Praktiken partielle Erfolge, die freilich immer wieder gefährdet sind, da die Disziplinierung und Kasernierung des Suizids und seiner nonkonformen Interessenten nach wie vor auf der Agenda mächtiger konservativer Gruppen und Organisationen steht.

„... a contemporary ‚regime of truth‘, one centring on a compulsory ontology of pathology in relation to suicide“ (Marsh 2010, 4).

*These : Der heutige Umgang mit Suizid (und Lebensminderung generell) in Expertendiskursen und –praktiken ist mit dem bürgerlichen Umgang mit Sexualität im 19. Jahrhundert zu vergleichen: Einerseits reflexionsarme überwachte Thematisierung und Prüderie andererseits mangelhaft kultivierte und entsprechend brutalisierte soziale Praxis, vor allem jedoch große unerforschte Gebiete.*²⁷

In diesem Zusammenhang kann nicht auf die historisch, kulturell und sozial bedingten Formen des Umgangs mit dem Suizid und damit auch der Beihilfe zum Suizid eingegangen werden (vgl. Baumann 2001; Feldmann 2004a, 221 ff). Trotz der formellen Straffreiheit wird nach wie vor Ausgrenzung, informelle Bestrafung, Medikalisierung, Stigmatisierung und Mystifizierung gefördert, von Experten (Psychiatern, Suizidologen etc.) und von Kulturschaffenden (Literaten, Journalisten etc.). Die Betroffenen – wenn man Suizidalität als Gesamtphänomen betrachtet, sind das relativ viele Menschen – schweigen bzw. ihre kommunikativen Aktionen versanden, gelangen nicht durch die Filter der Medien, der Wissenschaft und anderer moderner Zensurinstanzen.

In der abendländischen Kultur wurde das Begriffs- und Praxisfeld Suizid zur Disziplinierung und Stigmatisierung gestaltet und verwendet.²⁸ In autoritären Regimen und Gruppen, z.B. in fundamentalistischen Religionsgemeinschaften oder im Nationalsozialismus, wurde und wird der selbst bestimmte Suizid drakonisch und unreflektiert verurteilt. Der altruistische Suizid, die „Aufopferung“ für das „Kollektiv“, für „Gott“ oder für den „Führer“ wurde verherrlicht.²⁹ Nach wie vor stehen Staatsadel, religiöses, medizinisches und juristisches Führungspersonal dem Suizid misstrauisch und ablehnend gegenüber, da der Suizident sich ungehorsam verhält, die ihm zugestandene begrenzte Selbstbestimmung *missbraucht*. Von konservativen und *christlich* konnotierten Politikern und Meinungsmanipulatoren wurde in den USA eine Hexenjagd gegen die Ärzte veranstaltet, die in Oregon gesetzlich legitimierte Beihilfe zum Suizid leisten. Das oberste Gericht der USA hat jedoch dem Bundesstaat Oregon bezüglich dieses Gesetzes grünes Licht gegeben. In vielen Staaten herrscht ein durch von konservativen Gruppen alimentierte „Experten“ gestütztes Klima, das Menschen dazu treibt, ihre Suizidalität für sie und ihre Bezugspersonen strafend und schädlich zu gestalten.³⁰ Psychiater und Suizidologen³¹ haben Rechtfertigungssysteme errichtet, um den Suizidenten möglichst die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und symbolisches Kapital absprechen zu können (vgl. Szasz 1999). Einige Psychiater und Suizidologen sind daran interessiert, ein bereichsspezifisches Monopol für die Freiheitsbeurteilung zu erhalten³². Dann können sie Standards setzen, legitim Personen als nicht frei stigmatisieren und sie damit als (Zwangs)klienten rekrutieren.³³ Suizidologen und Psychiater zivilisierten, modernisierten und verwissenschaftlichten den Brauch der postmortalen Degradierung der Selbstmörder. Sie werden auch nach ihrem Tod als psychisch kranke, d.h. minderwertige, unmündige Personen für die schimpfliche und abschreckende Erinnerung, die allerdings mit Mitleid gemischt ist, an den soften Pranger gestellt. Ihren Angehörigen wird nahegelegt, sich als Stellvertreter Ärzten und Psychologen zu übergeben, damit die diesen

²⁷ Ein kleiner Hinweis auf die kulturelle Verklebung: Bei Google Scholar gibt es keinen brauchbaren Treffer für „future of suicide“ aber eine Menge an verwendbaren Ergebnissen für „future of death“ oder „future of rugby“.

²⁸ Ahrens (2004) weist für Emile Durkheim diese Begriffsdefinition und -verwendung nach.

²⁹ Die für das Kollektiv nicht kostengünstig ökonomisierte „Selbstopferung“, ein spätchristliches (?) Ritual, findet heute z.B. durch den „freiwilligen“ Gang in die Demenz statt.

³⁰ Um solche Hypothesen zu prüfen, werden selbstverständlich keine Forschungsmittel zur Verfügung gestellt.

³¹ Die internationale community der Suizidologen verhält sich bezüglich ihrer ideologischen Rahmenannahmen dogmatisch wie eine Religionsgemeinschaft. Sie verhindert gemeinsam mit Herrschaftsgruppen, dass die gesellschaftliche Einbettung und Steuerungsoptionen der Suizidalität exzellent untersucht werden.

³² „Freiheit“ wird im medizinischen System mit politischer und religiöser Zustimmung als Jokerwort im Interesse von Professionellen und paternalistischen Funktionären verwendet. Expertenrhetorik: Der psychophysisch Kranke ist unfrei, wenn er Suizid begehrt oder Suizidbeihilfe wünscht, der Patient im Wachkoma ist frei genug, seinen unbedingten Lebenswillen mitzuteilen.

³³ Wenn ich anderen Freiheit absprechen kann, mache ich sie ohnmächtig und gewinne dadurch selbst Macht hinzu. Dies schließt nicht aus, dass die folgende Therapie zur gemeinsamen Machtvermehrung von Therapeut und Klient beitragen kann.

entgangenen Gratifikationen nachgeleistet werden.³⁴ In diesem ideologischen und ökonomischen Kontext wird das Weltbild gepflegt, dass der Suizid als solcher – unabhängig von sozialen und kulturellen Bedingungen – verstörend auf die überlebenden Bezugspersonen wirkt. Tatsächlich ergeben sich psychosoziale Störungen, wenn Sterben und Tod einer Person für die Deutungssysteme und Praktiken der Überlebenden nicht anschlussfähig sind, wofür u.a. politische und ökonomische Bedingungen und die Wissens- und Ritualordnungen der „Priesterschaft“ (Suizidologen etc.) verantwortlich sind, und wenn die Bezugspersonen sich auf das Sterben nicht vorbereiten konnten. Die Wirkung des plötzlichen Todes eines kleinen Kindes auf die Eltern ist deshalb das thanatologische Spitzenprodukt für Verstörung. Viele, vielleicht die meisten, Suizide bringen für die überlebenden Bezugspersonen eine negative Belastungs-/ Entlastungsbilanz³⁵, doch eine erfolgreiche Kultivierung und Liberalisierung des selbstbestimmten Sterbens würde das Verstörungspotenzial verringern (vgl. Swarte et al. 2003).

Da Suizid ein hochmoralischer Akt sein kann, wenden sich politische, religiöse und andere Gruppen vehement gegen ihn, die Herrschaft über Moral ausüben (vgl. Bayatrizi 2008, 121 ff). Psychiater und Suizidologen arbeiten konformistisch mit Funktionären der Politik, Wirtschaft, Religion und anderen herrschenden Organisationen zusammen. Sie sollen jede Art von Rebellion unterdrücken. Symbolische Botschaften von Suizidenten, die als Protest oder Kritik an gesellschaftlichen, politischen oder ökonomischen Verhältnissen gelesen werden könnten, sollen umgedeutet werden, ein Verfahren, das in der europäischen Geschichte in verschiedenen Formationen nachzuweisen ist (ebd., 117 ff). Die professionellen Suizidwächter verschweigen und verschleiern in ihren Schriften die politischen, ökonomischen und organisatorischen Ursachen von Suizidalität in ihrer eigenen Gesellschaft. Bei France Télécom haben sich 23 Angestellte 2008 und 2009 das Leben genommen bzw. Suizidversuche durchgeführt³⁶. Aus einigen Abschiedsbriefen bzw. Aussagen der Betroffenen geht eindeutig hervor, dass die Arbeitsbedingungen ein zentraler Faktor ihrer Entscheidung für den Suizid waren. Solche systemproblematisierenden Aspekte werden verständlicherweise von Unternehmensleitungen und – schon weniger begründbar – in der Suizidologie verschwiegen bzw. als irrelevant bezeichnet, vor allem jedoch *enthandelt* und *entforscht*³⁷. Die exzellenten Mitglieder der internationalen Suizidologengemeinde haben bisher nichts unternommen, um Suizidalitätsindices für Organisationen zu entwickeln und für die regelmäßige Messung und Veröffentlichung der Daten einzutreten – ein Gedanke, der ihnen von einem Außenseiter nahegelegt wird.³⁸

Die weiteren Ausführungen dieses Textes beziehen sich hauptsächlich auf eine Minderheit einer Minderheit. Die erste Minderheit sind die Personen, die den Suizid als Problemlösung für sich persönlich anerkennen. Die zweite Minderheit dieser Minderheit sind die Personen, die sich knapp vor oder in einem Prozess der (höchstwahrscheinlich) endgültigen Zerstörung ihres physischen, psychischen oder sozialen Lebenssystems befinden. Von dieser „Gruppe“ wählt bisher und wohl auch in naher Zukunft nur eine dritte Minderheit den Suizid tatsächlich als Problemlösung. Kultivierung des Suizids würde verkürzt und pointiert bedeuten, dass der Suizid in der Mehrzahl der Fälle unterbleibt und in einer Minderheit der Fälle vergemeinschaftet, anerkannt und festlich bzw. würdig gestaltet wird.

Auch in der neueren Fachliteratur der Suizidologie und Psychiatrie fehlt die Bereitschaft, sich differenziert mit dieser Minderheit zu beschäftigen. Dieser sehr kleinen „Gruppe“ könnte man eine eigene Kategorie zuordnen, z.B. selbstbestimmte Sterbegestaltung, wobei Suizid, Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe realistische Optionen für Mitglieder dieser „Gruppe“ wären. Dies wäre ein Schritt auf dem Weg der Entstigmatisierung dieser Menschen, die dadurch heute ihnen versagte oder erschwerte Gestaltungs- und Teilhabechancen erhielten.³⁹ Das beliebte Konstrukt *rationaler Suizid*⁴⁰ ist allerdings für einen derartigen Kultivierungsdiskurs kaum geeignet, da es oszillierend und interessenabhängig in der Fachliteratur und in Expertendiskussionen eingesetzt wird.⁴¹ Letztlich ist nicht entscheidend, wie *expertenrational* eine Entscheidung zum Suizid ist,

³⁴ Diese gegen wissenschaftliche Etiketten verstoßenden Sätze müssen nicht als moralische Beschuldigungen verstanden werden. Suizidologen und Psychiater richten sich wie andere nach kulturellen Werten und Normen und sind an die „Codes“ und Rituale ihrer Institutionen und Organisationen gebunden.

³⁵ Auch diese Problematik wurde bisher nur mangelhaft untersucht.

³⁶ Vgl. <http://www.heise.de/tp/r4/artikel/31/31141/1.html>

³⁷ Wissenschaftstheoretisch gesagt: Sie tauchen im Entdeckungszusammenhang (context of discovery) der Suizidologie nicht auf.

³⁸ Soziomoralisch betrachtet geht es hier einmal nicht um die Würde und Scham von Benachteiligten, sondern um die Würde und Scham von privilegierten Professionellen.

³⁹ Sloterdijk (2009, 666) meint optimistisch: „Eine moderne Spur dieser Zivilisierung zeigt sich in der wachsenden Freitodbewegung des Westens.“

⁴⁰ „Wer heute als Philosoph die Frage stellt, ob *der* Suizid rational oder moralisch erlaubt sei, der hat den Anschluss an die empirische Forschung verloren.“ (Wittwer 2004, 80)

⁴¹ Vgl. die Erörterung zum Begriff Rationalität (des Suizids) bei Wittwer (2003, 49) und Fenner (2008, 283 ff).

sondern dass die Lebensumstände von Menschen so gestaltet werden, dass sie mit ihren Bezugspersonen Entscheidungen über Lebensverlängerung und –verkürzung im gemeinsamen und individuellen Interesse optimal fällen können. Ein derartiger struktureller Ansatz wird jedoch in der Suizidologie und Psychiatrie nicht einbezogen bzw. marginalisiert.

Die Auseinandersetzungen im Feld Suizid ergeben sich aufgrund kultureller Werte und divergierender Interessen, wobei offene, kontroverse und empirisch gestützte öffentliche Diskussionen in der Regel vermieden werden. Beispiele für sophistische Argumentationen, blinde Flecken und das Umschlagen von Wissenschaft in Ideologie sollen im Folgenden die bisherigen Ausführungen konkretisieren.

Aussagen eines Gerontologen: „Darüber hinaus muss bedacht werden, dass gerade im Falle stark eingeschränkter geistiger Funktionen nicht mehr von einem ‚Freitod‘ gesprochen und auch die ‚Einwilligung‘ in Maßnahmen aktiver Sterbehilfe nicht mehr gegeben werden kann. Denn dem Menschen sind in diesem Falle die Folgen der getroffenen Entscheidungen vielfach nicht bewusst. Ganz abgesehen davon ist jede Situation, in der Begriffe wie ‚Freitod‘ oder ‚aktive Sterbehilfe‘ gebraucht werden, von *Einengungen* und nicht von Freiheit gekennzeichnet⁴² ...“ (Kruse 2003)

Wer anderen uneingeschränkt „stark eingeschränkte geistige Funktionen“ bescheinigt, sollte in einer Demokratie den entsprechenden Auftrag erhalten haben – ansonsten könnte man zu Recht von einem Angriff auf die Würde anderer Personen sprechen. Auch die Außenfestlegung, wann und in welchem Ausmaß einem Menschen Ursachen und Folgen der von ihm getroffenen Entscheidungen (ausreichend?) „bewusst“ sind, ist nur dann institutionell relevant, wenn die Person, die solche Urteile über andere fällt, einen entsprechenden legitimen Auftrag erhalten hat. Dies ist bei Suiziden und Suizidversuchen in der Regel nicht der Fall.

„Ist es aber überhaupt angemessen, von einem ‚Freitod‘ zu sprechen? Kann überhaupt davon ausgegangen werden, dass der Mensch ‚frei ist‘ und ‚frei handelt‘, wenn er sich das Leben zu nehmen versucht?

Diese Frage ist angesichts der Tatsache, dass Suizidgedanken grundsätzlich in einer Situation der subjektiv erlebten ‚Einengung‘ zentraler Lebensvollzüge entstehen (Ringel, 1969), zu verneinen.

So stellt Asmus Finzen fest: ‚Ich will nicht geltend machen, der Bilanzsuizid sei ein Ausdruck von Freiheit. Er ist vielmehr die bittere Konsequenz einer von außen aufgezwungenen Wirklichkeit‘ (Finzen, 1997, S. 15).“ (ebd., 14)

Ein Zitat aus einem Buch des Gerontologen Kruse, das er mit zwei Kollegen verfasst hat, steht in einem *Spannungsverhältnis* zu seinen gerade diskutierten Annahmen:

„Das selbst-reflexive Ich ist auch noch bei Patienten mit einer mittelschweren Demenz in der Lage, die Situation mit den eigenen Handicaps insgesamt wahrzunehmen – ein Grund für die relativ hohe Suizidgefährdung in diesem Abschnitt der Erkrankung“ (Heuft/ Kruse/ Radebold 2006, 185). Ein unfreies selbst-reflexives Ich ist jedenfalls eine interessante Konstruktion.

Der konformistische und ritualisierte Einengungsansatz von Gerontologen, Psychiatern und Suizidologen ist insofern *ambivalent* oder *rückstrahlend*, als der Suizid ein bedeutsames kulturelles Ereignis gerade in „mentalenausweitungskulturen“ ist. „Suicide is a human sacrifice to civilization, and suicide victims are the tribute of humanity to the growth of mental culture“ (Bayatrizi 2008, 119).

Viele Suizidologen und Psychiater maßen sich an, Klarheit in der dreitausendjährigen Freiheitsdiskussion geschaffen zu haben. Die *Unwissenden* müssen sich nur an sie wenden und sie teilen ihnen mit, ob sie und andere jeweils frei sind oder nicht. Dass Freiheit, Ich, Selbst, Identität, Person, Subjekt etc. prekäre Konzepte und Konstruktionen im Wandel sind, abhängig von Perspektiven, Habitus, sozio-kulturellen und anderen Bedingungen, sollten die „Freiheitsexperten“ zur Kenntnis nehmen. Die „Theorien“, die sie verwenden, und die „empirischen Hinweise“, die sie vorlegen, entsprechen freilich nicht strengen wissenschaftlichen Prüfkriterien, die in solch existenzbetreffenden Fragen angelegt werden sollten (vgl. Wedler 2008, 319 f). In psychiatrischen und suizidologischen Schriften fehlen die Hinweise, dass Freiheitseinschränkung in modernen Gesellschaften nicht primär durch psychische Krankheiten sondern durch sozio-ökonomische Benachteiligung, die Zementierung von Privilegienstrukturen und politische Entscheidungen erfolgt, wodurch psychische Krankheiten hergestellt werden. Suizidwächter und -pfleger verkaufen ihre spezifischen *Freiheits- und Selbsttechnologien* ohne Hinweise auf (un)erwünschte Nebenwirkungen, z.B. kollektive Unfreiheitszementierung (vgl. Rose 2007).

Auch das Freiheitszitat von Finzen ist nicht einmal als schwache Hypothese verwendbar. Dass Menschen „Wirklichkeit aufgezwungen“ wird, ist trivial. Die Annahme, dass „eine von außen aufgezwungene Wirklichkeit“ automatisch zum (partiellen?) „Verlust von Freiheit“ führt, ist nicht konsensfähig, kaum operationalisierbar und empirisch ungesichert (vgl. Fenner 2008, 135 ff).

⁴² Dieser wissenschaftliche Satz, geäußert von einem Studierenden, würde bei einer Hochschulprüfung im Bereich Methodologie empirischer Sozialforschung negativ bewertet werden.

In den Sterbeprozessen in Krankenhäusern, Heimen, Hospizen und Palliativstationen ergeben sich aufgrund der artifiziellen Lebensverlängerung und in der vom Arzt eingeläuteten Phase des „natürlichen Sterbens“ eine *aufgezwungene Wirklichkeit* und starke Handlungseinschränkungen für die Klienten – ein günstiges Klima für suizidale Vorstellungen. Hochwertige empirische Untersuchungen wurden bisher vermieden. Wenn solche suizidalen Vorstellungen unter diesen Unfreiheitsbedingungen gemäß den Berichten des Personals bzw. der Bezugspersonen nicht auftreten, dann ergibt sich dies, erstens weil die Betroffenen nicht mehr den Mut zur Abweichung und Selbstbestimmung aufbringen, zweitens weil sie nicht gehört werden (sollen) und drittens aufgrund des Abbaus und der Zerstörung der sozialen und psychischen Identität. Denn suizidale Vorstellungen alter Menschen sind oft Zeichen hochentwickelter sozialer und psychischer Identität – die in der Regel mit überdurchschnittlicher „Freiheitskompetenz“ verbunden ist. Ein wichtiger Faktor, der suizidale Wünsche begünstigt, ist nämlich die Behinderung eines autonomen und selbstständigen Lebens durch Kontextbedingungen (vgl. Ehrenberg 2005)⁴³.

*These: Wäre es für sterbende Menschen kulturell und gesellschaftlich akzeptiert, ihr Leben gemäß ihren Wünschen raum-zeitlich selbstbestimmt zu beenden, so würde ein hoher Prozentsatz von dieser Option Gebrauch machen.*⁴⁴ Suizid und Beihilfe zum Suizid am Lebensende wären dann normale Phänomene. Der heutigen bürokratisierten Medikalisierung und wissenschaftlich und rechtlich gestützten Entmündigung von Schwerkranken und Sterbenden misstrauen trotz christlicher, rechtsstaatlicher, ethischer und „evidenz-basierter“ Beflagung immer mehr Menschen.

Sollen Menschen die Ratschläge von „Experten“ ernst nehmen, noch zu warten und um Angehörigen die „Schande“ zu ersparen oder aus sonstigen Gründen den Suizid aufzuschieben? Dient es der Förderung des Vertrauens in das „System“, wenn Menschen aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid dringend wünschen, gemäß ihrer Würde und gemäß dem common sense der Mehrheit der Bevölkerung auch zu Recht, und ihnen diese Hilfe, die vielleicht nur in der Aussetzung lebenserhaltender Maßnahmen besteht, von mehr oder minder freundlichen ethisch gepanzerten Paternalisten betriebs- oder „personal“-wirtschaftlich rational, feurig oder gleichgültig verweigert wird?

Drei Verbalisierungsbeispiele dieses *freundlichen Paternalismus*:

„Die angemessene Antwort auf die Bitte eines körperlich schwer erkrankten und zugleich depressiven Patienten⁴⁵ nach ärztlicher Suizidbeihilfe kann also nicht die Mittäterschaft bei der Herbeiführung des Todes sein“ (Helmchen/ Lauter 2009, 162)⁴⁶.

„Wir wollen dem Menschen zusichern,... und sogar dass wir ihm seinen Selbsttötungswillen nicht ‚übel nehmen‘ werden“ (Rest/ Witteler 2005, 106 f).

„... Maßnahmen zu ergreifen, um dem alten Menschen den Suizid als letzten Ausweg aus einer desolaten und hoffnungslos wahrgenommenen Lebenssituation zu ersparen.“ (Erlemeier 2002, 163) Gemeint ist: „zu versperren“.

Klie und Student (2007, 114), die sich berufen fühlen, Hospize, Palliativdienste und das „gute Sterben“ von aktiver Sterbehilfe und Suizid rein zu halten⁴⁷, behaupten, dass sie neue psychologische Studien auswählten, um ihre Thesen zu belegen, verwenden allerdings einen sozial- und kulturwissenschaftlich nicht reflektierten Tötungsbegriff und kramen veraltete Konzepte des „Überlebensstribs“ und der „Aggression“ hervor: „Für einen Suizid benötigen wir ein solch enormes Aggressionspotential, das gegen uns selbst gerichtet ist, dass es zu einem derartigen Aggressionsaufbau nur in extremen psychischen Krisen kommt.“

Professoren der Medizin und der Suizidologie spielen gerne säkulare Oberpriesterrollen und neigen zu dämonisierender Projektion: „Der Suizid im Alter, auch wenn er oft als überlegte Lebensbilanzierung verstanden wird, zeigt den Zusammenbruch bzw. das endgültig sich manifestierende Fehlen einer tragfähigen Wertorientierung.“ (Illhardt/ Wolf 1998, 1).

⁴³ Depression und Suizidalität werden durch die Diskrepanz zwischen fremd- bzw. selbsterwarteter Autonomie und Ressourcenmangel gefördert. Erfolgreiche Therapie zeigt sich in ihrer gesellschaftlichen Ambivalenz, wenn sie durch Einschränkung von Autonomie „heilt“.

⁴⁴ Dies würde auch Patientenverfügungen neuer Art und professionelle und technologische Unterstützung erfordern, die derzeit verweigert wird.

⁴⁵ Hier wird die falsifizierte Annahme unterstellt, dass ein Patient, der Beihilfe zum Suizid wünscht, auf jeden Fall unter Depressionen leidet (vgl. den Bericht bei Gill 2009, 29 f).

⁴⁶ „Angemessen“ wäre in einem solchen Fall eine offene Kommunikation, deren Ergebnis eine ärztliche oder nicht-ärztliche Suizidbeihilfe sein könnte.

⁴⁷ Diese „Reinigung“ und Ignoranz kann man auch in den Lehrbüchern zur Palliativmedizin von Knipping (2007) oder Kränzle/ Schmid/ Seeger (2007) diagnostizieren.

Aus dem Dschungel des fundamentalistischen Lebensschutzes stammt folgende quasitheologische und kryptowissenschaftliche Aussage über den Suizid: „Will er als Herr über seinen Tod auch den Zeitpunkt des Todes selbst bestimmen, macht er sich deterministisch zum Tier, beraubt sich seiner Freiheit als Mensch.“ (Dörner et al. 2004, 336)⁴⁸

Der Suizidologe Wolfersdorf (2007, 20) listet sich überlappende Typen oder Formen der Suizidalität auf, wobei „rationaler Suizid“, „Bilanzsuizid“ oder „akzeptierter Suizid“ nicht genannt werden. Der in diesem Abschnitt behandelte Suizidtyp entspricht am ehesten folgender Kategorie von Wolfersdorf: „so genannter Freitod (Selbsttötung in Abwesenheit psychischer, somatischer, sozialer Not)“. Dass dieser Typ faktisch nicht existent ist, liegt auf der Hand. Warum eine „Selbsttötung in Anwesenheit psychischer, somatischer, sozialer Not“ nicht „frei“, „rational“ und „sozial akzeptiert“ erfolgen kann, bleibt ein Expertengeheimnis. Um die kollektiv-professionelle suizidologische Blickverengung zu belegen, sei noch ein Zitat gebracht: „Derjenige, der in seiner eigenen beruflichen Tätigkeit häufig älteren Menschen in suizidalen Krisen oder nach Suizidversuch begegnet, weiß, dass Suizidhandlungen älterer Menschen praktisch immer aus seelischen Leidenszuständen, häufig im Zusammenspiel mit äußerer Not, entstehen und nicht als Endpunkt einer nüchternen rationalen Entscheidung“⁴⁹ (s.a. Teising 2001). Gefährlich ist, dass der, der die suizidalen Erwägungen eines Älteren als ‚rational‘ deutet, weniger bereit ist, Hilfe bereit zu stellen“ (Wächtler/ Erlemeier/ Teising 2008, 134). Die üblichen Vorurteile und Stereotype kehren wieder: Die Suizidabsicht ist nicht „rational“. Nur wenn sie „rational“ wäre, käme vielleicht eine Akzeptanz in Frage. Dem nicht dogmengerecht verfahrenen Helfer, der etwa Beihilfe zum Suizid leistet, wird gedroht. Hier gerät die ansonsten empirisch und hermeneutisch auftrumpfende Selbsttötungswissenschaft in die selbst geschaffenen und herrschaftskonformen Sümpfe.

Doch was soll man erwarten, wenn selbst ein Suizidologe am Max-Planck-Institut für Psychiatrie sich dem gültigen dogmatischen Referenzrahmen elegant unterwirft: „Schließlich ist es die Ambivalenz⁵⁰ des Suizidgefährdeten selbst, die der Voraussetzung für einen Freitod, nämlich einer freien Entscheidung für den Tod und gegen das Leben, widerspricht.“ (Bronisch 2007, 124)

Der Begriff „Ambivalenz“ wird von Bronisch individualpsychologisch oder persönlichkeits-theoretisch verwendet. Wie der idealtypische Suizident vertritt Bronisch eine eingeengte monodisziplinäre Perspektive. Ambivalenz und Ambiguität sind heute normale Erscheinungen im Sterbeprozess (vgl. Valentine 2008, 36 f.). In dieser verzwickten Lage ist nicht ein psychiatrisches Gutachten sondern eine multiperspektivische transdisziplinäre Betrachtung erkenntnisfördernd. Eine *kulturelle Ambivalenz*⁵¹ lässt sich aus den beiden abendländischen Sterbeschlüsselszenen⁵² des Todes des Sokrates und des Jesus Christus⁵³ herauslesen: ein hoher Anteil an Selbsttötung bei gleichzeitiger offizieller Betonung der je nach Betrachtungsweise legitimen oder illegitimen Fremdtötung⁵⁴. Für die heutige Situation noch bedeutsamer dürfte die *gesellschaftliche Ambivalenz*⁵⁵ sein, die sich darin zeigt, dass Töten eine Sache des Staates und seiner treuen Diener ist und deshalb auch *nicht* von staatlichen Funktionären beauftragte Killer unter schwerer Strafandrohung stehen, jedoch gleichzeitig Suizid nicht mehr strafrechtlich verfolgt wird. Diese sozio-kulturellen Ambivalenzen spiegeln sich im Bewusstsein vieler Menschen und zeigen sich auch in Umfragen: Immer mehr Menschen akzeptieren aktive Sterbehilfe, befürworten folglich staatlich kontrolliertes und gleichzeitig individuell gewünschtes Töten, haben jedoch Bedenken beim Suizid (vgl. z.B. Tännjö 2006). Tännjö⁵⁶ äußert in philosophischer Naivität und Überheblichkeit sein Erstaunen über dieses Ergebnis: „Meine Interpretation dieser Diskrepanz lautet, dass Menschen gemeinhin keine wirklich durchdachte Auffassung zu diesen Fragen haben.“ (44) Diese

⁴⁸ Die groteske Aussage von Dörner et al. korrespondiert mit den unqualifizierten Bemerkungen von Kant (1990/ 1775), dem allerdings ein 200-Jahre-Bonus gegeben werden sollte: „Es erweckt also der Selbstmord ein Grausen, indem der Mensch sich dadurch unter das Vieh setzt. Wir sehen einen Selbstmörder als ein Aas an.“ (163) Zur Horizonterweiterung noch ein Zitat von Dostojewski (2001, 269): „Das Ergebnis ist klar: daß der Selbstmord nach dem Verlust der Unsterblichkeitsidee zur unvermeidlichen, bedingungslosen Notwendigkeit für jeden Menschen wird, der in seiner Entwicklung auch nur ein wenig über dem Tier steht.“

⁴⁹ „... the data do not support the idea that suicide cannot be chosen rationally or that it is never chosen rationally, or even that it is rarely chosen rationally“ (Luper 2009, 181).

⁵⁰ Ambivalenz ist bei hoher Entscheidungskompetenz häufiger zu finden als bei geringer Entscheidungskompetenz.

⁵¹ Vgl. zu einer thanatologischen Ambivalenzdiskussion auch Kellehear (2007a, 106 ff).

⁵² „den beiden großen Sterbekunstszenen Alteuropas“ (Sloterdijk 2009, 665).

⁵³ Schon John Donne (1982) hat in seinem Buch *Biathanatos* 1647 die Selbsttötung gerechtfertigt und den Tod von Jesus Christus als Suizid bestimmt.

⁵⁴ Für römische und teilweise für abendländische Eliten (z.B. Montaigne) war auch der Suizid von Cato dem Jüngeren ein wichtiges Modell für ein gutes wertvolles Sterben (vgl. Edwards 2007).

⁵⁵ Nach Beck und Bonß (2001) ist die so genannte *Zweite Moderne* durch Ungewissheit und *Ambivalenz* gekennzeichnet.

⁵⁶ Allerdings erweist sich der schwedische Philosophieprofessor Tännjö als fortschrittlicher im Vergleich zu den meisten deutschen Philosophen, da er sich mit der Interpretation empirischer Forschung beschäftigt.

sozialwissenschaftliche Naivität und argumentative Inkonsistenz ist auch in Beiträgen von RechtswissenschaftlerInnen feststellbar. Schumann (2006) weist um aktive Sterbehilfe Bittende exkludierend auf die Option des – selbstverständlich professionell und technologisch zu erschwerenden – Suizids hin, beschwört jedoch gleichzeitig emphatisch und leerformelhaft, dass „wir ... endlich die soziale Dimension des Sterbens begreifen (müssen, KF), um den Bedürfnissen von Schwerkranken und Sterbenden gerecht zu werden“ (ebd., 85).

Dogmatiker, Paternalisten und Verifikationsgläubige wollen oder können nicht anerkennen, dass sich in der EU immer mehr Menschen den Reinheitsidealen theologischer, medizinischer, juristischer und philosophischer Traktate, kirchlicher und sonstiger Pamphlete, standesärztlicher Verlautbarungen und politischer Sonntagsreden (vgl. Beck 2008, 180 f) ambivalent und multivalent verweigern.

Defizitorientierung und Expertenstatus

Defizitansätze oder –modelle beziehen sich auf benachteiligte, „andersartige“ Personen und Gruppen, meist Minderheiten: alte Menschen, Behinderte, Menschen anderer „Rasse“, Prostituierte, Schulabbrecher, Arbeitslose, Kranke etc.

Wissenschaftliche und parawissenschaftliche Defizitansätze haben u.a. folgende soziale Funktionen:

- Sie dienen der Statuserniedrigung und Ausgrenzung von sozialen Gruppen und stigmatisierten Personen,
- sie sollen für Bezugsgruppen unerwünschte Gedanken und Handlungen minimieren,
- sie sollen eine Solidarisierung mit Personen und Gruppen, die abgewertet werden, verhindern,
- sie dienen der Klientenrekrutierung.

Dass Defizitansätze historische und soziale Ursachen haben und somit veränderbar sind, zeigen folgende Beispiele: Homosexualität, nicht-christliche Religionen in Europa, Hautfarbe, Scheidung. Wenn man kulturelle und historische Vergleiche durchführt, erkennt man, dass auch bei heute angeblich „objektiver“ und „undiskutabler“ Defizitperspektive immer Personen und Gruppen zu finden sind, die diese „böse“, „negative“, „unnatürliche“, „unmenschliche“ etc. Sache positiv bewerten. Somit ist eine herrschaftlich gestützte wissenschaftliche Positiv- oder Negativposition erstens unvermeidlich und zweitens möglichst durch ihre Gegenposition zu ergänzen – soweit sich dies für die entsprechenden Wissenschaftler nicht allzu lebensmindernd auswirkt.

Die Defizittheorien, die auf Suizid und aktive Sterbehilfe gerichtet sind, wurden immer religiös und herrschaftsorientiert (der Untertan als Eigentum des weltlichen und/ oder sakralen Herrschers bzw. des Staatsadels) legitimiert und heute werden sie zusätzlich medizinisch-psychologisch unterfüttert. Das medizinische System und auch große Teile des Wissenschaftssystems sind im Dienste des Staates und teilweise auch anderer hierarchisierender und unterwerfender Institutionen, Wirtschaft, Religion etc., tätig. Es liegt im Interesse großer Teile des Staatsadels und seiner Vasallen, über ein Lebens- und Sterbemonopol zu verfügen, also ein ausgeweitetes Gewaltmonopol. Menschen, die abweichend von staatlich legitimierter Leitung und Normierung Leben und Tod gestalten, müssen mit Sanktionen rechnen. Das Strafrecht erfasst jedoch nur einen Teil entsprechender Abweichungen⁵⁷, der andere Teil wird u.a. durch Defizittheorien und –praktiken staatskonformer Professioneller bearbeitet.

Beispiel: Die Konstruktion eines Suizidmodells für alte Menschen, „bei denen ein lebenslanger Charakterdefekt psychopathologisch unsichtbar bleibt, bis altersbedingte Lebensveränderungen dieses Defizit offenkundig machen“ (Altenhöfer 2007, 148).

Begünstigend für ein verfestigtes Defizitdenken wirkt, dass im Bereich Sterben nach wie vor die Ideologie oder der Mythos des „Guten und Bösen“ gepflegt wird.⁵⁸ Solche Mythen, Fixierungen und Dogmen behindern die Entwicklung einer offenen wissenschaftlichen und demokratischen Konfliktkultur – sie sollen sie auch gemäß den Interessen herrschender Gruppen behindern.

Charakteristisch und entlarvend für die semantisch-gesellschaftliche Lage erweisen sich die Google-Eingaben: „guter Suizid“ und „würdiger Suizid“. Aber auch in der angeblich die Vorurteile nicht übernehmenden

⁵⁷ Noch immer wird in vielen Staaten Beihilfe zum Suizid unter Strafe gestellt; also gilt die einer common-sense-Logik absurd erscheinende Regelung, dass die Unterstützung einer straffreien Handlung bestraft wird.

⁵⁸ Was Knecht (2006, 267) über fundamentalistische Gegner der Abtreibung sagt, gilt auch für die radikalen Gegner der aktiven Sterbehilfe: „Abtreibung erscheint hier ... als ein Symbol des Bösen schlechthin, in dem sich die Destruktivität der Gegenwartsgesellschaft verdichtet.“

Fachliteratur wird das Thema Suizid fast ausschließlich defizit-orientiert behandelt⁵⁹ – mit ganz wenigen Ausnahmen (vgl. Lester 2003, 2006; Szasz 1999; Wittwer 2003; Fenner 2008). Doch Depression und Suizidalität können nicht nur als Symptome von Krankheiten angesehen werden⁶⁰, sondern als der subjektiven Lebensqualität bzw. der persönlichen Lage angemessene Gefühle und Vorstellungen⁶¹. „For some, even a small some, dying alone in suffering, or by suicide in their own homes, may represent dissent or a refusal to take the meagre social care choices offered to them“ (Kellehear 2009b, 16).

Geleitet von einer liberalen, emanzipatorischen und Vorurteile distanzierenden Sichtweise sollten der Suizid und seine Beihilfe nicht nur aus Krankheits- und Kriminalitätsperspektiven untersucht werden, und die von der Ethik der Herrschenden abgelehnten Formen der Lebens- und Sterbehilfe sollten nicht nur als verwerfliche, im Extremfall widerwillig akzeptierte „böse“ oder „schlechte“ Ereignisse⁶², sondern als sozio-kulturelle Handlungen von Menschen in einer modernen Gesellschaft betrachtet werden. In einer Untersuchung von Cicirelli (1998) äußerten 31 % der befragten alten Menschen, dass Suizid eine für sie akzeptable Vorstellung sei.

Wenn jemand auf sexuelle Aktivität verzichtet, so akzeptieren kultivierte Menschen diese Askese. Ebenso kann jemand auf seine terminale Restzeit oder auf fortschreitende Demenz durch Suizid, Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe verzichten – Askese⁶³, Egoismus, Altruismus, Würde, Ästhetik, Innovation? Ein solcher Verzicht kann egoistisch oder altruistisch, reflexiv oder affektiv, rational oder irrational sein. Jedenfalls besteht in einer offenen pluralistischen Gesellschaft kein zwingender Grund, sofort Überwachungsprofessionelle (Ärzte, Richter, Priester etc.) einzuschalten. Der altruistische Suizid bzw. die altruistische Sterbegestaltung müssen nicht so erklärt werden, wie es Durkheim (1983) getan hat: zu starke Integration. Sie können durch einen multidimensionalen Begriff von Altruismus bestimmt werden. Die altruistische Fremdtötung durch Sicherheitskräfte (Polizei, Militär) wird anerkannt, doch die altruistische Selbsttötung, die nicht von staatlichen Autoritäten befohlen ist, harrt noch ihrer Anerkennung.

Die Beihilfe zum Suizid durch Ärzte⁶⁴ oder Sterbehilfeorganisationen wird „verteufelt“, ohne dass für eine solche Verurteilung ausreichende „ethische Gründe“⁶⁵ oder „rationale Gründe“ aufgrund empirischer Untersuchungen vorliegen⁶⁶. Statt Theorien und Theorieprüfungen werden herrschaftskonforme Begründungsrituale geliefert – nicht nur von Funktionären, sondern auch von Universitätsprofessoren und anderen hochkulturellen „Experten“.

Übrigens werden auch indirekte Defizitkonstruktionen zur Stigmatisierung und Delegitimation verwendet. Ein schönes Beispiel: „Der Suizid wurde als «tragische Handlung» aufgefasst, die aus einer Situation der Hoffnungslosigkeit, Sinn- oder irgendeiner Ausweglosigkeit gewählt wird und sich dem rationalen Schema der Legitimität entzieht“ (Rehmann-Sutter 2008, 1302).

Defizitkonzeptionen verfestigen sich aufgrund professioneller Deformation und provinzieller Erfahrungskulturen. So wie Gefängniswärter und –direktoren nicht die einzigen Sachverständigen für kriminelle Abweichung sind, sind Psychiater, die es mit einer (nicht repräsentativen) Auswahl von Fällen zu tun haben, nicht die einzigen Experten für Suizid, und Personen, die professionell in Intensivstationen, Hospizen oder Palliativstationen arbeiten, sind nicht die einzigen Sachautoritäten für Modellierung, Gestaltung und Bewertung des Sterbens.

Dass die Expertentexte zur aktiven Sterbehilfe, die Suizidologie und die Populärdiskurse zu diesen Themen ritualisiert defizitorientierte Ansätze verbreiten, dient auch dem Zweck, dass die betroffenen Personen isoliert und „entkommuniziert“ werden und von anderen Personen möglichst wenig Unterstützung bei ihren

⁵⁹ Als Beispiel: Zimmermann-Acklin (2008, 85) „begreift“ den Suizid mit der Zange: „Grenzüberschreitung in extremen Ausnahmefällen“.

⁶⁰ Vgl. zur Kritik an der Verwendung des Konstrukts *Depression* Fenner (2008, 213 ff).

⁶¹ Auch in solchen Fällen wird die „rationale Person“ wahrscheinlich entscheiden, Psychopharmaka zu nehmen.

⁶² Ein typisches Zitat aus der Schrift eines ‚wahrheitsbesitzenden Humanitätsexperten‘: ‚Der ‚assistierte Suizid‘ als besondere Form der Sterbehilfe ... ist ... im wahrsten Sinne unmenschlich“ (Tirschmann 2009, 263).

⁶³ Ein moderner Begriff *Askese* wäre etwa folgendermaßen zu definieren: Selbstbestimmte Kontrolle der drei Identitätsteile: Physis, Psyche und Sozialteil mit den Schwerpunkten Verzicht, Vereinfachung, Verwesentlichung.

⁶⁴ Nur wenige sehen es als konsistent und den realen Bedürfnissen von extrem Leidenden als angemessen an, dass zwar Beihilfe zum Suizid in Deutschland straffrei ist, jedoch Ärzte keine Beihilfe zum Suizid leisten dürfen.

⁶⁵ „Ärztliche Suizidbeihilfe ... verstößt nicht nur nicht gegen das wohlverstandene ärztliche Ethos, sondern ist mit diesem positiv vereinbar“ (Schöne-Seifert 2006, 64). Vgl. auch Wittwer (2009, 85 ff), Birnbacher (2006b) und Fenner (2007).

⁶⁶ Das Beispiel Oregon liefert eine Bestätigung für die Thesen der Befürworter der Beihilfe zum Suizid (vgl. Dahl 2006).

existenziellen Projekten erhalten⁶⁷ (vgl. Feldmann 1998). Diese latenten Funktionen im Dienste herrschender Gruppen und Ideologien werden bisher sehr gut erfüllt. Nach wie vor werden Personen bestraft, die abweichende Sterbewünsche äußern und Bezugspersonen von abweichend Sterbenden (Suizid etc.) werden stigmatisiert. Die Bestrafung erfolgt sowohl extern als auch intern. Interne Bestrafung bedeutet: Schuld für den abweichenden Todesfall bei sich suchen, Selbstisolation, damit man die unangenehmen Reaktionen anderer vermeidet usw.

Nicht-defizitäre Annahmen und Hypothesen⁶⁸:

1. Eine Suizidprävention, die nicht ausschließlich einem Defizitansatz huldigt, könnte von dem Problem Lebensmehmung und –minderung ausgehen und das Hauptziel in der Verbesserung der Lebens- und Teilhabechancen von *Benachteiligten in einem dynamischen Sinn*⁶⁹ verfolgen (vgl. Wittwer 2003; Fenner 2008, 93 ff). Das sollte allerdings nicht unter der Leitung scheuklappig ausgebildeter und sozialisierter Ärzte, Psychologen und Psychiater geschehen⁷⁰.
2. Eine rechtliche und gesellschaftliche Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid würde eine positive moralische und soziale Entwicklung in der Bevölkerung fördern, da Menschen in diesem Bereich weniger täuschen, betrügen, verschleiern und heucheln müssten.⁷¹
3. „Medizinisch-psychologisch wird meist nur die Notwendigkeit gesehen, Suizidalität wegzuthrapieren, nicht die produktive Nutzung dieser Energien zu erproben, selbstverständlich nicht für Selbstmordattentäter im totalen Krieg, aber vielleicht zum intelligenten Widerstand gegen Betonköpfe, kreativitäts- und innovationsfeindliche Bürokratien und neoliberale Raubritter.“ (Feldmann 2008a, 178)⁷²

Beispiel für einen nicht-defizit-orientierten Ansatz

Eine problemlösungsorientierte Therapie⁷³ agiert befreit von dem üblichen defizit-orientierten Theorieballast, der in der Suizidologie über Jahrzehnte aufgehäuft wurde. Sie geht von den Stärken und nicht von den Schwächen einer Person aus. Zwar ist es auf den ersten Blick paradox, nicht Probleme, sondern Lösungen ins Zentrum zu stellen, da Lösungen doch nur auf Problemen aufrufen, doch auf den zweiten Blick eben nicht. Denn Menschen sind permanent und zwangsläufig in ihrem Bewusstsein und ihren Handlungen zukunfts- und zweckorientiert und denken in der Regel nicht an Probleme, sondern an ihre nächsten Aktionen. Dieser Ansatz führt auch eher zu einer *systemorientierten Beratung und Prävention*, die sich nicht auf Suizid, Drogenkonsum oder andere spezifische soziale Probleme bezieht, sondern auf die Entwicklung von Kindern, Familien und Gemeinschaften. Eine derartige systemorientierte Prävention wird allerdings derzeit strukturell ver- bzw. behindert, da sie sich gegen die Herrschaftsverhältnisse, die soziale Ungleichheit, die bürokratischen Fixierungen, die politische und wissenschaftliche „Ordnung“, den professionellen Wildwuchs und die heiligen Prinzipien, z.B. Führer- und Domänenprinzip, richten würde.⁷⁴

⁶⁷ Fenner (2008, 107) unterscheidet zwischen *solistischem* und *assistiertem* Suizid. Sie schlägt vor, durch Beratung und andere Maßnahmen die solistischen Suizide zu verringern und die assistierten Suizide unter festgelegten Bedingungen zu stützen.

⁶⁸ Da diese Thematik bisher kaum erforscht wurde, handelt es sich um einen Versuch, solche Annahmen aufzustellen.

⁶⁹ *Benachteiligung in einem dynamischen Sinn*: Es treten allmählich an die Stelle von bürokratischen paramilitärischen Bildungs-, Arbeits- und Gesundheitsorganisationen heterogene und global (nicht nur national) vernetzte communities of practice, so dass Benachteiligung nicht nur ein Spezialistenthema bleibt.

⁷⁰ Prävention und Kultivierung des Suizids sind kein „Widerspruch“, sondern sollten in professionellen Netzwerken verbunden sein.

⁷¹ Der Suizid einer bedeutsamen Person sollte nach Meinung aristokratischer römischer Stoiker, z.B. Marc Aurel, anderen eine wertvolle Botschaft vermitteln (Edwards 2007, 159). Heute werden bei den meisten Suiziden, die implizit wertvolle Botschaften vermitteln könnten, durch *strukturelle und professionelle Kräfte* die Botschaften unterdrückt oder ins Negative gewendet.

⁷² Eine radikale produktive Nutzung der Suizidalität wäre der vollendete Suizid, der soziale Zeichen setzt, die von den Medien aufgegriffen werden und öffentliche Diskurse anregen (politische Suizide, vielleicht auch manche Suizide bei France Télékom).

⁷³ „Solution-focused therapy (SFT) is a collaborative and non-pathological approach to therapy ...“ (Sharry/ Darmody/ Madden 2008, 185).

⁷⁴ Charakteristisch für diese Pseudoprimärprävention ist die groteske Spezialisierung: kardio-vaskuläre, Magersucht-, rheumatoide Arthritis-Primärprävention. Diese Spezialisierung dient zur Absorption von Energie, die für eine wirksame und humane Primärprävention verwendet werden könnte.

Beispiel für Defizitansatz-Paradoxie:

Zu Recht wird in der Fachliteratur Kritik an wissenschaftlichen und alltagstheoretischen Defizitannahmen über Altern und alte Menschen geübt. Dies wird z.B. in einer Fortbildung für Altenpflegekräfte zum Thema „Depression und Suizidalität“ thematisiert (Ziervogel 2003). Gleichzeitig lernen die Fortzubildenden, dass Depression NUR eine Krankheit sei. Dass Depressionen in Zusammenhang mit Kognitionen und Umweltbeurteilungen aus der Sicht der Betroffenen gesehen werden können und dann die abwertende Stigmatisierung als „Krankheit“ nur die dominante Sichtweise darstellt, lernen sie nicht. Sie lernen die „Krankheitstheorie der Depression“ kennen, alternativenlos, quasinaturwissenschaftlich und anscheinend objektiv, mit der eindeutigen Handlungsanweisung, dass die „Depression“ wie ein Geschwür ausgemerzt werden soll. Eine simple Überlegung lässt erkennen, wie absurd ein reiner Defizitansatz von Depression ist. Ebenso könnte man einen reinen Defizitansatz von Angst⁷⁵ oder Furcht vertreten. Eine Frau, die von ihrem Mann oder Freund häufig Gewalt- und Morddrohungen erhält und deshalb Angst hat, würde dann behandelt werden, damit sie angstfrei wird⁷⁶. Dass diese Art der Fortbildung defizitär ist, darf in der Fortbildung – oder gar in dieser Dissertation – nicht thematisiert werden, ansonsten hätte die Autorin wahrscheinlich das Zertifikat nicht erhalten.

Beispiel für einen „empirisch gestützten“ Defizitansatz:

Radbruch et al. (2008) beschreiben ein Projekt zur Erforschung von Wünschen nach aktiver Sterbehilfe (WAS) und berufen sich auf eine phänomenologische Untersuchung von sieben (!) Krebspatienten zur Identifikation von Kommunikationsfunktionen, die WAS zugeordnet wurden (Coyle/ Sculco 2004). Die neun Kommunikationsfunktionen entsprechen einem Defizitansatz. Auch den drei Formulierungen, denen Positives abzugewinnen ist, wird eine negative Note hinzugefügt:

- Ein Manifest des Lebenswillens („primary paradox“),
- ein Manifest der Zurückgewinnung von Kontrolle,
- Aufmerksamkeit auf die Individualität der eigenen Person richten.

Dass die Kommunikation von Schwerkranken mit gesundem medizinischen und pflegerischen Personal, das in der Regel gegen WAS eingestellt ist, in einer Organisation, in der WAS offiziell nicht durchgeführt werden darf, keine „objektiven Motivations- und Einstellungsdaten“ liefern kann, ist ziemlich offensichtlich.

Beispiel für den Versuch der Pluralisierung

Am Beispiel der Pluralisierung des Verständnisses und des semantischen Feldes von Demenz (Kreutzner 2008, 15) kann auch das Feld von Suizidalität theoretisch und pragmatisch differenziert werden:

1. S. als Krankheit
2. S. als bio-psychozialer Zustand
3. S. als Teil des normalen Alterns
4. S. als religiöse bzw. übernatürliche Erfahrung.

Diese Differenzierung soll hier nur beispielhaft verstanden werden. Selbstverständlich wären auch andere Kategorien sinnvoll, d.h. die Kategorisierung und Theoriebildung selbst ist – jedenfalls in inter- und transdisziplinären Diskursen – zu pluralisieren.

Literatur:

Siehe „Tod und Gesellschaft“ (2004) und „Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid“ (2013).

⁷⁵ Ein Beispiel für die Medikalisierung und Denormalisierung dieses für sehr viele Menschen verständlichen und keineswegs *abnormen* Gefühls: „Wenn jemand unabweisbar von der Demenz-Angst besetzt ist, halten wir die Diagnose einer somatoformen Störung (F 45) für angemessen“ (Heuft/ Kruse/ Radebold 2006, 138). Man beachte die Wortwahl „besetzt“, die an „besessen“ erinnert und die *Verwissenschaftlichung*: F 45.

⁷⁶ Um Missverständnisse zu vermeiden: Selbstverständlich sind Behandlungen bei Leidensdruck und Einverständnis der Betroffenen, wenn sie sich innerhalb der gültigen Rechtsordnung bewegen, unabhängig von „Sinnfragen“ zu akzeptieren.