



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Erkennen der suizidalen Subjekte.
Über geschlechtliche Deutungsprozesse der
Suizidprävention in Wien.“

verfasst von / submitted by
Cornelia Schobert, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 808

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Gender Studies

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Sabine Grenz

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich meinen bescheidensten Dank für die Menschen festhalten, ohne die ich niemals an den derzeitigen Punkt gelangt wäre. Da sind meine Eltern Susanne und Georg Schobert, die mir das größte Privileg zukommen ließen, mich für meinen Bildungsweg entscheiden zu können. Da ist meine Liebe Lukas Rom, ohne den ein tägliches Aufstehen und an den Schreibtisch-Setzen nicht möglich gewesen wäre, der mit Rat und Lektorat ein ständiger Begleiter war. Vor allem muss ich Jasmin Nadjmioeslami danken, die unermüdlich lektorierte, immer für Interpretationsfragen offen war und mir das Gefühl vermittelt hat, dass mein Schreiben wichtig und interessant ist. Ich werde die gemeinsamen langen Arbeitszeiten vermissen. Auch danke ich Marie Croce und Annabella Molnár, die mir mit ihren Erfahrungen als Wegweiserinnen einen großen Gefallen erwiesen. Zusätzlicher Dank geht auch an meine Betreuung Sabine Grenz, deren Tipps und Feedback sehr hilf- und lehrreich waren. Weiters möchte ich mich bei allen Jenen bedanken und auch entschuldigen, die es aushielten, dass zeitweise mit mir über nichts Anderes als Suizid und Geschlecht zu reden war, und trotzdem bereitwillig diskutierten. Auch danke ich der BaGru Gender Studies, dass sie mir ein Büro und damit einen Raum zum Denken zur Verfügung stellten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Forschungsstand	11
2.1. Suizidverhalten als Anzeige der Geschlechterdifferenzen	11
2.2. Suizid als Diskurs	17
2.2.1. Geschlechtereffekte des pathologisierten Suizids	19
2.2.2. Geschlecht und psychische Krankheiten im Suiziddiskurs	23
2.2.3. (Un-)Sichtbare Geschlechter im Suiziddiskurs	25
3. Methodologie und Methode	28
3.1. Wissen und Diskurs	28
3.2. Subjekt und Subjektposition	31
3.3. Geschlecht als Wissenskategorie	37
3.4. Wissenssoziologische Diskursanalyse	39
3.5. Erhebung und Auswertung	41
3.5.1. Expert*inneninterviews als Erhebungsmethode	42
3.5.2. Kontaktaufnahme	44
3.5.2. Korpusbildung und Analyse	47
4. Ergebnisse	49
4.1. Interventionsorganisation- und Praxis	50
4.1.1. Seelsorgerische Vermittlung und psychosoziale, psychiatrische Betreuung	54
4.1.2. Adressierende der ‚Genderproblematik‘ – Gatekeeper haben (k)ein Geschlecht ..	57
4.2. Adressat*innen der ‚Gender-Problematik‘	59
4.2.1. Unerreichte (alte) Männer	60
4.2.2. Frauen (unsichtbar) erreicht	63
4.2.3. Geschlechtervielfalt: Epidemiologie, Identität und Biomedizin	67
4.2.4. Erkenntnisformen und Erscheinungsweisen: Statistische Performativität	75
4.3. Erklären der Gender-Disparitäten	80
4.3.1. Geschlechts-Generationen-Unterschied: <i>good versus bad user</i>	80
4.3.2. Sozietät als Katalysator	85
4.4. Indizieren von Suizidalität	90
4.4.1. Definieren von Suizidalität	91
4.4.2. Gefährdungshierarchie	93
4.4.3. Raster des Indizierens	95

5. Schluss.....	98
6. Literaturverzeichnis.....	104
7. Abbildungsverzeichnis	112

1. Einleitung

Suizid ist nicht nur ein Sterbenthema, Suizidhandlungen haben einen Impact im Leben der Überlebenden. Seit meiner Geburt und im weiteren Heranwachsen ist Suizid nicht nur eine Erzählung, die ich in meinem Umfeld vernehme, sondern es ist ein Teil meines Aufwachsens, ein Teil meiner Familien- und Freund*innen-Geschichte. Ich bin Kind einer überlebenden Schwester. Ich bin Kolleg*in eines verstorbenen Schulkollegen, Freund*in von Menschen deren Handlungen (zu meinem Glück) nicht letal endeten. Ich bin nicht betroffen und doch ist mein Leben für immer von Suizid geprägt. Allerdings ist er nicht nur in meiner Geschichte zu finden, es ist schwierig nicht mit dieser morbiden Handlungsweise in Berührung zu kommen. Die österreichische, europäische, globale, religiöse, militärische, politische, künstlerische, intellektuelle Geschichte ist durchzogen von diesen Leuchtfeuern der Selbsttötung. Es ist mir wichtig diesen weiten Faden zu spannen, denn er zeigt, dass meine Individualgeschichte keine Einzelheit ist, dass ich diese einbrennende Erfahrung mit vielen Menschen teile. Meine Haltung zu Suizid ist nicht indifferent, ich hege Faszination, teils Respekt, aber auch Wut, Angst, traurige und unbeschreibliche Gefühle dafür. Nichtsdestotrotz sehe ich die vorliegende Arbeit vordergründig als einen Gesellschaftsbeitrag. Die Themenwahl wurde zwar durch meine Erfahrungen angeregt, jedoch ist sie auch durch ein breiteres gesellschaftliches Interesse motiviert. Die Frage, die sich im Laufe der Zeit für mich gestellt und mich deutlich durch die Arbeit begleitet hat, ist: „Was kann ich mit Suizid über Gesellschaft sagen?“

Es wird deutlich, Suizid ist ein Phänomen, das Menschen schon lange beschäftigt. Die gesellschaftlichen Interpretationen sowie der strategische Umgang damit erfolgten und erfolgen sehr divers. Stellt der Suizid in manchen Kulturen eine legitime Ausdrucksweise für Trauer oder Bewahrung von Ehre dar (vgl. Lester 2012: 14), kann im deutschsprachigen Raum auf eine Geschichte der Konzeption des Suizids als eine negative, illegitime Geste (vgl. Ahrens 2007), die einen Tabubruch gegenüber einem Souverän darstellt (vgl. Macho 2017: 33-54), verwiesen werden.

Die Problematisierung von Suizid folgte in Mitteleuropa, wie etwa auch in Österreich, niemals einem einheitlichen Muster, sondern je nach historischen und gesellschaftlichen Gegebenheiten, sind andere Begrifflichkeiten, Moralisierungen und Lösungsstrategien nachgezeichnet worden. So ist es ein eine Folge geschichtlicher Entwicklungen, dass Suizid als *Selbstmord* und nicht als Umständen geschuldete Todesursache, bis heute begrifflich moralisiert bleibt (vgl. Ahrens 2007, Eichinger 2010, Hintermayr 2018, Leidinger 2012, Macho 2017). Damit Suizid überhaupt problematisiert werden kann, muss es Interpretationen und Wissen zu Suizid durch

die Überlebenden geben. Der Umgang mit Suizid kann also auch Aufschluss darüber geben, wie eine Gesellschaft von Lebenden Sterbeprozesse anhand eines Leitmotivs des „guten Sterbens“ mit Werten und Normen versieht (vgl. Schneider 2015). Dass Suizid überhaupt als ein Problem wahrnehmbar wird, für welches in weiterer Folge auch Gegenstrategien formuliert werden, zeigt solch eine Normierung und Wertigkeit.

Lösungsbemühungen, angestoßen durch die gesellschaftliche Problematisierung des Suizids, sind ebenfalls sichtbar. Als ein Beispiel ist die organisierte Suizidprävention zu nennen. Doch Schwierigkeiten der zweifelsfreien Handhabung von Suizid und Suizidgefährdung stellen sich schon bei Begrifflichkeiten ein. Es gibt nicht *die* Definition von Suizid, suizidalem Verhalten oder eindeutige Suizidgefährdung. Je nach soziohistorischen Kontexten und wissenschaftlichen Spezialisierungen finden sich andere Betonungen, die wiederum andere Schlussfolgerungen nach sich ziehen (vgl. Silverman 2011). Gleichzeitig können die Praktiken der ausdifferenzierten, aber auch vereinheitlichenden Klassifizierungen, die etwa Morton M. Silverman fordert (ebd. 2011), in Verbindung gesetzt werden mit der Entwicklung eines ordnenden Blickes, der den Suizid erscheinen lässt als das „Rätsel einer Gesellschaft, in der die politische Macht eben die Verwaltung des Lebens übernommen [hat]“ (Foucault 2014: 134). Michel Foucault beschreibt eine Verschiebung der Bevölkerungspolitik der staatlichen Souveränität in der Moderne/Aufklärung: weg davon „sterben zu *machen* oder leben zu *lassen*“ hin zu „leben zu *machen* oder in den Tod zu *stoßen*“ (ebd. 2014: 134, H.i.O.).

Das quantitative Verzeichnen der Suizide ist der Versuch über statistische Erhebungen gesellschaftliche Zeitverläufe und kausale Zusammenhänge sichtbar zu machen und somit dem uneindeutigen Phänomen habhaft zu werden. Augenmerk wird dabei auch auf die Geschlechterquote gelegt, wonach sich mehr Männer als Frauen suizidieren, jedoch mehr Selbstmordversuche von Frauen vermutet werden (vgl. BMASGK 2019: 18). Epidemiologisch suizidologische Betrachtungsweisen tragen dabei den Widerspruch in sich, dass einerseits versucht wird objektiv zu berichten, Suizid also als neutral zu konstruieren, andererseits aber Suizid, Suizidmethoden und suizidale Ursachen anhand einer binären Geschlechterdifferenz aufgezeigt werden. Somit werden Subjekte, Akte des Suizids und suizidales Handeln sowie deren Ursachen feminin oder maskulin auf der quantitativen Ebene (re-)produziert (vgl. Jaworski 2014: 34) und Suizidierte und Suizidgefährdete (nur) anhand dieser Geschlechts-Binarität sichtbar. Diese gefilterte Adressierung bedeutet, so hier die These, dass suizidgefährdete Personen, anhand der geschlechtlichen Zuordnung, innerhalb der Betreuungs- und Beratungssituationen der Suizidprävention verschieden in Erscheinung treten können und damit dem Personal sowie Hilfesuchenden differente, mehr oder weniger hilfreiche,

Handlungsfelder eröffnet werden. Gleichzeitig findet in einem ‚gesonderten‘ Rahmen die Besprechung von Suizidgefährdung der Menschen, abseits der Norm der Geschlechterbinarität, statt. Obwohl es Hinweise gibt, dass Menschen, die sich nicht in das Modell der Zweigeschlechtlichkeit einordnen, ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen (Haas et.al. 2011; Plöderl 2016a; McDermott/Hughes/Rawlings 2018), werden diese in den offiziellen Statistiken und den geschlechtsspezifischen Analysen zu Suizid kaum oder gar nicht berücksichtigt, wie etwa der Suizidbericht sowie die Todesursachenstatistik in Österreich zeigen (vgl. BMASK 2019; Statistik Austria 2019). Damit scheint die Vermutung plausibel, dass eine quantitative Erfassung nicht oder kaum stattfindet und somit ein (Weiter-)Bestehen eines ‚blinden Flecks‘ in der Suizidprävention begünstigt wird.

Auf Basis der vorangegangenen Überlegungen ergibt sich für mich folgende Überlegung: wenn das als Fachwissen legitimierte Wissen der Suizidologie, Psychiatrie oder Psychologie betrachtet wird als das Phänomen als solches konstituierend, also als diskursiv produziertes und produzierendes Wissen (vgl. Eichinger 2010, Jaworski 2014, Taylor 2015), wird institutionalisiertes Handeln in der Suizidprävention als Effekte machtvoller Diskurse sichtbar. Das Forschungsinteresse ist, wie Geschlecht strukturierend bei der diskursiven Herstellung suizidgefährdeter Subjekte wirkt, wie Geschlecht und Suizid in einen erklärenden Zusammenhang gesetzt werden. Weiter, wie dieses Wissen zum geschlechterspezifischen Handeln und Interaktion in der Suizidprävention selbst verfestigt wird. Folgende Frage dient mir dabei als Leitfrage:

Wie werden geschlechtliche Deutungen zu Suizidalität und Subjektpositionierungen des suizidalen Subjektes durch das Personal der sekundären Suizidprävention (re-)produziert ?

Der Begriff „Suizidales Subjekt“ umfasst hier Menschen, die als suizidgefährdet eingestuft werden, entweder durch Selbsteinschätzung oder Zuschreibung durch ein soziales Umfeld. Als suizidgefährdet gilt in der Krisenintervention und Suizidprävention eine Person dann, wenn das Risiko von suizidalem Verhalten höher ist, als im Vergleich zu einer, als normal eingestuften Personengruppe. Suizidales Verhalten umfasst dabei direkte und indirekte Suizidankündigungen, Suizidversuche sowie Suizide (Sonneck/ Kapusta/Tomandl/Voracek 2016: 160).

Ich beschränke mich hierbei auf Subjektpositionierungen der betreffenden Suizidalen, innerhalb der Institutionen durch das professionalisierte Personal. Das Wissen der Experten*innen vor Ort, sowie die institutionalisierte Ausgestaltung der Suizidprävention, sind maßgeblich daran beteiligt, dass Personen als suizidgefährdet adressiert und als solche einer

Position zugewiesen werden. Daher wird diese Personengruppe hier als Subjektivierungsinstanz bezeichnet, als eine Gruppe, die Anforderungen und Grenzziehungen von Geltungsbereichen der „Suizidgefährdung“ an Menschen, Klient*innen, Betroffene o.Ä. vermitteln. Der Begriff der Subjektivierungsinstanz, wurde von Saša Bosančić gewählt, um eine Gruppe von Professionellen konzeptuell greifbar zu machen, die „gemäß der im jeweiligen Feld zirkulierenden Subjektpositionen die daraus hervorgehenden ‚Anforderungskataloge‘ an die entsprechenden ‚KlientInnen‘ vermitteln“ (Bosančić 2016: 113). Bezüglich der Suizidprävention ist von Interesse wie die Interventionen und Anforderungen an Suizidgefährdete formuliert werden. Zusätzlich wie die Auswahl der entsprechenden Klient*innen passiert, wer aus welchen Gründen wie als suizidal gerahmt und damit in die Zuständigkeit für Intervention fällt. Das Deuten, Auswählen und Ansprechen von Suizidgefährdeten durch das Personal, wird hierbei nicht geschlechtsneutral betrachtet, suizidales Handeln wird ebenfalls genderspezifisch konnotiert interpretiert (vgl. Jaworski 2014; Hintermayr 2018). Die Frage ist, wie wird Suizidalität durch Geschlecht strukturiert und performativ sichtbar? In dieser Perspektive werden die stattfindenden Entscheidungsprozesse und Arbeitsroutinen, die mit Geschlechterwissen im Zusammenhang stehen, als ein Möglichkeitsrahmen angesehen für eine geschlechtsspezifische Adressierung. Dieser Umgang wird hier als historisch, soziokulturell bedingt begriffen. Jedoch wird nicht davon ausgegangen, dass die Interpretation und Annahme der Subjektpositionen widerstandlos und deckungsgleich passiert. Ob und wie die als suizidgefährdet Angesprochenen die Subjektposition einnehmen und dieser entsprechen, ist eine empirische Frage, die hier nicht beantwortet werden wird. Ziel dieser Arbeit ist das Betrachten der Platzzuweisung, um aufzuzeigen, welche Subjektpositionen durch Geschlecht im Suizidpräventionsdiskurs gegenwärtig zirkulieren.

Aufgrund des zeitlichen und quantitativen Rahmens der geplanten Arbeit, werde ich mich auf den Bereich der sekundären Suizidprävention beschränken. Maßnahmen der Suizidprävention umfassen mehrere Ebenen, die jeweils andere Akteur*innen sowie lang- und kurzfristige Ziele beinhalten. Die Ebene der sekundären Suizidprävention umfasst konkrete, individuell ausgerichtete Intervention durch spezifisches, psychosozial geschultes Personal bei Menschen, bei denen ein Verdacht der Suizidgefährdung auftritt (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 107-110).

In dieser Arbeit untersuche ich inwiefern sich geschlechtliche Zuschreibungen zu suizidalen Subjekten und deren Handeln in ihrer Performanz verfestigen. Ich beleuchte mit einer diskurstheoretischen Perspektive wie Geschlechterwissen in die deutende Praxis Eingang gefunden hat, in der Menschen als suizidgefährdet adressiert werden. Gleichzeitig ist auch von

Interesse wie die Reproduktion der Kategorie Geschlecht in der Praxis stattfindet oder ob Potentiale der diskursiven Verschiebung bemerkbar sind. Anders formuliert, untersuche ich wie Geschlecht als Wissenskategorie den „ärztlichen Blick“ (Foucault 2016) prägt. Besonderes Augenmerk wird hier auf Geschlechtervielfalt gelegt. Wenn zum Beispiel Trans*Personen zu einer Risikogruppe der Suizidgefährdung gehören, ist die Frage inwiefern in der Suizidprävention ein Bewusstsein dafür herrscht und ob von Beginn an Sensibilität im Umgang besteht. Die weitere damit implizierte Frage ist, ob und wie in der sekundären Suizidprävention Suizidalität selbst vergeschlechtlicht konzipiert wird. Es werden jedoch nicht individuelle Motive zu suizidalen Verhalten nachgezeichnet oder moralisch besprochen, auch kein Resümee über die „Effizienz“ und Wirksamkeit der suizidpräventiven Maßnahmen gezogen. Zusätzlich werden die Themenbereiche Hospiz sowie Selbstmordattentate hier nicht bearbeitet.

Als methodische Herangehensweise wird die Wissenssoziologische Diskursanalyse (WDA) nach Reiner Keller verwendet, um im ausgewählten Diskursausschnitt zirkulierende Subjektpositionierungen zu erforschen. Dazu wurden im Bereich der sekundären Suizidprävention teilstrukturierte Expert*inneninterviews geführt und, im Zuge eines Kodierprozesses und anschließender Sequenzanalyse, bezüglich inhärenter Detungsmuster und Narrative ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine diskursive Verschiebung nachgezeichnet werden kann. Durch Geschlecht hindurch finden unterschiedliche Positionierungen in hierarchisierenden Relation statt, wonach rhetorisch und strategisch Männlichkeit in Intersektion mit Alter ins Sichtbarkeitsfeld gerückt wird. Frauen scheinen (ungesagt) selbstverständlich und werden in der unterstützenden Position hervorgehoben. Nicht-binäre, prozesshafte Geschlechterformen werden in einen abgetrennten Diskurs verortet. Auch lässt sich anhand der Thematisierung von Geschlechtsidentifikationen, die nicht dem Zweigeschlechtermodell folgen, nachvollziehen, wie die Aktualisierung des dichotomen Geschlechterwissens die Subjektpositionen reproduziert, worin Personen in geschlechtlich binärer Expression erscheinen können.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Zuerst wird die themenrelevante wissenschaftliche Debatte aufgearbeitet (Kapitel 2), um danach meine epistemologischen und methodologischen Positionen und gewählte Vorgehensweise (Datenerhebung und Auswertung) zu erläutern (Kapitel 3). Im zweiten Teil werden die Analyseergebnisse anhand der Kategorie-Cluster, „Interventionsorganisation und -praxis“ (4.1.), „Adressat*innen der ‚Gender-Problematik‘“ (4.2.), „Erklären der Gender-Disparitäten“ (4.3.) und „Indizieren von Suizidalität“ (4.4), vorgestellt und diskutiert.

2. Forschungsstand

2.1. Suizidverhalten als Anzeige der Geschlechterdifferenzen

Das geschlechtsspezifische Suizidverhalten ist Teil einer länger anhaltenden und auch international viel diskutierten Debatte. Die Differenz zwischen Frauen und Männern bezüglich der Suizidrate und -methoden, inklusive differenten Erklärungsansätzen für die Genderdisparitäten, sind seit der Genese quantitativer Erhebungsverfahren sowie epidemiologischen Aufzeichnungen zu finden. Die soziologische Disziplin ist ,bereits seit dem 19. Jahrhundert eine der Mitgestalterinnen der wissenschaftlichen Beforschung des Suizids und seinen Ausdrucksformen. Weit verbreitet waren und sind positivistische und strukturalistische Ansätze – allen voran Émile Durkheims Studie *Der Selbstmord* und seinen Idealtypen der Selbstmordarten (Durkheim 2017) – von welchen Aussagen über soziogeographische und -kulturelle Zusammenhänge sowie den geschlechtlichen Ausprägungen erhofft wurden. Die Durkheim'sche Tradition setzt sich fort, trotz kritischen Interventionen bezüglich Ontologien des Suizids und des ,Schärfegrades', der eindeutigen Aussagekräftigkeit der statistischen Erhebungen. Die daraus gezogenen Schlüsse, unter den demographischen Bedingungen der Anwendung des Instruments, sind mehrfach kritisiert worden, lautstark auch von Jack D. Douglas, der im deutschsprachigen Raum weniger rezipiert wurde (Wray/Colen/Pescosolido 2011: 509). Dem Symbolischen Interaktionismus folgend und in Abkehr vom Verständniss von Durkheim, plädiert er dafür, dass Suizid und suizidale Handlungen nicht als abstrakte Fakten, sondern in ihrem *sozialen Sinn* erforscht werden sollen (Douglas 1971). Trotz Kritik bleibt die strukturalistische Perspektive prominent und ist auch ungebrochen mit der zunehmenden Beachtung der Diskurse der sogenannten Psy-Fächer, Psychlogie und Psychiatrie (Wray/Colen/Pescosolido 2011).

Besprechen Wray/Colen/Pescosolido dies in einem internationalen soziologischen Diskurs, wird in Österreich dieses Bild in ähnlicher Weise wiedergegeben. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hat auch im Jahr 2019 einen Suizidbericht veröffentlicht, der über aktuelle Zahlen, Projekte und Problemfelder zu Suizid und Suizidprävention informiert. Demnach sind im Jahr 2017 insgesamt 1.224 Suizide in Österreich verzeichnet worden, worin ein leichter Anstieg gegenüber dem Vorjahr bei den Männern (auf 964 Suizide) und ein leichtes Sinken bei den Frauen (auf 260 Frauen) beobachtet wurde (BMASGK 2019: 12). Suizid wird auch hervorgehoben im Vergleich zu anderen Todesursachen, besonders wird die Relation mit Verkehrstoten betont: „Im Jahr 2017 wurden mit 1.224 Suiziden fast dreimal so viele Suizide wie Verkehrstote (414 Personen)

verzeichnet“ (ebd. 2019: 15). Die Feststellung der höheren Zahl der Suizidierten gegenüber den Verkehrstoten motiviert eine Thematisierung der Präventionsmaßnahmen. Auch wird die Suizidrate im steigenden Lebensalter stark thematisiert. So zeigt die Tabelle des Fünf-Jahres-Durchschnitts der Jahre 2013-2017 der standardisierten relativen Suizidraten¹ (Suizide pro 100.000 Einwohner*innen), dass die Suizidraten in den Alterskohorten 55-59 Jahre steigt, dann wieder sinkt und dann ab 60 Jahren wieder zunimmt (siehe Abbildung 1). Die relative Suizidrate steigt besonders durch die Zunahme der Suizide der männlichen Gruppe, wohingegen die Suizidrate der Frauen ab 50 Lebensjahren auf einem ähnlichen Niveau bleibt, zumindest im graphischen Vergleich (ebd. 2019: 13).



Abbildung 1 Vergleich der standardisierten Suizidraten österreichweit nach Alter und Geschlecht im Fünf-Jahres-Durchschnitt 2013-2017. Die X-Achse zeigt Alterskohorten, die Y-Achse die Suizidzahlen pro 100.000 Einwohner*innen (BMASGK 2019: 13).

Ein anderes Bild wird gezeichnet, wenn nicht altersstandardisierte, sondern absolute Zahlen herangezogen werden. Im Jahr 2018 sind insgesamt 1.245 Menschen (950 Männer und 295 Frauen) unter der Todesursache „Selbsttötung und Selbstbeschädigung“ verzeichnet worden (Statistik Austria 2019). Wie Abbildung 2 zeigt, sind in absoluten Zahlen im jüngeren und mittleren Altersbereich, von 10 bis 50 Jahren, die höchsten prozentualen Suizidraten angegeben. Es zeigt sich, dass der Anteil empirisch beobachtbaren Suiziden bei den Todesfällen von Männern und Frauen in den jüngeren Jahren sehr hoch ist und bei beiden Gruppen dann in Relation zu anderen Todesursachen im ansteigenden Lebensalter abnimmt. Jedoch steigen die Todeszahlen überdurchschnittlich proportional mit dem Lebensalter an.

¹ Die Standards sowie die Klassifikation von Statistik Austria, die als Grundlage für die Berechnungen des Suizidberichts herangezogen wurden (BMASGK 2019:13), lauten wie folgt: „Ab 2002 Klassifikation der Todesursachen auf entsprechend ICD10 Version 2013 und altersstandardisierte Raten auf Basis der Eurostat-Standardbevölkerung 2013“ (Statistik Austria 2019).

Zu beachten ist auch der relativ hohe Anteil der Todesursache „anders“ (siehe Abbildung 2) in allen Altersgruppen. Diese umfassen „sonstige“ Krankheiten und nicht näher bestimmbare Verletzungen und Todesfolgen. In der Todesursachenstatistik fällt Suizid in die Kategorie „Verletzungen und Vergiftungen“, worin auch „Ereignisse, nähere Umstände unbestimmt (Y10-Y34, Y87.2)“ (Statistik Austria 2019) verzeichnet sind². Im Vergleich sind die Todeszahlen 2018 österreichweit zu Suizid und unbestimmte Ereignisse ausgewiesen zu Männern 950 zu 271 (Mord, tätliche Angriffe 22), zu Frauen 259 zu 113 (Mord, tätliche Angriffe 29) (ebd. 2019). Das heißt, es muss auch bedacht werden, dass Aussagen zu Suizid nur Todesfälle betreffen, wo ein Suizid nach den Kriterien des ICD 10 festgestellt werden konnte. Bei den Suizidversuchen kann nur von Schätzungen der WHO ausgegangen werden, weil dazu „keine verlässlichen Zahlen vor[liegen], da sie oft nicht als solche erkannt bzw. nicht entsprechend dokumentiert werden und auch nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen“ (BMASGK 2019: 18). Die nicht-letalen Suizidhandlungen werden demnach im quantitativen Bereich zwischen 12.000 und 36.000 Suizidversuchen pro Jahr geschätzt, wobei geschätzt hier Frauen häufiger als Männer einen Suizidversuch begehen (ebd. 2019: 18).

Dass Verkehrstote in absoluten Zahlen unter den Suizidzahlen liegen, wird dadurch erklärt, dass staatliche, gesetzliche Interventionen auf die Entwicklung der Todeszahlen einen minimierenden Effekt haben. In ähnlichem Licht wird die Waffengesetzgebung und die Einführung von Medienrichtlinien in Bezug auf suizidpräventive Wirkung wahrgenommen (Haring et.al. 2011: 20). Suizidprävention wird, je nach Bundesland, unterschiedlich organisiert, jedoch lassen sich die Einrichtungen und Handlungsstrategien in drei Bereiche einordnen: Suizidprävention wird in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden. Die Ebene primären Suizidprävention umfasst einen breiteren öffentlichen Bereich: Information zu sozialen und gesundheitlichen Versorgungsleistungen, Leitlinien für Berichterstattungen, Ausbildungen und Schulungen sowie Maßnahmen Steigerung der Zugangshürden bekannter Suizidmethoden. Sekundäre sowie tertiäre Suizidprävention bezieht sich dann explizit auf angekündigte und erfolgte Suizidhandlungen, also auf partielle Personengruppen und nicht mehr auf die Gesamtbevölkerung (Wolersdorf/Etzendorfer 2011: 108-110).

² Nach dem ICD 10 Code-Schlüssel (Version 2013) umfasst der Bereich: „Ereignisse, über die nur unzureichende Informationen vorliegen, so dass von medizinischer oder juristischer Seite keine Unterscheidung zwischen Unfall, Selbstbeschädigung oder tätlichem Angriff möglich ist. Er schließt selbstzugefügte Verletzungen ein, nicht jedoch (selbstzugefügte) Vergiftungen, wenn nicht angegeben ist, ob sie durch Unfall oder in Schädigungsabsicht zustande gekommen sind“ bzw., „Folgestände nach einem Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind“ (DIMDI 2012: Y10-34, Y87.2).

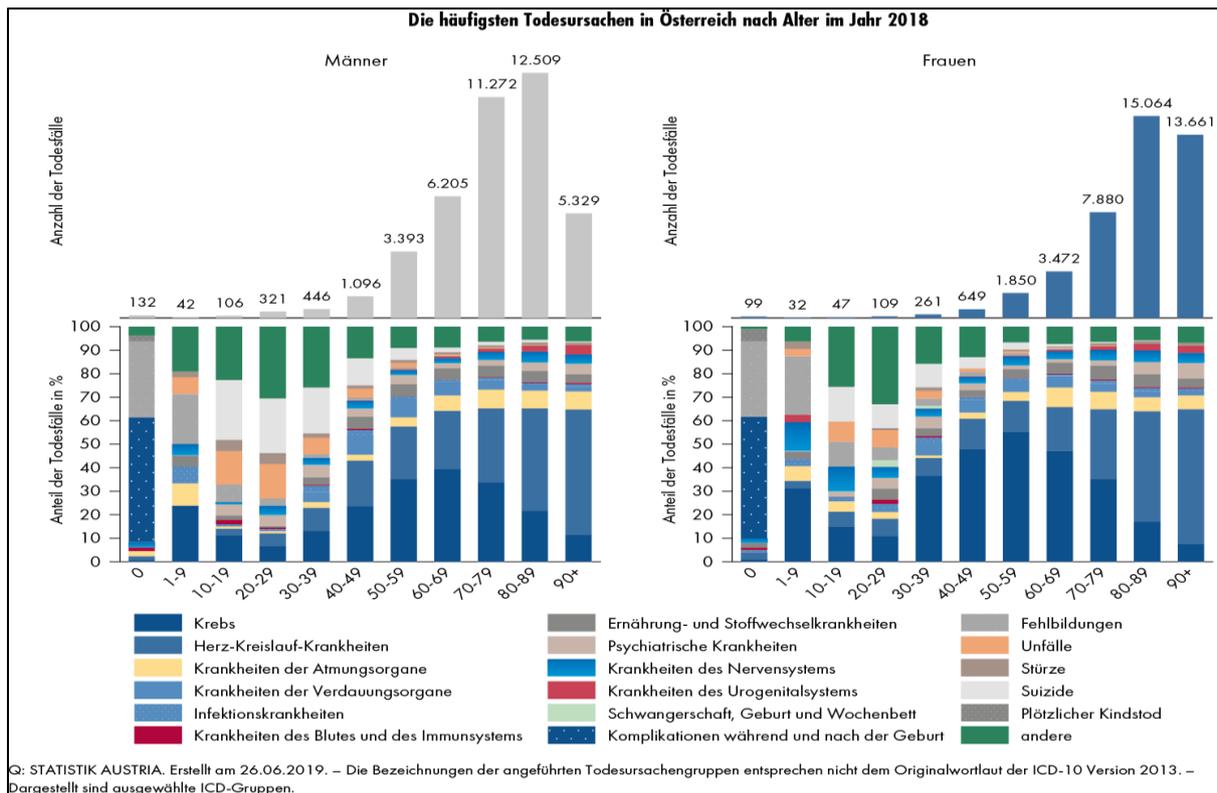


Abbildung 2 Vergleich der häufigsten Todesursachen in Österreich in absoluten Zahlen nach Geschlecht und Alter (Statistik Austria 2019, URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html).

Der Unterschied zwischen dem sekundären und tertiären Bereich ist, dass bei der Sekundärprävention „[d]ie Umsetzung von Suizidideen über -absichten in Suizidversuche bzw. das Versterben im Rahmen einer suizidalen Handlung [...] verhütet werden [sollen]“ und bei der Tertiärprävention soll einem „Wiederauftreten von suizidalen Krisen im Sinne der rezidivierenden Suizidalität bzw. Wiedererkrankungsprophylaxe“ (ebd. 2011: 110) entgegengewirkt werden. Intervenierende Suizidpräventionseinrichtungen sind in Wien durch das Kriseninterventionszentrum, den ambulant psychiatrischen und beratenden Einrichtungen des Psychosozialen Dienstes (wie etwa der Sozialpsychiatrische Notdienst) sowie psychiatrischen Abteilungen in Krankenhäusern gegeben (Sonneck/Kapusta/Tomandl/Voracek 2016: 320). Um die verschiedenen Bereiche zu koordinieren wurde ein Suizidpräventionsplan Austria (SUPRA) ins Leben gerufen, im Zuge dessen bundesweite Leitlinien und Empfehlungen veröffentlicht werden und der die Relevanz von Suizidprävention in diverse Bereiche der Gesellschaft verbreiten soll: Es „ist eine zentrale Anlaufstelle für alle, die im Feld Suizidprävention tätig sind. Die Koordinationsstelle soll als Katalysator und Vernetzungsplattform wirken, vorhandenes Wissen über Suizidalität, Prävention und Hilfsangeboten sammeln und im Sinne des SUPRA-Programms in die Öffentlichkeit bringen“ (Haring et.al. 2011: 28). Damit ist SUPRA keine verpflichtende Vorgabe, jedoch

findet es in der Suizidpräventions-Planung eine Berücksichtigung und kann auch als Ort des Wissenskollektion und -vermittlung gesehen werden. Der Suizidbericht zu 2018 thematisiert etwa ein Gatekeeper-Trainings-Konzept, in dem Wissen zu Suizidprävention einerseits gesammelt und standardisiert werden soll. Andererseits, mit dem sogenannte Gatekeeper Berufsgruppen geschult werden sollen, etwa beratende und behandelnde Berufsgruppen des Erstkontaktes mit potenziellen suizidgefährdeten Menschen. Diese Schulungen sollen durch zertifizierte Expert*innen durchgeführt werden (BSAGK 2019: 30-31).

Die Suizidberichte des Bundesministeriums sowie ähnliche epidemiologische Publikationen weisen den Geschlechterunterschied, in einem positivistischen Verständnis, als selbstevident aus. Jedoch bieten die Statistiken keine Beschreibungen, warum der quantitative Unterschied sich jährlich wiederholt lesen lässt. Dies ist dann eine Sache der Interpretation und Heranziehens von Geschlechtermodellen, die von einem spezifisches Geschlechterwissen als Grundlage ausgehen. Die Erklärungsansätze, variieren zwischen biologisch, genetischen Modellen oder soziokulturellen Geschlechterrollen, gemein bleibt aber, dass eine Geschlechterdifferenz zwischen Männer und Frauen als gegeben angenommen wird, demnach eine binäre Erklärungsweise logisch ist:

„So wird offensichtlich, dass bei der Forschung und Praxis der Suizidprävention die oft implizierte ‚Eingeschlechtlichkeit‘ den Weg zum weiteren Verständnis der Suizidalität und ihrer Erforschung verstellt. Wenn wir nun hinreichend zur Kenntnis nehmen, dass Männer und grundlegend verschieden sind, dann kann es gar keine geschlechtsneutrale Betrachtung ‚von oben‘ geben, sondern muss ‚irdisch‘ zugehen, wenn unsere Forschung und Praxis weiterkommen sollen“ (Sonneck/Stein/Voracek 2002: 7).

Wie aber eine unterscheidende Praktik unternommen wird, welche Attribute wem wie zugeschrieben werden und wie die Erklärungsmuster geschlechtlich geordnet werden, bleibt hier unhinterfragt. Auch wird das Erhebungsinstrument nicht hinterfragt, sondern die Kritik von Sonneck/Stein/Voracek fordert, dass die suizidpräventive Praxis sich nach den statistischen Ergebnissen zu richten hat und somit die Gruppe der Suizidierten trennscharf in zwei Bereich zu teilen sind.

Doch die Statistik hat Geschichte, die Fakten sind Resultate menschlichen Handelns. Die Suizidstatistik ist auch in Österreich geprägt von Unsicherheit, vor Allem durch die Notwendigkeit einer Obduktion. So gibt auch Statistik Austria zu bedenken, dass die Feststellung der Todesursache zwar gewissenhaft verfolgt wird, aber „[i]n manchen Fällen sind Fehlklassifikationen auf Grund falscher oder unsicherer Angaben der Totenbeschauärztinnen und Totenbeschauärzte oder Hebammen trotz Vorkehrungen bei der Aufarbeitung nicht vermeidbar, wie z.B. vor allem bei Todesfällen im Zusammenhang mit Drogenkonsum

(Unfallgeschehen oder Suizid) oder bei hochgradig multimorbiden Personen, insbesondere bei Hochbetagten“ (Statistik Austria 2012: 16). Durch die definitorische Notwendigkeit einer Feststellung einer Intention der suizidalen Handlung (Silverman 2011: 16) kann das Unterscheiden von Suizid oder Nicht-Suizid sehr schwierig werden und dessen Deutung ist vor allem eine Frage des Sozialen (vgl. Douglas 1971).

Silvia S. Canetto und Isaac Sakinofsky haben anhand von Daten in Kanada und den USA den statistischen Gender-Gap im suizidalen Verhalten genauer untersucht. Sie kommen zu dem Teilergebnis, dass sich, in den von ihnen untersuchten Daten, zwar einen Unterschied in der Mortalität feststellen lässt, jedoch die Breite des Unterschieds geringer ausfällt, wenn Unsicherheitsfaktoren, wie unbestimmte Todesfälle mitberücksichtigt werden. Die Differenz zwischen Männer und Frauen fällt, ihrer Ansicht nach, viel weniger extrem aus. Bezogen auf Kanada, „[f]emale deaths possibly due to suicide are more likely than male deaths to be classified as ‘not suicide’ suggests that the actual gender gap in suicide mortality may be less extreme than that documented in official statistics” - unter anderem, aufgrund der Methodenwahl, die bei Frauen eher als Unfall klassifiziert werde (Canetto/Sakinofsky 1998: 8-9). Auch geben sie zu bedenken, dass die soziokulturelle Deutung des Suizidversuchs als Hilfeschrei, der tendenziell Frauen zugeschrieben wird, irreführend sein kann. Viele Suizidversuche würden Suizidversuche bleiben, obwohl eine Intention zu sterben gegeben ist, einfach aus dem Grund, dass die Handlung durch Unwissenheit zu der Methode, oder schlichtweg ‚Pech‘, nicht zu dem gewünschten Ergebnis führt. Ein unausgesprochener Wunsch nach Hilfe kann auch bei Menschen vorhanden sein, die aufgrund der suizidalen Handlung versterben (ebd. 1998: 9). Sie beschließen ihre Überlegungen, dass ein quantitativer Unterschied in den Statistiken zu finden ist, die Erklärungsweisen jedoch oftmals eher Stereotype aufgreifen, als hinreichend sind. Stattdessen empfehlen sie, dass eine soziokulturelle Perspektive sozialen Verhaltens eingenommen werden soll, die Verhaltensräume und Taten unterschiedlichen kulturellen Deutungen zuführen. „[I]t can explain why in some localities and during particular periods, women and men use different methods while at other times and places they do not, and why the mortality rates from the same method may vary by gender. In addition, [it] can address the gender differences in reporting behaviors” (ebd. 1998: 19).

Damit schneiden Canetto/Sakinofsky einen weiteren wichtigen Aspekt an: In der Frage nach dem Publikum der Suizidprävention, gibt es Erfahrungsberichte, die eine unterschiedliche Nutzung der Präventionsangebote und Effekte von psychosozialer Arbeit thematisieren. Michael Witte bespricht die Inanspruchnahme von beratenden psychosozialen Diensten (wie etwa Kriseninterventionszentren, Telefonseelsorge), wonach mehr bzw. auch zeitlich früher

Frauen als Männer, Therapie und Beratung in Anspruch nehmen. Dabei werden Stereotypen verstärkt, bzw. deren Aufbrechen verhindert, wenn sich die Meinung durchsetzt, dass Männer weniger Beratung ‚bräuchten‘. Dabei geht es nicht um weniger Brauchen, sondern Witte sieht Zugangshürden in der Beratungspraxis: aufgrund von Rollenerwartungen sowie Sozialisationsprozessen bei Männern, wo Hilfe anzunehmen als „Schwäche“ gelte oder nicht einem „Selbstbild“ entspräche und der Anspruch besteht mehr in Eigenleistung zu schaffen. So gebe es auch unterschiedliche Selbstbilder zu Stress- und Problembewältigung. Witte sieht dabei die Hürde in der Angebotskultur von Beratungsstellen bzw. Beratungsarbeit, beispielhaft für Berlin, die sich kaum oder gar nicht an Männer richten und, wenn, eher Homosexualität spezifisch berücksichtigen. Witte zieht den Schluss, dass männliches Hilfesuchverhalten thematisiert werden muss und sich auch das Beratungsangebot in personeller und räumlicher Weise danach richten soll (Witte 2001).

Es zeigt sich, dass Geschlecht, insbesondere Geschlechterdifferenz, für psychosoziale und suizidpräventive Einrichtungen hohe Relevanz hat. Die Organisationen sind den Klient*innen-Kontakt angewiesen, denn Hilfsleistungen funktionieren nur in Zusammenarbeit. Schildert Witte, warum aus Sicht der Männer Zugangshürden bestehen, stellt sich auch die Frage, wie und ob ein Ansprechen und Deuten der Organisationen bereits stattfindet und ob ein Publikum überhaupt als solches adressiert wird. Werden diese adressierenden Praktiken nicht untersucht, kann die nicht-gewollte Konsequenz lauten, dass Ansprechen und Einordnen von Klient*innen und Patient*innen in einem Stereotypen reproduzierenden Modus passiert.

2.2. Suizid als Diskurs

Zu den geschlechtlichen Effekten zu Suizid sind auch andere Erkenntnisperspektiven eingenommen worden. Hierbei geht es um die Frage, wie ein Suiziddiskurs Seins- und Deutungsweisen weisen geschlechtlicher suizidale Subjekte zur Sprache bringt und damit ermöglicht und reproduziert. Suizid- und Suizidpräventionsdiskurse, inklusive der Thematik der Geschlechterdifferenz, sind eingebettet in diachrone und synchrone Gesellschaftsprozesse. Die Stellung des Suizids und die gesellschaftliche Ausverhandlung unterliegt Veränderungsprozessen.

So diskutiert Thomas Macho zeitdiagnostisch, ob sich in der europäischen Kultur der Moderne eine Entwicklung feststellen lässt in Richtung „suizidfaszinierte Kultur“, in der sich eine vermehrte Aufmerksamkeit, Thematisierung, teils Heroisierung und Faszination bemerken lässt. Den Begriff der Selbsttechniken von Michel Foucault aufgreifend, verwendet Macho den Begriff der Faszination, die eine steigende Beschäftigung damit sehen lässt, wie Suizid eine

Form des Selbstprojektes werden und vermehrt in Verbreitung von symbolischen Kulturtechniken aufgegriffen werden kann (Macho 2018: 14-16). Macho zeichnet damit einen Wandel nach, in dem Sinn, dass das Reden von Suizid lauter zu vernehmen ist, als vor der Moderne und beispielweise in Diskursen zu Sterbehilfe sichtbar wird. Die Ermöglichung dieses Wandels sieht Macho in der diskursiven Pathologisierung des Suizids, die eine Loslösung von Kriminalisierung und moralischer Abwertung einleitete. Die heutige Infragestellung der Pathologisierung des Suizids sieht er dann als einen weiteren Diskursverlauf (ebd. 2018: 445-446).

Die Entwicklung der Pathologisierung hat auch Eva Eichinger anhand einer Genealogie des Suiziddiskurses in Österreich und dem Einsetzen der professionellen Pathologisierung beforcht, insbesondere in der Suizidprävention. Darin kann sie, wie Hintermayr (2018) und Leidinger (2018), zeigen, dass verschiedene Diskursstränge (etwa Suizid als Freitod versus als Suizid Ausdruck einer Krankheit) auf unterschiedliche Entwicklungslinien zurückzuführen sind und der Psychiatriediskurs sich gegenwärtig gegenüber religiös-seelsorgerischen, gesellschaftlich orientierten Diskursen als Leitdiskurs durchsetzt. Allen Diskurssträngen bleibt aber gemein, dass sie Suizid als Devianz ablehnen. Suizid wird damit vermehrt im Zuge einer Pathologisierung als Phänomen ins Sichtfeld gerückt. Zusätzlich stellt Eichinger fest, anhand der Diskursanalyse diverser Interviews mit Erwerbstätigen und Expert*innen innerhalb verschiedener Suizidpräventionsinstitutionen in Österreich, dass eine Individualisierung des Umgangs mit und Interventionen des Suizids sowie eine Ökonomisierung der suizidpräventiven Angebote stattfinden. Damit ist eine Verschiebung der Verantwortung und Kultivierung von *Selbst*-techniken nachgezeichnet: „Die Paradoxie der illusionären Autonomie und Freiheit in Abhängigkeit von Selbstaktivierungsnormen und Doping bis Medikalisierung kennzeichnen das moderne Subjekt“ (Eichinger 2011: 208). Es ist Aufgabe der Einzelnen *sich um sich zu kümmern*, einem Bild der Leistungsfähigkeit zu entsprechen. Institutionen des Gesundheitswesens helfen Personen nicht nur aus individuellen Krisen heraus und begleiten etwaige Krankheiten, sondern stellen sicher, dass das Um-Sich-Kümmern weiterhin gewährleistet ist. Diese Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen, etwa durch Suizid, ist damit auch eine Verweigerung dieser Selbstaktivierungsnormen.

Eichinger verknüpft Suizid als Verweigerung mit einem Diskurs der „Aktivierung“. Stefan Lessenich bespricht dies anhand der Beziehung zwischen Sozialstaat und prekären Subjektpositionen, es lassen sich aber Parallelen ziehen: Individuen sind angehalten durch Selbst-Techniken unternehmerisch und Risiko abschätzend zu handeln, früh genug vorzusorgen, um der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen. Prekarität erscheint in diesem Lichte nicht als ein

Zustand, der Alle betreffen kann, sondern als eine individuelle Nachlässigkeit, die trotz „Aktivierung“ durch den Staat nicht genutzt wurde. Sozialleistung ist in dieser Lesart dann nicht als Recht des*der Einzelnen, sondern ein Mittel der „Aktivierung“ für die Pflicht gegenüber einer Gemeinschaft (Lessenich 2012: 117-120).120). Suizid ist in dieser Sichtweise nicht nur ein ‚krankheitsbedingtes‘ Scheitern der*des Einzelnen, trotz Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Hilfsleistungen, sondern auch ein Tabubruch gegenüber eines Gesellschaftskollektivs³. Dem liegt ungebrochen die Annahme zugrunde, dass eine Intervention durch Institutionen der Suizidprävention deviantes suizidales Verhalten mildern oder verhindern könnte. Damit ist nicht nur die Frage nach einem Wie der Intervention relevant, sondern Erreichbarkeit muss gegeben sein, sodass die Einzelnen die Dienste nutzen können. Mit dieser Individualisierung der Zuständigkeit und den ‚aktivierenden‘ Interaktionen, wird Verantwortung für ein Scheitern den Einzelnen zugeschrieben. Chloë Taylor sieht in dieser kontingenten, diskursiven Entwicklung eine Verortung, eine „Geburt“ des suizidalen Subjektes als eine Position der Passivität. Mit Ian Marsh kritisiert Taylor, dass Suizid und suizidales Verhalten nicht mehr als Handlungen innerhalb eines sozialen Kontextes verstanden werden, sondern als ein Symptom einer Krankheit, die dieses Handeln unpolitisch erscheinen lässt: „[T]he suicidal subject is viewed as - and views her[*his]self as - a passive victim of her[*his] own unhealthy mental state“ (Taylor 2015: 200). Damit wird Suizid vor Allem über die Frage nach der Bekämpfung von Krankheiten innerhalb medizinisch-psychiatrischer Diskurse zugänglich. Epidemiologische Diskurse erscheinen dann als Anzeige, wie (un-)erfolgreich Suizidprävention in einer Gesellschaft ist.

2.2.1. Geschlechtereffekte des pathologisierten Suizids

Michaela Hintermayr (2018) zeichnet in einer Analyse des österreichischen Suiziddiskurses anhand der Geschlechterdifferenz im Zeitraum von 1870 bis 1970 nach. Ihr Interesse ist dem Umstand geschuldet, dass Suizid philosophisch, wissenschaftlich und gesellschaftlich immer nach Geschlechtern getrennt behandelt wurde und unterschiedliche Zuschreibungen und Moralisierungen erfuhr. Im Zuge der Untersuchung argumentiert sie, dass Wissen zu Suizid durch die Geschlechterdifferenz hindurch intelligibel gemacht wurde und dadurch gesellschaftlich verbreitete Risikoeinschätzungen und Bewertungen der vollzogenen Akte

³ Ahrens (2007), Macho (2018: 33-54) und Leidinger (2012: 56-60) besprechen diese Diskurslinie als das Verhältnisses des*der Einzelnen gegenüber der Souveränität, entweder in Form von Ahnen, Gottheiten, eine Gott, dem*der König*in oder später gegenüber des Staates und Nation. Lessenich zeigt auf, wie sich dies in der Praxis eines Sozialleistungssystems widerspiegeln kann, beschreibt dies aber im Themenbereich Arbeit sowie Armut und Prekarisierung.

stereotyp diskutiert wurden. In der historischen Betrachtung zeigt sie, wie psychiatrische und seelsorgende Diskurse lauter wurden – insbesondere um den Wiener Psychiater Erwin Ringel und der Gründung der „Lebensmüdenfürsorge“ – jedoch in diesen unhinterfragte soziokulturelle Skripte zu Geschlecht den Prozess der fortschreitenden Pathologisierung maßgeblich beeinflussten. So bieten Ringels Fallberichte einen Aufschluss, „dass das Geschlechterwissen im Zentrum der kulturellen Skripte um suizidales Handeln stand. Folgerichtig wurde in der Prävention und Therapie darauf hingearbeitet, dass die Abweichungen von den idealen Geschlechterrollen korrigiert und eine Annäherung an die heteronormative Matrix stattfand“ (Hintermayr 2018: 385). Wenn etwa bei einer Frau die sozial normierte Mutterrolle und bei einem Mann die Ernährer-Versorgerrolle nicht ausgelebt wurden, oder werden konnten, wurde dies als plausible Gründe für eine suizidale Handlung als Reaktion betrachtet und moralisiert. Auch entwickelte sich in der Zeit 1946-1949 die Diagnose von Depression als eigenständiges Suizidmotiv, das in den nachgehenden Jahrzehnten zu einem zentralen Motiv wurde. Wie diese Motive zugeschrieben wurden, lässt sich aber von den früheren Aufzeichnungen nicht mehr rekonstruieren (ebd. 2018: 385-387). Zusätzlich sieht sie eine Verschiebung, hin zum Individuellen und Pathologischen, als Entpolitisierung des Suizids. Auch sieht sie die zunehmende Dominanz der psychiatrischen Diskurse und die eingenommene Sprechposition, als Expertise zu Suizid, in der Nachkriegszeit ab 1945 kritisch: „Nicht mehr Fürsorge sollte dominieren, sondern das Fallmanagement durch ärztliche Expertise und Anleitung“ (ebd. 2018: 382). Damit spricht Hintermayr die Verknüpfung eines Gesundheitswesens mit Fragen der Suizidprävention an, wo zuvor tendenziell kirchlich geprägte, seelsorgende Einrichtungen, wie die Caritas, diesen Platz einnahmen. Michel Foucault sieht ebenfalls Entwicklung bereits west- und mitteleuropäischen 19. Jahrhundert: eine Verschiebung der Fürsorge, als Verantwortung der Familie, hin zu einer Übergabe durch die Familie in ein psychiatrisches, psychologisches Gesundheitssystemen. Dies ist anhand wechselseitiger Veränderung der Familien-Leitbilder und der Gesundheits-Institutionen in Prozessen vollzogen worden. Geschlecht bezieht er dabei nicht in seine Analyse ein (Foucault 2015: 141-180).

Katrina Jaworski argumentiert hingegen, mit der historischen Konzeption und Verwendung des Suizidbegriffes, dass bereits eine definatorische Vergeschlechtlichung auszumachen ist - dies trifft ebenso auf das Aufzeigen des Zusammenhanges zwischen Deutungen von Suizid und Geschlecht zu: Suizid und Maskulinität bzw. Männer werden neutral dargestellt, wohingegen Suizid und Femininität immer der Gender Aspekt erwähnt und als geschlechtlich bedingt besprochen wird. Jaworski bezeichnet das als „twin gender movement“: „The nature of this

structural add-on is contradictory. What is male in suicide is never about gender and what is female is always about gender” (Jaworski 2014: 16). Die notwendigen Komponenten für den Begriff „Suizid“ stellen schon Begriffe mit einem Gender-Bezug dar, auch wenn die Formulierung in erster Sicht neutral scheint. Etwa der Körper: Die Methode des Suizids in Zusammenhang damit wie Körper gesehen wurde ist/war ein zentraler Bestandteil wie und ob Suizid interpretiert wurde. Körperhaltungen, sichtbare und unsichtbare Körperteile, Kleidung und Haut, Zeichen von Gewalteinwirkungen haben bereits geschlechtliche Konnotationen in Intersektion mit rassifizierten Klassenvorstellungen. Diese Konnotationen lassen sich bis in die Antike (Plato, Aristoteles) sowie Mittelalter (Augustinus) zurückverfolgen, die die Interpretation geschlechtlich getrennt konzipiert haben: Erkennen von Suizid ist demnach eine historisches und soziokulturelle Konstruktionsleistung (ebd, 2014: 18-19).

Ausgehend von der Definition zu Suizid von Joan Huebl – Suizid als „the act of taking one's own life. Suicides are voluntary, intended, and self-inflicted acts” (Huebl 2000 zit.n. Jaworski 2014: 19), sieht Jaworski drei Probleme in der Begrifflichkeit: Erstens, die Annahme der Selbstevidenz der Intention sowie, zweitens, das Knüpfen einer Beziehung zu Letalität. Das heißt, umso so höher die Möglichkeit umzukommen, desto eher wird eine Sterbeintention angenommen. Drittens, die missverständliche Nutzung von „Intention“: „The act of suicide is expressed by intent, which means that intent rather than motive explain the act“ (ebd. 2014: 20). Auch sieht Jaworski den Umgang der American Psychiatric Association kritisch, denn Suizid wird als Folge von psychischen Problemen, hauptsächlich als Symptom und Folge von Depression geschildert. Jaworski sieht hier besonders die Konzeption von Suizid und seine Instrumentalisierung. Als Folge stellt Jaworski fest, dass die Suiziddefinition Intention und Versuch gegenüberstellt, der Begriff ist eben von Letalität sowie der Intention abhängig, also richtet sich die Beschäftigung mit Suizid eher an der Sterblichkeit aus. Damit ist ein Geschlechtsvorurteil integriert, da somit für eine Betrachtung zu Suizid „erfolgreiche“, „wirklich intendierte“ Suizide in den Mittelpunkt für einen Forschungsgrund und „Sachverhalt“ der Suizidologie rücken, diese Praxis aber neutral wirkt: „The successful male deaths count as intended and serious suicides. And in doing so, they become conceptually privileged - a *norm* directing how we understand suicide. This norm influences anything that is different” (ebd. 2014: 21, H.i.O.).

Ähnliches lässt sich auch in der Praxis beobachten: Anhand einer Analyse des österreichischen Suiziddiskurses stellt Eva Eichinger fest, dass über Frauen und Männern in Bezug auf Pathologie des Suizids differenzierend gesprochen wird, unterschiedliche Subjektpositionierungen diskursiv zugewiesen werden, die sie als Effekt eines bürgerlichen

Geschlechterbildes des 19. Jahrhunderts sieht. Sie begründet dies in den unterschiedlich zugewiesenen Handlungsfeldern, innerhalb eines patriarchalen Macht- und Herrschaftsverhältnisses, sodass ein Zeigen von Leiden, Schwäche, Ohnmacht und Zugang zu Hilfsinstitutionen Frauen mehr zugestanden wird und diese dies für sich nützen könnten. Nur werde dieser Umstand durch die diskursive Pathologisierung verdeckt (re-)produziert und wirkt damit individualisierend (Eichinger 2010: 179-184). Eichinger ordnet dies in die Diskurstradition der „verrückten Frau“ als Repräsentationsfigur des Wahnsinns als logisches Gegenüber des männlichen, rationellen, bürgerlichen Reformers“ (ebd. 2010: 185) ein, die einen Suizidversuch mit der Hysterie und neuerdings mit Anorexie analog setzt, wohingegen Depression zunehmend für Frauen, wie auch Männer, normalisiert ist (ebd. 2010: 185-187). Für die Institutionen bespricht sie die Erscheinungsweise anhand der Geschlechterdifferenz besonders durch die Wahrnehmungen der Methodenwahl und der Compliance, wenn es darum geht, dass Frauen „kompatibler“ für das Gesundheitswesen erscheinen. Als Beispiel wird die Verschreibung und Suizidmethodenwahl von Medikamenten von Frauen sowie das Erscheinen von alkoholisierten Männern herangezogen, die zu unterschiedlichen Auffälligkeiten und Behandlungsdauern führen: Frauen in Bezug mit Suizidversuch durch Intoxikation, die länger in den Einrichtungen verweilen versus auffällige Männer unter Alkoholeinfluss, die nicht schneller die Einrichtungen verlassen (ebd. 2010: 180-181).

Damit beschreibt Eichinger auch wie Positionen, anhand eines Zugeständnisses von soziokulturellen Lösungsstrategien, von den Adressierten in der Einnahme dieser Position reproduziert wird. Durch die unterschiedliche Bedeutung der Methodenwahl, sowie den gesellschaftlichen Praktiken werden manche Methoden und Interaktionen in den Institutionen für Männer wie Frauen different zulässig verhandelt, das in der Anwendung Gestalt annimmt: „Gerade in prekären Situationen ist nicht von Kreativität in der Methodenwahl auszugehen, sondern eher von der Übernahme institutionalisierter Vorgaben, *wie man so etwas macht*“ (ebd. 2010: 179, H.i.O.). Damit verhandelt Eichinger diskursiv reproduzierte Zulässigkeiten spezifische Positionen einzunehmen, die durch die diskursive Nähe zu pathologisierten Figuren Frauen auch im Suizidverhalten einer Inanspruchnahme von Suizidprävention näher rückt. Darin sieht Eichinger einerseits ein Weiterschreiben des „Opfermodells“, aber auch „in einer Umdeutung als Ermächtigung, Vorsorgebereitschaft und Eigenverantwortung aufgewertet und normalisiert“ (ebd. 2010: 187). Wie jedoch die suizidpräventiven Institutionen und Gesundheitseinrichtungen diese geschlechtlich differenten Positionenrahmen (re-)produzieren ist hier nur vage angedeutet, da aus der Perspektive der Hilfesuchenden Geschlechterdifferenz besprochen ist. Geschlecht selbst ist nicht Gegenstand der Analyse, sondern fungiert als

Kategorie der sozialen Ungleichheit, als Möglichkeit eines Vergleichs der differenten Behandlung. Jedoch bleibt dabei unbeachtet, wie Geschlecht als Norm die adressierten Subjekte überhaupt als solche erkenntlich macht, Geschlecht selbst erscheint als eine Selbstverständlichkeit. Eichinger spricht aus der die Genealogie der Pathologisierung hindurch über Geschlecht, das damit historisch eingeordnet wird. Damit wird aber Gender-Norm als solches unhinterfragt weitergeschrieben.

2.2.2. Geschlecht und psychische Krankheiten im Suiziddiskurs

Wie bei Michaela Hintermayr bereits geschichtlich herausgearbeitet und auch bei Eva Eichinger besprochen, Krankheit und Suizidalität werden im Suiziddiskurs sehr eng aneinander gerückt und als Erklärung für suizidales Verhalten herangezogen. Dabei nimmt die Depression eine besondere Stelle ein: „Man muss annehmen, dass etwa 30% aller Suizide von Depressiven unternommen werden: Dieser Prozentsatz ist auf etwa 50 zu erhöhen, wenn man Depression nicht nur im engen Sinne der psychiatrischen Krankheitslehre versteht, sondern auch als nosologisch unspezifischen affektiven Gefühlszustand“ (Sonneck/Kapusta/Tomandl/Voracek 2016: 161). Damit wird nicht nur die zentrale Stellung von Depression in der Pathologisierung von Suizid unterstrichen, es wird auch eine kulturelle Umdeutung vorgeschlagen. Depression soll also eine breitere Bedeutung zugesprochen bekommen, Depression wird hier ein diagnostischer Anker für die Assoziation von negativen Gefühlen und Suizidgefährdung.

Im Gender-Gesundheitsbericht 2018 werden Geschlechtsspezifika der Depression und Suizid besondere Aufmerksamkeit zugestanden. Es wurden genderdifferente Erkrankungsdaten und Krankheitsbilder festgestellt, wonach in Österreich vermehrt eine Depression bei Frauen als Männern (7,5 zu 2,9 Prozent) diagnostiziert wird, dies sich aber nicht in der Suizidrate widerspiegelt (BMASGK 2018: 5). Die Autor*innen führen dies auf verschiedene Einflusskriterien zurück, die eine höhere Erkrankungsrate von Depression erklären, beispielsweise das erhöhte Armuts- und Ausgrenzungsrisiko von Frauen, soziale Kontakte als protektiver Faktor aber auch als Gewaltfaktor für Frauen (ebd. 2018: 6-7). Jedoch wird auch kritisch auf die Möglichkeit eines doppelten Geschlechtsvorurteils in der diagnostischen Praxis zu Depression hingewiesen:

„Sowohl historisch gewachsene Anamnese- und Diagnoseinstrumente als auch unreflektierte stereotype Rollenzuschreibungen seitens Ärztinnen und Ärzten können zu Überdiagnosen von Depressionen bei Frauen und Unterdiagnosen bei Männern führen. So können stereotype Vorstellungen traditioneller männlicher Rollen [...] den typischen Depressionssymptomen widersprechen [...]. Traditionelle Rollenvorstellungen von

Frauen befördern bei diesen hingegen aufgrund bestehender Symptombeschreibungen eine Depressionsdiagnose“ (ebd. 2018: 8).

Der Gesundheitsbericht greift damit ein Vorurteil auf, das zuvor Nadine Teuber beforschte. Die Ergebnisse zeigen, unter Anderem, wie eng Interpretationen von Gefühlszuständen mit geschlechtlichen Diskursen verknüpft ist, also was als feminin und maskulin in Erscheinung treten kann, damit Depression auch verkörpert und gezeigt wird. Damit hängt die Herstellung eines Zusammenhangs von Depression und Suizidalität auch mit dem Geschlechtsdiskurs rund um Depression zusammen. Teuber stellt in einer interdisziplinären (psychologischen, psychoanalytischen und kulturwissenschaftlichen) Untersuchung zu Depression fest, dass Geschlecht als Strukturkategorie für die Bedeutung, Verkörperung, Repräsentation und Praxis den Depressionsdiskurs fungiert. Eine dichotome Verhandlung von Depression hat auch Auswirkungen wie sie sich in die Menschen einschreibt und somit das Leben mit Depression gestaltet wird (Teuber 2011).

Das Herstellen eines monokausalen Zusammenhanges zwischen Geschlecht und Depression sowie Suizidalität, worin Suizidalität lediglich als Symptom von Depression sichtbar wird, wird von Reinhard Lindner angezweifelt: „Zentrales Ergebnis ist dabei, dass Suizidalität nicht einfach nur ein Symptom der Depression ist, weder bei Frauen noch bei Männern. Die psychopathologische Beschreibung depressiver Störungen, wie sie heute im ICD die Nosologie der Psychiatrie beherrscht, reicht eben nicht aus, um Phänomenologie und Genese der Suizidalität geschlechtsspezifisch zu klären“ (Lindner 2012: 5) Lindner tritt dafür ein, dass Suizidalität nicht als bloßer Ausdruck, sondern als eigene Dynamik betrachtet werden muss, die soziokulturell, psychodynamisch differenziert betrachtet werden muss und auch hermeneutisch, qualitativ wissenschaftlich bearbeitet werden soll (ebd. 2012). Damit ist eine Kritik an der Definition sowie den deutenden Praktiken zu psychischen Krankheiten und Suizidalität geäußert. Dies ist insofern interessant, dass für Lindner die Verbindung von Depression und Deutungen von suizidalen Verhalten ein Produkt des deskriptiven wie auch der arbeitsalltäglichen Praxis darstellt, in der verengende Erklärungsansätze auf eine lineare Kausalität reproduziert scheinen.

Die Art und Weise wie Depression und Suizidgefährdung zusammengeschalten werden und wie Geschlechtlichkeit diese Verbindung strukturiert ist demnach auch für die Praxis der Suizidprävention relevant. Welche Aufmerksamkeiten und Erklärungsansätze werden im Arbeitsalltag (re-)produziert und welchen Effekt hat dies auch auf Wahrnehmung von Suizidalität?

2.2.3. (Un-)Sichtbare Geschlechter im Suiziddiskurs

Obwohl Gender ein vielbeschriebenes Thema ist, wird über Geschlechterdifferenz, Stereotype und Konsequenzen für die Suizidprävention in der Forschungsliteratur viel diskutiert, bleiben Geschlechtsidentifikationen, die prozesshaft und/oder nicht-binär sind, auffällig unberücksichtigt. Dabei handelt es sich um Gruppe, wo Gewalt sowie (Psycho-)Pathologisierung durchaus Geschichte hat (vgl. Hirschauer 1992; Baumgartinger 2017; Garcia Nuñez /Meier /Schaefer 2019).

Um dieser Lücke entgegenzuarbeiten hat das Team um Ann P. Hass hat einen internationalen Forschungsdiskurs zusammengetragen und besprochen. Suizidalität von Menschen, die sich in einem nicht-binären Geschlechts zuordnen und/oder Geschlecht im Prozess verstehen und umsetzen, werden einerseits als Risikogruppe der Suizidgefährdung diskutiert und beforscht, jedoch sind diese Forschungsbelege mit Hürden konfrontiert. Dies betrifft vor allem das Sampling und offizielle Statistiken. Geschlechtsvariante Zahlen und Daten sind (noch) sehr spärlich vorhanden: Einzig „Krankheitsgeschichten“, also Aufsuche in medizinischen Einrichtungen, Anträge und Prozesse der Geschlechtsangleichung, Besucher*innen von organisierten Gruppen oder freiwillige Studienteilnahme, stellen in vielen Studien die Grundlage der Datenerhebung und -auswahl dar. Die geringen Fallzahlen entsprechen somit oft nicht den wissenschaftlichen Gütekriterien quantitativer Forschung, da sie keine allgemeinen Aussagen zulassen, aufgrund zu niedriger Fallzahlen (Haas et.al 2011: 26-31). Jay McNeil, Fiona Eccles und Sonja J. Ellis wiederum weisen in ihrer internationalen Literaturübersicht ebenfalls auf die Komplexität von Suizidalität in Bezug auf Trans* hin. Begrifflich unterschiedliche Verwendungsweisen von Trans*, Suizidgedanken und suizidales Verhalten sowie psychologischen Diagnosemodelle, führt in der Literatur zu unterschiedlichen Korrelations-Ergebnissen. Jedoch lässt der Überblick zum Schluss kommen, dass „discrimination and victimization, both interpersonally and at a societal level, have a substantial role in suicidality. Steps must be taken to effect positive change, improve resilience factors such as access to and inclusion in trans organizations, and potentially save lives“ (McNeil/Ellis/Eccles 2017: 351). Daher muss zu Suizidalität zukünftig die Individual- in Wechselwirkung mit der gesellschaftlichen Strukturebene untersucht werden (ebd. 2017: 350-351).

Doch nicht nur fehlende und komplexen Daten für aussagekräftige Forschung werden als Forschungshürde wahrgenommen. Martin Plöderl hinterfragt auch geläufige psychologische Erklärungsmodelle und fordert eine Abkehr von pathologisierenden Verortungen von LSBTI-

Personen sowie eine Aufmerksamkeit von Suizidalität, in Folge von Bullying von nicht-genderkonformen Verhalten. Erklärungsmodelle, wie etwa ein Minoritätsstressmodell oder syndemisches Modell, wonach die Zugehörigkeit zu einer Minderheit zu einem psychisch relevanten Leiden beiträgt, verlagert, mit einer sozialkonstruktivistischen Perspektive gesehen, die Betrachtung von Suizidgefährdung in das Innere der jeweiligen Personen und pathologisiert sie. Es wird dann zur Aufgabe der betreffenden Personengruppen mit dem Stress umzugehen und sich Behandlung zu suchen. Der Einbezug eines gesellschaftlichen Kontextes, etwa ein Aufrechterhalten einer Heteronormativität, die eine Geschlechternorm-Abweichung ständig mitproduziert, wird dabei leicht übersehen (Plöderl 2016a: 144-145). An anderer Stelle geht Plöderl nochmals auf den Zusammenhang und Relevanz von LGBTI-Phobie, Bullying- und Suizidalität für die Gesamtbevölkerung ein: „Eine aktuelle Publikation [Ioerger et al. 2015 zit. n. Plöderl 2016b] konnte zeigen, dass unter Jugendlichen mit Suizidversuchen immerhin 75% entweder LGBT (25%) oder/und Opfer von Bullying aufgrund geschlechtsrollenabweichenden Verhaltens (50%) waren. Erweitert man also den Faktor LGBTI um den Aspekt der Geschlechtsrollenabweichung, dann handelt es sich nicht mehr um eine Minderheit, sondern um eine klare Mehrheit unter Jugendlichen mit Suizidversuchen“ (Plöderl 2016b: 10). Es geht hier also um den soziokulturellen Kontext von Geschlechterrollenabweichung und Suizidalität. Geschlechts-Norm, und Abweichung davon, wird hier als ein Motiv für (psychische, physische) Gewalt angegeben. Die Frage ist nur inwiefern dies auch in der Suizidprävention berücksichtigt wird. Nach Plöderl ist es allerdings in einem breiten suizidpräventiven Versorgungsnetz zu beachten, da nicht nur im Bereich der Jugendarbeit davon ausgegangen werden kann, dass Suizidgefährdung aufgrund von Gewalterfahrungen im Zuge der Gender-Norm-Abweichung weiter verbreitet ist, als durch den Fokus auf eine Minorität vermuten lässt (Plöderl 2016a: 146-147).

Ein Problem kann auch bereits im Zugang zu Suizidpräventiven Einrichtungen gesehen werden. Mit einem sozialkonstruktivistischen ausgerichteten Methoden-Mix aus halbstrukturierten Interviews und quantitativ ausgewerteten Fragebogen sowie einem Regressionsmodell sind Elizabeth McDermott, Elizabeth Hughes und Victoria Rawlings der Frage nach dem Zusammenhang der Hilfesuche und suizidalen Gedanken/Verhalten von Jugendlichen mit Selbstpositionierung zu LGBTQ nachgegangen. Das Sampling wurden nicht im klinischen Umfeld durchgeführt, sondern durch Kontakt mit LGBTQ-Einrichtungen und Online-Plattformen wurde versucht Proband*innen in Großbritannien zu erreichen (McDermott/Hughes/Rawlings 2018: 160-161). Die Ergebnisse zeigen, dass die untersuchte Gruppe Ähnlichkeiten im Verhalten zu Coping und hilfesuchenden Motivationen aufweist, wie

eine Kontrollgruppe von Jugendlichen, die sich nicht innerhalb LGBTQ positionieren. Jedoch haben LGBTQ-Jugendliche mit einem „double stigma“ (ebd. 2018: 164) zu kämpfen, das Hilfesuche reduzieren bzw. behindern kann. Das bedeutet, dass, neben der Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung der psychischen Krankheiten, auch Angst vor Aushandlungsprozessen aufgrund vorherrschender Heteronormativität hinzukommt. Das führte bei den Proband*innen zu oftmaligen Verdecken der eigenen LGBTQ-Positionierung und zu einem Anpassen an die erwartete Geschlechts-Norm. Dies verursachte zusätzlichen emotionalen Stress, oder die Hilfseinrichtungen wurden nicht in Anspruch genommen. Die Autor*innen fordern die Suizidprävention, bzw. ähnliche Hilfseinrichtungen, auf im Angebot und den Umgang, hinsichtlich dieses doppelten Stigmas, zu sensibilisieren (ebd. 2018: 169-170). Damit ist die Frage nicht nur inwiefern Suizidrisiko zu untersuchen ist, sondern auch wie das Versorgungssystem ein Geschlechterbild inkorporiert hat, das zu einem Verdecken oder Verweigern der einzelnen Personen anstoßen kann. Im Zuge der vorliegenden Untersuchung ist also auch von Interesse wie diskursiv diese doppelte Stigmatisierung weitergetragen wird, oder nicht.

Ein Nebeneffekt davon, dass Geschlechtervielfalt kaum oder gar nicht im Suizidpräventionsdiskurs erscheint ist, dass Realitäten der Suizidgefährdung und Hürden des Zugangs zur Suizidprävention für Personen außerhalb der binären Geschlechternorm im vorherrschenden Diskurs verschleiert weiterbestehen, bzw. Diskursstränge zu Trans*-oder Intergeschlechtlichkeit nur marginalisiert reproduziert werden. Doch stellt eine Rücksichtnahme auch ein Potential dar: Rob Cover sieht in der Betrachtung der Suizidalität von gesellschaftlichen Minoritäten Möglichkeiten des Hinterfragens von Narrativen des „suicidal scripts“ (Cover 2016: 102), die ‚natürliche‘ kausale Beziehungen zwischen Suizidgefährdung und Zugehörigkeit zu einer Gruppe ziehen. So hinterfragt er auch den Umstand, dass Diskurse zu Suizidalität von Gruppen, die der Norm entsprechen, in einer medizinischen, psychiatrischen, aber auch genetischen – kurz: einer pathologisierenden Argumentationsweise verfahren. Hingegen, beobachteter Suizid und Suizidgefährdung der Minoritäten wird eher versucht in Zusammenhang zu bringen mit kulturellen, sozialen, umweltlichen, historischen oder strukturellen Gründen (ebd. 2016: 91). Bespricht Cover dies im Kontext von Sexualität, denke ich, dass dies auch beim Thema Geschlecht ein konstruktiver Hinweis ist. Mit einer Fassung von Geschlecht, die Geschlechtervielfalt und veränderbare Identifikationen nicht ausschließt, können auch hier soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Geschlecht in der sekundären Suizidprävention berücksichtigt werden.

Suizidalität und Geschlecht erscheint, wie in diesem Kapitel besprochen, nicht immer eindeutig beschreibbar und eine monokausale Erklärungsweise ist vielerorts Gegenstand von Kritik. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass Vieles im Zusammenhang zu Suizid und Suizidalität auf einer dünnen, oder gänzlich fehlenden Wissensbasis zu deuten ist und kulturelle Skripte herangezogen werden, die einen suizidalen Akt im Nachhinein erklären sollen. Geschlecht selbst ist eine Kategorie, die sehr unterschiedlich und teils unhinterfragt herangezogen wird. Diskurstheoretische Zugänge versuchen gerade die Platzanweisung von suizidalen Subjekten zu hinterfragen, zeichnen jedoch selbst vielfach ein geschlechtlich binäres Bild. Betrachtungsweisen von Geschlechtervielfalt im Diskurs sind rar und oft in einer Spezialisierung auf LGBTIQ oder Trans* und Intergeschlechtlichkeit zu finden, oftmals in einem ‚klinisch‘ abgetrennten Bereich der Gesellschaft. Die Einschätzung von Suizidgefährdung in der Praxis der Suizidprävention ist demnach kaum, oder gar nicht durch die Linse des Geschlechts hin befragt worden. Geschlechtliche Deutungsmuster bleiben so unhinterfragt. Die Historizität und die diskursive Verortung der Begrifflichkeiten zeigen ein Hinterfragen von Darstellungen von Realität von Suizid- und Suizidprävention und deren gesellschaftlichen und individuellen Konsequenzen. Die wichtige Frage hierbei ist, wie Wissen zu Suizidalität und die Benennung von suizidalen Subjekten fassbar gemacht werden kann, um eine Einbettung in Wissens- und Machtverhältnisse nachvollziehen zu können.

3. Methodologie und Methode

3.1. Wissen und Diskurs

Stützend auf die Ausrichtung der Wissenssoziologie von Peter L. Berger sowie Thomas Luckmann (1999) ist die Beschäftigung „mit allem [...], was in der Gesellschaft als Wissen gilt“ (Berger/Luckmann 1999: 16) ein theoretischer Ausgangspunkt. Es geht also nicht um eine analytische Trennung von Wissenstypen, dagegen um die Frage, wie alltäglich stattfindende Wirklichkeitskonstruktionen, Wissen, damit auch soziales Handeln sowie gesellschaftliche Praxis und Institutionalisierung zusammenhängen. Dementsprechend stellen sie als Grundfrage in ihrem Theorieprogramm: „Wie ist es möglich, daß [sic!] subjektiv gemeinter Sinn zu objektiver Faktizität *wird?*“ (ebd. 1999: 20). Damit sprechen sie einen Doppelcharakter der möglichen soziologischen Perspektive an, die Mikro- und Makroebene von Gesellschaft – sinnorientiertes, subjektives Handeln und relative Wirklichkeitskonstruktionen des Individuums im Alltag sowie Dinge und Strukturen, die dem Individuum objektiviert begegnen. Diese Beziehung wird in ihrer Gegebenheit hinterfragt und als Prozess gesellschaftlicher Praxis

beschrieben. Wissen, sprachlich konserviert und Generationen überdauernd, ist bei Berger/Luckmann grundlegend, damit Menschen im Alltag überhaupt handeln können. Dabei umfasst Wissen Erfahrungs- oder Symboldeutungen, sowie das Verstehen von Sinnzusammenhängen, das in Interaktion mit anderen Menschen immer in Verhandlung steht. Menschen können nicht jederzeit ‚neues‘ Wissen für alltägliches Handeln generieren, sondern sie bedienen sich an zeitlich überdauernden, institutionalisierten Wissensvorräten, die durch Sozialisationsprozesse vermittelt, unterschiedlich angeeignet werden und nicht Allen in gleicher Weise zur Verfügung stehen. Solange im routinierten Alltagshandeln kein Widerstand aufkommt ist das individuelle Wissen nach Relevanz geordnet und erscheint als ‚natürlich‘ (vgl. ebd. 31-48).

Reiner Keller kritisiert jedoch am wissenssoziologischen Programm von Berger/Luckmann, dass diese „Alltagswissen“ einen Vorschub leisten, ohne zu berücksichtigen, wie dieses Wissen durch „theoretische Ideen und Modelle bzw. expert[*inn]engestützte Wirklichkeitsinterpretationen in das Alltagswissen der Individuen einsickern und ihre Handlungsweisen mehr oder weniger handlungs- bzw. deutungspragmatisch mitformen - gerade darin liegt ja ein konstitutives Moment *moderner posttraditionaler* Gesellschaften“ (Keller 2005: 179, H.i.O.) Somit würden Wissensproduktionen, -vorräte und -politiken auf der kollektiven Makroebene sowie Fragen nach den prozesshaften Wissenszirkulationen nicht berücksichtigt werden. Dies führe zu einem Verharren in mikrosoziologischen Analysen. Keller schlägt eine Forschungsperspektive vor, die Erkenntnisse der Wissenssoziologie sowie Aspekte der Foucault’schen Diskurstheorie verbindet, die er als Wissenssoziologische Diskursanalyse (WDA) bezeichnet. Darin berücksichtigt er zeitlich überdauernde Typisierungen, Ensembles von Kategorien und soziale Praktiken für die Konstitutionen von Phänomenen, nach denen Akteur*innen deutend handeln können (vgl. ebd. 2006: 124-125). So bezeichnet er ein Diskurs als „einen Komplex von Aussageereignissen und darin eingelassenen Praktiken, die über einen rekonstruierbaren Sinnzusammenhang miteinander verbunden sind und spezifische Wissensordnungen der Realität prozessieren“ (ebd. 2005: 230).

In dieser recht allgemein gehaltenen Definition stecken mehrere Verweise. Erstens sind Diskurse nicht losgelöst von sozialen Akteur*innen zu denken, da sich durch ihre Praktiken sowie den institutionalisierten und materialen Arrangements gesellschaftlicher Strategien, Diskurse als solche stabilisiert erhalten und materiale Effekte zeigen (können). Zweitens: In Diskursen wird Wissen produziert und in deren Sinn- und Symbolzusammenhängen institutionalisiert. Sozial Handelnde greifen auf ein Repertoire von Wissen in Form von

Mustern von Wahrnehmungsweisen und Deutungen der Wirklichkeit zurück, die vermitteln welches Handeln zu welchen Zeiten und Kontexten angemessen ist oder nicht. Drittens: Innerhalb von Diskursen wird nicht nur Wissen für Handlungsweisen (re-)produziert. Zusätzlich wird auch die, für die gesellschaftliche Anerkennung notwendigen, Begründungen jener Wirklichkeitsdeutungen sowie der Ausschlüsse anderer Deutungsangebote mit (re-)produziert. Dazu zählen auch moralische, kognitive oder ästhetische Bewertungen, also nicht nur *was* wird sichtbar, sondern in *welcher Qualität* und *warum?* Das in Diskursen prozessierte Wissen ist aber nicht allen Menschen in gleichem Maße zugänglich. Sie konstituieren die Handlungsfelder sowie die Rahmen dafür, wer mit welchen Qualitäten in ihnen wie handeln kann. Darüber hinaus ist auch anzumerken, dass nicht alle Diskurse in gleicher Weise und zu jeder Zeit wirkmächtig sind. Es hängt von den jeweiligen soziohistorischen und institutionalisierten Wissensformen, damit auch von Ressourcen ab (vgl. Keller 2005: 230-233). So wird Diskurs ko-konstituierend besprochen, beispielsweise bei Diagnoseverfahren in der Medizin. Erkennen und Deutung in der Medizin ist nicht voraussetzungslos, sondern durch Praktiken eines Macht-Wissens-Komplexes ein diskursives Konstrukt und selbst ein machtvoll Instrument. Wissen um Krankheitsbegriffe und Sehen von Symptomen und deren Relationen zueinander, lassen ein Erklären von Krankheit und kranken Körpern oder Psychen überhaupt erst zu. Sehen ist demnach nicht nur passive Wahrnehmung, sondern ein gewähltes Instrument der Wahrnehmung und auch gleichzeitig einem ordnenden Prinzip unterworfen und dieses mitentwerfend. Nach Michel Foucault müssen Begriffsdifferenzierungen ‚gewusst‘ werden, ein ‚Vokabular‘ gelernt und beherrscht werden, damit ein Erkennen überhaupt möglich wird: „Das Auge des Kliniklers entdeckt seine Verwandtschaft mit einem Sinn, der ihm nun seine Norm und seine epistemologische Struktur vorschreibt“ (Foucault 2016: 136).

In ähnlicher Weise, aber anders akzentuiert, definiert Stuart Hall Diskurs als das, „was menschlichen Praktiken und Institutionen Bedeutung verleiht, was uns dazu fähig macht, die Welt zu verstehen, und folglich als das, was menschliche Praktiken zu bedeutungsvollen Praktiken macht, die genau deshalb geschichtlicher Natur sind, weil sie auf jene Weise signifizieren, auf die sie auch menschliche Differenzen markieren“ (Hall 2018: 55). Hiermit spricht Hall etwas Wichtiges an: Für die Bedeutungsverleihung von Praktiken sind Markierungen von Differenz notwendig. Damit wird Differenz bedeutungstiftend wie Menschen in ihren Praktiken zueinander in Beziehung stehen, aber auch anhand welcher kategorischen Markierungen sie sich voneinander unterscheiden. Macht und Wissen ist auch für ihn im Zusammenhang zu denken, jedoch nimmt er bewusst die Differenz hinzu. Geht es

um die Frage der Klassifikationen, wie Hall sie etwa zum Begriff „Rasse“ stellt, ist es wichtig zu beachten, wie diskursive Systeme strukturiert sind und selbst auch Realität strukturieren. Hierbei ist Differenz ein wirkmächtiger Faktor: Das System von Signifikationen, inklusive der Beziehungen zwischen signifizierten Ähnlichkeiten und Differenzen, ist grundlegend dafür, dass rassifizierte Bedeutung „bedeutsam gemacht wird und mithin ein Sinnsystem für das menschliche Denken, Wissen und Handeln im Alltag bilden“ (ebd. 2018: 70). Hall beabsichtigt den Foucault’schen Schluss von Macht-Wissen zu erweitern, da Differenz hier impliziert sei, aber für ein Verstehen von Rassifizierung - wie ich denke auch bei Vergeschlechtlichung - explizit behandelt werden sollte (vgl. ebd. 71). Kategorien, die Menschen unterscheidbar machen, sind nicht nur für sich qualitativ zu untersuchen, sondern die Grenzziehungen selbst als konstitutiv und Produkt machtvoller Praktiken zu verstehen, die sich im Alltagshandeln verstetigen. Damit bietet Hall ein wichtiges Instrument zum Hinterfragen von Wissenskategorien, da es die Fragen nach sich verschiebenden Relationen mitberücksichtigt, die hier besonders bei Geschlecht und sich verschiebenden Geschlechtermodellen von Interesse sind. Zusätzlich ist, abstrakter betrachtet, die Frage nach Differenz genauso auch bei der Subjektkonstitution von Relevanz.

3.2. Subjekt und Subjektposition

Subjekt ‚schwingt‘ begriffsgeschichtlich zweifach: Einerseits als ein handlungsmächtiges, soziales Individuum, das als Gesellschaftsmensch anhand *der* Vernunft agiert und gewisse Rechte und Pflichten besitzt. Dies ist eine Lesart in der ein singuläres Subjekt, durch Entwicklungen der Moderne, mit einem bürgerlichen Selbstverständnis sich die Welt und sein Leben zu eigen macht. Feministische Auseinandersetzungen haben daran besonders die androzentristischen Annahmen dieses Menschenbildes kritisiert. Diese Perspektive geht von einer durch Subjekte konstituierte Gesellschaft aus (vgl. Becker-Schmidt 2011). Eine Andere Lesart sieht Subjekt als Unterwerfung und damit Subjektivierung als einen Unterwerfungsprozess. Individuen *unterwerfen* sich Anrufungen, die sie in eine Position von Erscheinungs- und auch gesellschaftlichen Agierungsmöglichkeiten in Relation zu Anderen verweisen (vgl. Bührmann/Schneider 2012: 68). Auch in der Soziologie hat das Thema Subjekt und Subjektivierung Tradition. So betrachten sozialkonstruktivistische Perspektiven die Entstehung eines Subjektes als Grundlage der Vergesellschaftung, als Instanz des sinnvermittelten Handelns, das durch gesellschaftlich sinnvolle Verweisungszusammenhänge rezipiert wird. Trotzdem unterstellten solche Denkweisen eine unhintergehbare, erste Instanz, einen subjektiven Kern, der in der Auseinandersetzung mit der Umwelt und im

Vergesellschaftungsprozess sozial handelt: „Subjekt und symbolische Sinnwelt bleiben letztlich getrennte Entitäten, ersteres kann sich der letzteren bedienen“ (Krasmann 2007: 283). Dabei ist diese Entität, die sinnvermittelt handeln kann, in meinem Theorieverständnis nicht als vordiskursiv gedacht, sondern kann erst durch historisierbare Wissensformen innerhalb von kontingenten Machrelationen als solches in Erscheinung treten. „[Die Subjektivierung] kann sich nur innerhalb eines ‚aktuellen Feldes möglicher Erfahrungen‘ konstituieren [...] und ist demnach vollständig auf gesellschaftliche Formen des Wissens verwiesen, die sich in das Denken und Handeln gleichsam einschreiben, sich verkörpern und insofern implizit werden“ (ebd. 2007: 283). Die Frage ist nur, wie diese Subjektivierungen vonstattengehen, welche Wissensformen dazu vonnöten sind?

In gleicher Weise ist zu beachten, dass Subjekt und Subjektivität selbst nicht als statische Analyseeinheiten verharren, es handelt sich dabei ebenso um prozesshafte Begrifflichkeiten, die gesellschaftlich situiert und historisch zu behandeln sind. Werner Schneider (2009) diskutiert die Bewegung der soziologischen Betrachtungsweisen von Individualisierung und Subjektivitäts-thesen. Gab es zuvor einen Subjektbegriff, worin Individuen noch als Einheit mit gesellschaftlichen Handlungsanweisungen singular gefasst wurden, fand eine Veränderung statt hin zu einer Auffächerung von kontextspezifischen ‚Selbst-en‘, die nicht mehr durch Handlungen eine Identität und Anerkennung erfahren, sondern ‚Authentizität‘ praktizieren müssen, um in ihrem Sein wahrgenommen und handlungsfähig zu sein. „In der zweiten Moderne ist der Handlungsaus- und -eindruck als solcher Auskunftgeber über das Selbst: nicht was das Subjekt tut, sondern wie es ausgeführt wird, ist ausschlaggebend für die Zuerkennung von Identität und die Verleihung eines Subjektstatus“ (Schneider 2009: 285).

Ähnliches diskutieren Michaela M. Hintermayr und Chloë Taylor zum suizidalen Subjekt: Geschichtlich betrachtet fand eine Verschiebung in den Suiziddiskursen statt. Waren es zuvor Fragen nach den politisch gesellschaftlichen Umständen, die Menschen zur Entscheidung veranlassten beziehungsweise trieben – je nach Milieu und Moralverständnis unterschiedlich diskutiert – galt es ab der Nachkriegszeit des Zweiten Weltkrieges festzustellen wer suizidal *ist*; dies zu einem möglichst frühen Zeitpunkt mit entsprechenden vorgesehenen Interventionsmaßnahmen. Nicht mehr suizidales Handeln mit tödlichen oder nicht-tödlichen Folgen war vordergründige Relevanz, sondern wer durch welches Sein einen Subjektstatus des*der Suizidalen oder des*der Suizidgefährdeten zugesprochen bekommt. Dies hat zur Folge, dass Beschäftigungen und Frage nach Ursachen der Suizidgefährdung von den Kontexten und gesellschaftsspezifischen Umständen in das Individuum, teils durch Fragen nach genetischen, psychischen Voraussetzungen, in die Körper der Betroffenen verlagert wurden. Dadurch fand

eine Entpolitisierung sowie Entkontextualisierung von soziokulturellen Spezifika statt (vgl. Hintermayr 2018; Taylor 2015).

Taylor beschreibt die Verschiebung der Zuständigkeiten der Wissensproduktion zu Suizidalität in psychiatrisch medizinische Diskurse in Anlehnung an Foucault's Willen zum Wissen beim ‚Finden‘ der menschlichen Sexualität. Diskutiert wird, dass Sexualität nicht mehr verstanden wird als „act we engage in but [as] a desire that express the inherent truths of our souls, a way of being, an identity, an object of scientific knowledge and medical intervention“ (Taylor 2015: 199). So wird, wie auch Foucault bei der Sexualität konstatierte, Suizid nicht einfach verschwiegen, sondern ist von gehörigem Interesse für diverse Diskursfelder. Taylor sieht in der diskursiven Wissensproduktion der Psychiatrie einen auslösenden Faktor für „the birth of the suicidal subject“ (ebd. 2015: 199). So gesehen ist das suizidale Subjekt nicht greifbar durch die Unterdrückung von der Rede zu Suizid, sondern durch einen Diskurs hervorgebracht, die einen Wende von Suizid als Akt zu einem Sein markiert (ebd. 2015: 200). Was sich damit auch verschiebt ist ein Zusprechen von Handlungskompetenzen, da eine Opfer-Zuschreibung auch immer mit Handlungsunfähigkeiten markiert werden, beziehungsweise anderen Personengruppen institutionalisierte Kompetenzen und Sprechpositionen zugewiesen werden. Dies ist ein wichtiger Punkt, auch bei der Frage der Subjektivierung im Feld der Suizidprävention.

Subjektivierung wird hier nicht lediglich als Unterwerfung verstanden, als Subjektwerdung das hinter den Gesellschaftsstrukturen verschwindet. Subjektivierungsprozesse sind nicht singuläre Prozesse, vielmehr vielfältig. Jüngere Betrachtungen von Subjekt und Subjektivierungsprozessen versuchen diese Entweder/Oder-Perspektive zu revidieren, indem Subjektivierungsprozesse aufgefasst werden als Zuweisungen von Positionen *und* tatsächlichen individuellen, situations- und Ressourcen bedingten Umsetzungen (vgl. Bosančić 2019, 2016; Bosančić/Pfahl/Traue 2019; Bührmann/Schneider 2012: 68-69; Keller 2012, 2006, 2005; Schneider 2009). In der Literatur werden hierzu unterschiedliche Bezeichnungen vorgestellt. Gemein ist ihnen, dass es sich um einen ein Wechselspiel handelt, worin Anforderungen, oder anders formuliert, Rahmungen von Subjektpositionen diskursiv vermittelt und praktiziert werden. Gleichzeitig ist aber nicht davon auszugehen, dass sich Individuen Vorgaben direkt unterordnen und diesen zu Gänze entsprechen, sondern hier Interpretationen, Widerstände, oder auch Ablehnung, stattfinden können, je nach den gegebenen Ressourcen und Situierungen der Menschen. Bezogen auf das Personal der Suizidprävention, konzentriere ich mich auf die Positionsvorgaben, jedoch ist auch berücksichtigt, wie das Personal die

Subjektpositionen interpretieren und weitertragen, oder verschieben (vgl. Bosančić 2016: 113-114).

Saša Bosančić (2019, 2016) und Reiner Keller (2012, 2006, 2005) besprechen den Subjektivierungsprozess, indem sie analytisch zwischen Subjektpositionen und Subjektivierungsweisen unterscheiden. Mit Subjektpositionen werden diskursiv vermittelte normative Modelle in Form von - positiven oder auch negativen - Rahmungen von Seins-Weisen bezeichnet. Subjektpositionen selbst sind Gegenstand gesellschaftlicher Diskurse. Diverse soziale Akteur*innen nehmen darin Sprechpositionen in unterschiedlicher Art und Weise ein und/oder werden ausgeschlossen. Sie produzieren und legitimieren kontingente Aussagen über ‚Wahrheiten‘ über jeweilige „Subjektvorstellungen, Modellsubjekte und Identitätsschablonen, die möglichen Adressaten[*innen] nahelegen, wie sie ihr Selbst zu formen haben, um in bestimmten Kontexten z.B. ‚erfolgreich‘ zu sein, Anerkennung zu erhalten oder als ‚normal‘ wahrgenommen zu werden“ (Bosančić 2019: 49). Ähnlich, aber begrifflich ausdifferenzierter, formulieren Andrea Bührmann und Werner Schneider die Seite der diskursiven Adressierung als Subjektpositionierungen und Subjektformierungen (Bührmann/Schneider 2012). Die Unterscheidung drückt aus, einerseits das Wissen über Praktiken und Bewertungen die mit der diskursiven Adressierungen einhergehen (Form), andererseits, das für die Bedeutung konstitutive Verhältnis in Form von Nähe und Ferne zu Anderen (Position) (vgl. ebd. 2012: 69).

Soziale Akteur*innen werden handlungsfähig gedacht, dies soll mit dem Begriff der tatsächlichen Subjektivierungsweise ausgedrückt werden. Nur weil Positionsvorgaben bestehen, muss zu Subjektpositionen beachtet bleiben, dass der Umgang der Adressierten mit diesen Vorgaben nicht jedenfalls deckungsgleich passiert (vgl. Bosančić 2019, 2016; Bosančić/Pfahl/Traue 2019; Bührmann/Schneider 2012: 68-69; Keller 2012, 2006, 2005). Jedoch, diese Handlungsfähigkeit ist im gesellschaftlichen Rahmen, das heißt in Zuge von Sozialisationsprozessen und innerhalb symbolischer Ordnung situiert zu verstehen. Es ist auch abhängig von den spezifischen Deutungshoheiten und Sprechpositionen wie eine Transformation der Platzanweisungen für Subjekte stattfinden können – ein Grund, warum die Adressierungsweisen, trotz der unterschiedlichen Interpretationen, gegen Veränderungen widerspenstig zeigen (vgl. Bosančić 2016: 45-48).

Reiner Keller hat sich der Rolle der sozialen Akteur*innen aus einer wissenssoziologisch diskurstheoretischen Perspektive gewidmet. Keller fächert in seiner Konzeption die Rollen der Akteur*innen auf in Sprecher*innen, Sprechpositionen und, wie oben bereits vorgestellt, Subjektpositionen und tatsächlichen Subjektivierungen (Subjektivierungsweisen) – diese sind

sowohl individuell, oder als auch kollektiv gedacht. Sprechpositionen umfassen jene, die, im Foucault'schen Sinne, Äußerungen sowie Aussagen produzieren, die Diskurse ausmachen. Auch weisen Diskurslandschaften unterschiedliche Grade der Heterogenität sowie andere Strukturen und Hierarchien auf. Zusätzlich spricht Keller hier eine zusätzliche Komponente bei der Sprechposition an: Sprecher*innen werden unterstützt und getragen von einem „Personal der Diskursproduktion und der Weltintervention [...], das in mehr oder weniger ausgreifende institutionelle Infrastrukturen eingebunden ist und bspw. berät, informiert und kontrolliert“ (ebd. 2012: 99). Können die Grenzen zu Sprechpositionen manchmal fließend sein, ist das Personal für die Mobilisierung eines Diskurses sowie der an Normen orientierten Adressierung für Subjektpositionen gesondert zu analysieren.

Für mein Forschungsvorhaben sind Betrachtungen zu Subjektpositionierungen/-formierungen⁴ in dem Sinn von Gewicht, dass Subjektivierungsprozesse des vergeschlechtlichten suizidalen Subjektes immer in dieser Doppeldeutigkeit berücksichtigt werden muss. Mein Vorhaben besteht nicht darin, die Subjektivierungsweisen durch die Angesprochenen und Fürsorgesuchenden nachzuzeichnen, sondern die durch das Personal der Suizidprävention vermittelten und zugewiesenen Subjektpositionen diskursanalytisch zu beleuchten. Bosančić bezeichnet, für analytische Zwecke, diese Gruppe in ihrer Beziehung zu Klient*innen, als „Subjektivierungsinstanzen“, da sie einerseits „im jeweiligen Feld zirkulierenden Subjektpositionen die daraus hervorgehenden ‚Anforderungskataloge‘ an die entsprechenden ‚Klient[*]Innen‘ vermitteln [...], das heißt die Subjektpositionen mehr oder weniger bewusst und mehr oder weniger explizit aufzwingen, vorleben, anpreisen, sie davon überzeugen, Anerkennungsgewinne oder Sanktionen in Aussicht stellen, etc.“ (Bosančić 2016: 113). Andererseits findet auch hier eine eigenwillige Identifikation und Interpretation mit dieser Position statt, wodurch auch hier ein Potential der Verschiebung gegeben ist (vgl. ebd. 2016: 113-114). Diese Sicht scheint mir passender, als Kellers Konzeption des „Personals der Diskursproduktion und Weltintervention“, da hier das Personal nicht als bloße „Agent(inn)en der Diskurse“ (Keller 2012: 99) betrachtet, sondern ebenso Subjektivierungsprozesse aushandelnd einbezogen werden.

Woher wissen wir von wem und worüber wir sprechen, wenn wir über suizidgefährdete und suizidierte Menschen sprechen? In dieser Arbeit wird die theoretische Perspektive eingenommen, dass Wissen über die Menschen, über die wir sprechen, nicht von selbst uns in den Sinn kommt. Erst durch soziokulturell spezifische Arten der Wissensproduktion in den

⁴ Der Einfachheit halber, wird später von Subjektpositionen gesprochen. Die begriffliche Nuance von Bührmann/Schneider sollen hier aber mitgedacht werden.

verschiedensten Feldern und Ebenen der Gesellschaft, innerhalb der Möglichkeiten des Sagbaren und Sinnvermittelten, wird dieses Wissen prozesshaft konstituiert. Gesellschaftliche Praxis wird innerhalb der diskursiven Aussagensysteme, mit signifikanten und signifizierenden Beziehungszusammenhängen, erkennbar, gleichzeitig reproduzieren diese auch die Diskurse, auf die sie sich beziehen. Menschen, gedacht als soziale Akteur*innen, werden durch diskursiv (re-)produzierte Merkmale als zugehörige oder ausgeschlossene Subjekte adressiert. Dementsprechend sind Subjekte durch die spezifische Art des Wissen-Macht-Differenz-Komplexes als solche hervorgebracht, indem ihnen mögliche Seinsweisen und Handlungsmöglichkeiten, innerhalb den relevanten Strukturen, vermittelt werden (Subjektpositionen sowie Subjektivierungsinstanzen).

Gleichzeitig wird hier aber auch die Sichtweise vertreten, dass die tatsächlichen Annahmen der Positionen nicht immer in der gleichen Art und Weise passieren, sondern situativ und von individuellen Ressourcen abhängig und somit für prozesshafte Verschiebungen offen sind (tatsächliche Subjektivierungsweisen). Das heißt, es ist voraussetzungsvoll, über wen wir als suizidgefährdet sprechen können. Je nach Kontexten, sind Aussagen von Sprecher*innen legitim, Anderen wird das Gehör und der Glauben verwehrt. Das Wissen über Suizidgefährdung und Suizid ist Gegenstand historisierbarer Diskurse, die jeweils eigenes Wissen und Sinnzusammenhänge produzieren, somit ‚Wahrheiten‘ geltend machen. Nicht jedes Wissen zu Suizid wird in gleicher Weise als relevant eingeschätzt, sondern je nach Macht- und Herrschaftsverhältnissen, können sich manche ‚Wahrheiten‘ gegen andere durchsetzen und diese verschleiern. Das heißt, die gegenwärtigen Fakten und Deutungen zu Suizid und -gefährdung werden als historisch gewachsen und soziokulturell spezifisch angesehen, die Möglichkeit anderer gesellschaftlicher Umgangs- und Deutungsweisen wird angenommen. Menschen werden anhand dieser kontingenten Begrifflichkeiten und Wissensformen zu Suizid und Suizidgefährdung in Beziehung gesetzt, ihnen werden Positionen durch andere soziale Akteur*innen innerhalb von Institutionen, mehr oder weniger routiniert nahe gelegt, oder auch nicht. Das heißt an diesem Punkt wird Wissen herangezogen, zitiert angewendet, ausverhandelt und gegenüber anderen Deutungen durchgesetzt.

Geschlecht wird hier ebenso als solch eine Wissensform angesehen, die in der Interaktion zwischen den sozialen Akteur*innen eine Rolle spielt. Was wird in einer gegebenen Gesellschaft zu Geschlecht gewusst sowie praktiziert und welche Wechselwirkungen hat dies zwischen den Interagierenden sowie auf das, was zu Geschlecht gewusst wird? Anders formuliert, wie werden durch die Subjektivierungsinstanzen die „Anforderungskataloge“ in Hinblick auf Geschlecht an etwaige suizidale Subjekte artikuliert? In Bezug auf

Vergeschlechtlichung von suizidalen Subjekten muss nun geklärt werden, wie Geschlecht selbst als Wissenskategorie hier konzipiert wird.

3.3. Geschlecht als Wissenskategorie⁵

Im folgenden Kapitel gilt es „Geschlecht“ näher zu bestimmen. Es soll nicht darum gehen den Begriff zu definieren und damit zweifelsfrei zu determinieren. Vielmehr möchte ich nachvollziehbar machen, wie ich Geschlecht als Kategorie in dem Komplex der Macht-Wissen-Differenz (Hall 2018) einordne und wie ich durch Geschlecht hindurch Praktiken im Suizid-Diskurs sowie Präventions-Diskurs betrachten kann. Geschlecht als Kategorie innerhalb von Macht-Wissen-Differenz zu verstehen, bedeutet Wahrgenommenes innerhalb von spezifischen kontingenten, soziohistorischen und kulturellen Machtdynamiken zu betrachten.

Es geht besonders darum die „Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit“ zu hinterfragen, problematisieren und sichtbar zu machen - kurz zu dekonstruieren und einer Verschiebung zugänglich zu machen. Aus einer diskurtheoretischen Position wird Geschlecht greifbar als „ein durch Repräsentationsstrukturen erzeugter Sinneffekt“ (Hark 2011: 386). Die kritische Herangehensweise zu Repräsentationen fragt also auch nach den Zusammenhängen von Zeichen (Semiotik) und der Beziehung von Macht und Wissen. Diese Epistemologie in der Geschlechterforschung und Feministischen Theorie rückt „die Produktion von Wissen z.B. um geschlechtliche Unterschiede sowie die Frage, wie dieses Wissen in soziale Praktiken und Institutionen, die das Verhältnis der Geschlechter festlegt, ebenso wie in Subjektivitäten verankert wird, in den Vordergrund“ (ebd. 2011: 387). Sabine Hark stützt sich damit, unter anderem, auf Judith Butlers Arbeiten, die auch ich als theoretischen Referenzrahmen nutze. Hier wird die Kultur/Natur-Trennung des Geschlechts-(körpers) ebenso als diskursives Produkt eines Macht- und Herrschaftsverhältnisses betrachtet, worin Körper sich in und durch Diskurse materialisieren. Wichtig ist die Betonung, dass Geschlecht nicht nur ein Effekt von machtvollen Diskursen ist, sondern selbst als Apparat fungiert, der geschlechtliche Subjekte erst hervorbringt (Butler 1991, 2017a, 2017b: 71-96).

Damit wird das suizidale Subjekt nicht als solches verstanden, bei dem lediglich ein Geschlecht ablesbar wird. Vielmehr ist ein Erkennen-Können der Suizidalität durch Geschlecht bedingt. Besonderes Augenmerk lege ich auch auf die den Begriff der Performativität (ebd.) als

⁵ Wissenskategorie bezieht sich hier nicht auf den Begriff des Geschlechterwissens von Angelika Wetterer, sondern soll auf die diskurtheoretische Positionierung hinweisen, wonach Diskurse „die Form von sozialen Wissenstypen und -strukturen an[n]ehmen, mit denen nach dem Muster von Differenzstrukturen soziale Ordnung gebildet wird“ (Bublitz 2011: 261; vgl. auch Kahlert 2019).

praktische Wiederholung zitierter Gender-Ideale und der Verfestigung der Natürlichkeit und Kohärenz. Dass dies im Deuten und Interagieren von Suiziden eine konstituierende Rolle spielt zeigt Katrina Jaworski, indem sie Butlers Performativitäts-Begriff aufgreift. Sie argumentiert, dass Suizid nicht nur als ein Ergebnis zu sehen ist, das interpretierbar wird, sondern selbst als *doing* zu betrachten ist, dass die Zeichen, die eine suizidale Handlung als solche erkennbar machen nicht losgelöst von Gender zu denken ist: „[T]hese signs convey gendered norms and assumptions, through which suicide, as an act of deliberately taking one’s life, materializes“ (Jaworski 2014: 41). Dies kann aber nicht nur auf letale Handlungen bezogen werden, auch das Aussprechen von Suizidgedanken, die Wahl der Suizidmethode, die Suche nach Unterstützung bei anderen Personen, oder andere Praktiken, können genauso als materialisierte geschlechtliche Performativitäten betrachtet werden. Durch die Interpretation, etwa durch das Personal der suizidpräventiven Institutionen, als geschlechtsspezifisches suizidales Verhalten sichtbar. Somit wird hier Subjektivierung eines suizidalen Subjektes nicht vor einer geschlechtlichen Zuschreibung konzipiert, sondern Subjektivierungspositionen werden erst durch Geschlecht erkennbar.

Gender als Apparat zu verstehen, der Normalisierung antreibt, bietet damit auch die Chance diesen Apparat nutzbar zu machen, um genau diese Regulationen zu denaturalisieren (Butler 2017b: 74). Möglich ist eine Kritik zu Selbstverständlichkeiten der Geschlechtskörper in der Gesellschaft und somit auch die Frage nach Ausgeschlossenem „eine grundlegende Reartikulation dessen erzwingen könnte, was Körper als bedeutungsvolle Körper auszeichnet, was Lebensweisen, die als ‚Leben‘ zählen, auszeichnet, als Leben, die es wert sind, geschützt zu werden, gerettet zu werden, betrauert zu werden“ (ebd. 2017a: 41). Die Zuschreibung und Anerkennungen von Körper-Bedeutungen ist grundlegend für die Beschäftigung damit, wer überhaupt wie Subjektstatus erhält und in weiterer Folge in einer Gesellschaft benötigte Zuwendungen, wie etwa psychosoziale Hilfe, erhält. Konkreter ausgedrückt, mit der Frage nach der vergeschlechtlichten Materialisierung, ist hier eine Prägnanz zu sehen, wie überhaupt über ein suizidales Subjekt nachgedacht und somit gesellschaftliche Maßnahmen getroffen werden. Seinsweisen, die noch nicht einmal einen Namen haben, können auch schwer für Strategien und Maßnahmen berücksichtigt werden. Umgekehrt können bestehende Strategien und Maßnahmen die Bedürfnisse überdecken. Hiermit wird auch impliziert, dass Geschlecht eben nicht als Ausdruck einer Kategorie verstanden wird. Es gibt nicht *die* Frau oder *den* Mann oder *die* Lebensweise einer Genderfluidität⁶. Hier ist nicht das Ziel die Klassifizierungen zu Geschlecht

⁶ Im Verlauf dieser Arbeit wird öfters der Begriff Trans* gewählt, um genderfluide, non-binary, vielfältige geschlechtliche Lebensweisen auszudrücken. Dabei beziehe ich mich auf die Asterisk-Konzeption von Jack

um weitere ‚Kästchen zum Ankreuzen‘ zu erweitern, da die Organisation durch Macht-Wissen-Differenz, nur im Ausdruck verschoben, weiterbestehen würde; statt einem Zweigeschlechtermodell ein Dreigeschlechtermodell. Mir geht es an dieser Stelle nicht um die Beantwortung identitätspolitischer Fragen und eine vollständige Nennung von Geschlechtsidentitäten. Stattdessen ist die Intention die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, dass Geschlecht wirkmächtig ist, hinsichtlich dessen Subjekten und Lebensweisen Anerkennung zukommen lassen – oder auch nicht. Durch eine Diskursanalyse soll Geschlechterwissen in seiner konstituierenden, in- und exklusiven Performanz denaturalisiert werden:

„Diskursanalyse beraubt die Naturhaftigkeit, Substantialität und Ontologie, also die Wesenhaftigkeit der Ordnung der Dinge, ihre Evidenz [...]. Dies erfolgt, indem [Diskurse] – durch Diskursanalyse fundiert – Wissenseinheiten ‚entknüpfen‘ und sie auf ihre Erscheinungsbedingungen hin befragen“ (Bublitz 2011: 254).

Dieses Entknüpfen soll anhand der Wissenssoziologischen Diskursanalyse verfolgt werden, die geschlechtliche Ordnung der Dinge und das genderspezifische Anerkennen von Suizidalität. Wie macht der Gender-Apparat ein Deuten möglich und welche Legitimationen dienen als Stütze?

3.4. Wissenssoziologische Diskursanalyse

Für die Analyse wird die Forschungsperspektive der Wissenssoziologischen Diskursanalyse (WDA) eingenommen. Diese entspricht keinem Abarbeiten an einem standardisierten Forschungsprogramm, sondern eher einer Aneignung einer „Analyseperspektive“ sowie der „Analysetätigkeit“, die eine Tradition der sozialwissenschaftlichen Hermeneutik weiterführt (Truschkat 2013). Keller beschreibt die WDA in folgender Weise: Mit der WDA erfolgt eine „Analyse und Erklärung der diskursiven Konstruktion gesellschaftlicher Wissensbestände einschließlich derjenigen Elemente, die sich auf Sprecherpositionen und Subjektpositionen im Sinne diskursiv adressierter Subjekte richten“ (Keller 2012: 92). Demnach verknüpft er wissenssoziologische Perspektiven der Individualebene und den darin wechselseitigen, interaktionistischen Wissenskonstruktionen einerseits, andererseits soll eine Beziehung zu einer breiteren gesellschaftlichen Ebene und prozessierten Wissensproduktionen hergestellt werden. Keller bedient sich Anthony Giddens Theoriekonzept der „Dualität von Struktur“, um die

Halberstam, um eine definitonische Eindeutigkeit zu vermeiden. Halberstam formuliert das Ziel folgendermaßen: „The asterisk holds off the certainty of diagnosis; it keeps at bay any sense of knowing in advance what the meaning of this or that gender variant form may be, and perhaps most importantly, it makes trans* people the authors of their own categorizations. [...] This terminology, trans*, stands at odds with the history of gender variance, which has been collapsed into concise definitions, sure medical pronouncements, and fierce exclusions“ (Halberstam 2018: 4-5).

Wechselbeziehung der diskursiven Aktualisierung von historisch bestehenden Strukturen, um mit der WDA einzelne Diskursereignisse mit einer breiteren Diskursebene konzeptionell zu verknüpfen (ebd. 2011: 61). Das heißt, dass gesellschaftliche Institutionen, wie die organisierte Suizidprävention in Wien, mit ihren inhärenten, alltäglichen Praktiken und Wissenszirkulationen, Ergebnis vergangener strukturbildender Prozesse sind, jedoch tagtäglich performativ aktualisiert reproduziert und transformiert werden. Mit der WDA möchte ich Sinnzusammenhänge und Ordnungsprozesse rekonstruieren, die Menschen, in dieser alltäglichen institutionalisierten Aktualisierung, als suizidgefährdete Subjekte wahrnehmbar machen und entsprechende Handlungsstrategien und Notwendigkeiten durch das adressierende Personal legitimieren und . Dabei gehe ich davon aus, dass das Personal dieses Wissen nicht jedes Mal auf ein Neues erarbeitet, sondern auf diskursiv vermittelte Wissensordnungen, damit auf Problemstrukturen, Deutungsmuster und Narrative (vgl. ebd 2011; Truschkat 2013: 84), referieren und damit die vergeschlechtlichenden Subjektivierungsprozesse (re-)produzieren, aber auch verschieben können.

Die Phänomenstruktur zeigt was problematisiert wird, welche Themenstruktur die Erzählungen aufweisen, welche Kausalitäten und Widersprüche sind zu finden, und welche Sprech-Verantwortungs- und Handlungspositionen werden (nicht) benannt. Unter dem Nachvollziehen der narrativen Strukturen wird dann das In-Beziehungssetzen von den diskursiven Bausteinen verstanden (Deutungsmuster, Klassifikationen, Dimensionen der Phänomenstruktur). Narrative strukturieren Erfahrungen der Welt und (re-)produzieren die qualitative Beziehung zwischen Akteur*innen, Ereignissen, Bewertungen und Ähnliches (Keller 2005: 243-247; Keller 2011: 99-101). Bezüglich der Berücksichtigung der Deutungsmuster sind die Überlegungen von Christian Lüders und Michael Meuser. Als Deutungsmuster verstehen sie „[I]n seiner allgemeinen Bedeutung [...] die Organisation der Wahrnehmung von sozialer und natürlicher Umwelt in der Lebenswelt des Alltags“ (Lüders/Meuser 1997: 58). Keller fügt dem noch hinzu: „grundlegende bedeutungsgenerierende Schemata, die durch Diskurse verbreitet werden und nahe legen, worum es sich bei einem Phänomen handelt“ (Keller 2005: 238). Ähnlich, wie Keller, schlagen Lüders/Meuser eine Situierung und ein Ordnen der Daten vor, um eine „Grobstruktur des Falles“ zu rekonstruieren, um erste Vermutungen auf Deutungsmuster zu formulieren (Lüders/Meuser 1997: 69-70). Auch soll die sprachliche Form untersucht werden, um dann zur feanalytischen Sequenzanalyse von „Äußerungen in ihrer sequentiellen Abfolge“ (ebd. 1997: 70). Sequentielle Abfolge heißt im vorliegenden Fall teils Zeile für Zeile oder Satz für Satz vom Gesamttext isoliert zu betrachten sind, Interpretationshypothesen gebildet und dann in weiteren Verlauf eingefügt wurden. In einem weiteren Schritt wird dann

bezüglich erzählenden Zusammenhängen, Verknüpfungen und herausbilden von Erzählmustern gefragt. Anders beschrieben, geht es hier darum das „narrative Muster [nachzuzeichnen], mit dem die verschiedenen Deutungsbausteine“ (Keller 2011: 111) aufeinander bezogen werden.

3.5. Erhebung und Auswertung

In diesem Kapitel werde ich den Erhebungs- und Auswertungsprozess für den Nachvollzug beschreiben. Hier handelt sich schon um erste Interpretationsschritte, durch die theoriegeleitete Auswahl des infrage kommenden Diskursausschnittes und Gesprächspartner*innen. Vorweg sei auch festgehalten, dass eine erste Hürde darin bestand Entscheidungen bezüglich des Erhebungs-Sampling sowie Reduzierung des Auswertungs-Materials zu treffen (vgl. Keller 2006: 139). Die Suizidprävention in Wien ist sehr vielschichtig und heterogen; dies ist kaum verwunderlich, da schon der Begriff der Suizidprävention Strategien umfasst, die im weitesten Sinn, Menschen abhalten sollen den Suizid zu vollziehen. Die kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff „Prävention“ durch Sonneck/Kapusta/Tomndl/Voracek zeigt aber auch, dass selbst diese vage Verwendung des Begriffs uneindeutig ist, wenn es darum geht, welche Maßnahmen durch welche Personengruppe zu welchen Handlungszeitpunkten von Suizidgefährdeten anzusetzen sind, ab wann es zu früh oder zu spät ist von Prävention zu sprechen. Merken die Autoren an, dass Prävention vor einer konkreten Ankündigung passiert zu der dann idealerweise eine Intervention gesetzt wird (Sonneck/Kapusta/Tomndl/Voracek 2016: 162-165), sprechen Wolersdorf/Etzendorfer etwas von „Suizidprävention [...] im engeren Sinn [als] die Verhütung der Umsetzung von Suizidgedanken“ (Wolersdorf/Etzendorfer 2011: 104). Diese Unterscheidung ist wichtig für die Frage welche Akteur*innen für die Befragung von Prävention überhaupt zu kontaktieren sind. Im Folgenden werde ich mich auf den Präventionsbegriff von Sonneck/Kapusta/Tomndl/Voracek beziehen bezüglich der zeitlichen Gewichtung des Präventionsbegriffes. Für meine Forschungsfrage war es also wichtig Personen im professionellen Bereich zu kontaktieren, deren Einschätzen von Suizidgefährdung eine Intervention motivieren kann, die also eine erste ‚Sortierung‘ vornehmen können, ob es sich um suizidgefährdete Menschen handeln könnte oder nicht. Allerdings ist für mich die strukturelle Unterscheidung von primärer, sekundärer und tertiärer Suizidprävention von Wolersdorf/Etzendorfer hilfreich, da sie organisatorische Verantwortungsbereiche grob unterteilt und damit eine Hilfestellung bei der Festlegung der Kriterien des infrage kommenden Erhebungsfeldes leistete. Entsprechend des Forschungsinteresses der vorliegenden Arbeit habe

ich Organisationen und Personen kontaktiert, die in den Bereich der Sekundärprävention fallen, auch wenn es sich aus der obigen Definition versteht, dass es sich um analytische Unterscheidungen handelt und Organisationen sowie Präventionshandlungen sich fließend zwischen den Grenzen von zum Beispiel primärer und sekundärer Präventionsmaßnahme bewegen können.

3.5.1 Expert*inneninterviews als Erhebungsmethode

Für die Datenerhebung habe ich in einem ersten Schritt eingegrenzt, wer in Wien überhaupt im sekundären Suizidpräventionsbereich tätig ist. Anhand der Definition von Wolersdorf und Etzendofer kommen psychosoziale Kriseninterventionsstellen, seelsorgende Telefondienste, Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen oder ähnliche Berufsgruppen infrage, wenn es um die Einschätzung und Weiterleitung von Suizidgefährdung geht (ebd. 2011: 111). Im Suizidbericht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) entsprechen diese Berufsgruppen der Position „Gatekeeper der Suizidprävention [...], die eine Schlüsselposition als Ansprechpartner[*]innen für betroffene Risikopersonen einnehmen und die aufgrund ihrer beruflichen oder sozialen Position mit suizidgefährdeten Personen in Kontakt kommen und dabei die Chance haben, suizidpräventive Hilfestellung zu geben bzw. essenzielle professionelle Hilfe zu vermitteln“ (BMASGK 2019: 31). Diese Personenbezeichnung entspricht für mich dem theoretischen Begriff der Subjektivierungsinstanzen.

Dementsprechend orientierte sich die Auswahl der Erhebungsmethode an Expert*inneninterviews nach Michael Meuser und Ulrike Nagel. Die befragten Personen werden anhand eines Expert*innen-Status ausgewählt und als solche befragt, das heißt nicht die gesamte individuelle Lebenserfahrung einer Einzelperson oder Kollektiverfahrungen sind hier von Interesse, sondern es wird auf Fragen der Institution und Organisation fokussiert (Meuser/Nagel 2005: 72-73). Nach Meuser/Nagel gelten als Expert*innen ein Personenkreis, der „in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“ (ebd. 2005: 73). Die Bezeichnung von einer Gruppe als Gatekeeper entspricht in treffend in zweifacher Weise diesen Kriterien. Einerseits haben Handlungsentscheidungen der Subjektivierungsinstanz Gatekeeper Einfluss auf die Problemlösung für das Problem der Suizidgefährdung, da sie weichenstellend fungieren. Gleichzeitig werden nicht alle Menschen in einer Gesellschaft gleichermaßen als Gatekeeper angesprochen, sondern es wird eine Unterscheidung und damit auch Privilegierung anhand von „Schlüsselpositionen“ vorgenommen. Diese Expert*innen werden auch nicht auf eine

öffentlichen sondern auf ein ‚abgeschlossenes‘ Diskursfeld hin befragt, da sie eben privilegierten Zugang zu diese Informationen haben und auch innerhalb eines ‚geschlossenen‘ Feldes diskursiv handeln. Zusätzlich unterscheiden Meuser/Nagel auch dahingehend, ob die angesprochenen Expert*innen die Zielgruppe einer Untersuchung darstellen oder die gewonnenen Informationen andere Daten ergänzen. Für das vorliegende Vorhaben ist Ersteres der Fall, da die Expert*innen Auskunft über die „Wissens- und Handlungsstrukturen, Einstellungen und Prinzipien [...] Aussagen über Eigenschaften, Konzepte und Konzepte“ (ebd. 2005: 77) in ihrem institutionellen bzw. organisatorischen Feld geben sollen.

Mit diesen Kriterien wurde ein offener Leitfaden für die Gesprächsführung erstellt, der einerseits genügend freien Gesprächsraum eröffnen sollte, um von mir zuvor nicht bedachte Themen und Fragen zu ermöglichen, andererseits aber ein maßloses Ausschweifen verhindern sollte. Auch durch Meuser/Nagel inspiriert war die genaue Abfolge der gestellten Fragen nicht zwingend, sondern wurde individuell an dem Gespräch angepasst (ebd. 2005: 77-78). Inhaltlich waren die Themen des Leitfadens jedoch gleich, auch wenn die Reihenfolge der Nachfragen sich teils unterschiedet.

Die Fragen unterteilen sich in drei Themengebiete (siehe Anhang B). Die Position der interviewten Person sowie die Situierung und Struktur der Organisation wurden entweder am Anfang oder im Anschluss an die Themenbereiche erfragt:

- „Was verstehen Sie unter Suizidalität?“

Darauffolgend die Nachfrage wie Suizidalität bei einem Gegenüber erkannt wird, wie es in der Organisation gehandhabt wird, welche Erfahrungen damit gemacht werden und woher das Wissen dazu gewonnen wird (Literatur, Ausbildung u.s.w.). Außer diese Punkte wurden selbstständig angesprochen.

- „Wie sieht Suizidprävention aus?“

Weiters, Fragen nach Richtlinien und Handhabung der Person/Organisation sowie Fragen der Schulung.

- „Wie sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Suizidalität und Geschlecht? Was bedeutet dies für die Suizidprävention?“

Wie wird das in der Organisation gehandhabt und welches Wissen wird dazu vermittelt?

Welche Erfahrungen gibt es?

In späteren Interviews flossen auch Fragen aus Erkenntnissen und Interessen der vorigen Interviews ein.

Die Frage nach Geschlecht wurde bewusst am Ende gestellt, da ich so Rhetorik und implizites Wissen im Bezug auf die Konzeption von Suizidalität erfahren wollte. Wenn Geschlecht nicht in der Frage aktiv thematisiert wird, wie wird Geschlecht dann interpretiert? Wird Geschlechterwissen überhaupt explizit erwähnt und wie? Um ein Ergebnis vorweg zu nehmen: Diese Entscheidung hat sich als hilfreich erwiesen, da sich durch das aktive Ansprechen von Geschlecht teils die Sprache änderte, in dem Sinn dass etwa nicht mehr nur das generische Maskulinum als Beschreibung von Personen gewählt wurde, sondern eher alternierend gesprochen wurde. Als Anschlussfrage an das Themengebiet „Zusammenhang Geschlecht, Suizidalität und Suizidgefährdung“ wurde explizit nach Erfahrungen mit Geschlechtervielfalt (etwa Transidentität, nicht-binäre Geschlechtsidentität, Intergeschlechtlichkeit) gefragt. Auch dies hat mit der Erfahrung während dem Gespräch zu tun, dass Geschlecht nur im Sinne von „Frauen“ und „Männer angesprochen wurde. Mit dieser Frage wurde dies thematisiert.

3.5.2. Kontaktaufnahme

Alle Personen, die hier als Gatekeeper in Frage kämen zu befragen hätte den Umsetzungsrahmen dieser Arbeit überschritten, daher galt es für mich weitere Einschränkungen vorzunehmen. Damit kann das Ergebnis dieser Arbeit nicht den gesamten Suizidpräventions-Diskurs darstellen, sondern nur einen Ausschnitt der Diskursformation⁷ sekundäre Suizidprävention. Für weitere Einschränkungen habe ich, einerseits, die Auflistung zu Stellen österreichweit und Wien von relevanten Kriseninterventions- und Präventionseinrichtungen von Sonneck/Kapusta/Tomndl/Voracek (2016: 319-320) herangezogen. Andererseits habe ich die Informationsseite der Suizidprävention Austria (SUPRA) (BMASGK 2020) sowie die Auskunfts-Homepage der Stadt Wien zum Thema „Suizid. Einrichtungen zur Intervention bei Suizidgefahr sowie zur Hilfe für betroffene Angehörige“ (Fonds Soziales Wien 2020) für die Auswahl verwendet. Eine Schnittmenge dieser drei Informationsquellen hat dazu geführt, dass ich zuerst drei Organisationen im psychosozialen Bereich kontaktiert habe. Diese Organisationen wurden als relevante Organisationen für Suizidgefährdung benannt, bzw. wurden diese Organisationen als erste Notfallnummern bei Verdacht auf Suizidgefährdung aufgelistet.

⁷ Keller versteht unter Diskursformation: „Bezeichnung für einen abgrenzbaren Zusammenhang von Diskurs(en), Akteuren, Praktiken und Dispositiven (z.B. die moderne Reproduktionsmedizin)“ (Keller 2011: 68). In Bezug auf die Suizidprävention ist also die Unterscheidung von primärer, sekundärer und tertiärer Suizidprävention für die Benennung der Diskursformation aufschlussreich.

Die drei Organisationen waren einerseits ein Telefondienst, der 24 Stunden, sieben Tage die Woche erreichbar ist (Organisation A), eine psychosoziale Einrichtung der Stadt Wien, die psychosoziale und psychiatrische Unterabteilungen sowie ebenfalls einen rund um die Uhr Telefondienst umfasst (Organisation B) sowie eine Einrichtung spezialisiert auf Krisenintervention und Suizidprävention (Organisation C)⁸. Für Kontaktaufnahme wurde ein Text formuliert, der entsprechend der Organisation bzw. Person angepasst wurde. Im Zuge dieses Prozederes konnten drei Interviews (IP1, IP2 und IP3) vereinbart werden, die im jeweiligen Büro stattfanden, mit einem Audiogerät aufgenommen und anschließend transkribiert wurden. Danach fand eine zweite Kontakt-Runde statt. Hierzu wurden vier Stellen kontaktiert, in der gleichen Weise wie in der ersten Runde: ein Telefondienst sowie psychiatrischer Notdienst, die beide Organisation B zuzurechnen sind, ein psychosozialer Telefondienst (IP4 in Organisation D) sowie eine Beratungsstelle, die Therapieleistungen ermöglicht (Organisation E)⁹. In Zuge dieser zweiten Kontaktierungsrunde fanden zwei weitere Gespräche mit Personen aus Organisationen B und D statt. Schlussendlich wurde dann das Interview mit IP5 und IP6 von Organisation B für eine Analyse herangezogen, da das Interview mit der Person von Organisation D doch nicht Auswahlkriterien entsprach. Für die Analyse standen somit fünf Interviews zur Verfügung. Die Gespräche dauerten zwischen 30 und 90 Minuten, Transkripte wurden für insgesamt 3 Stunden und 55 Minuten angefertigt (exklusive IP4). Im Folgenden werden die für die Analyse ausgewählten Interviewpartner*innen vorgestellt, inklusive der Organisation und deren innehabende Position. Dadurch lässt sich auch die Beziehung zwischen den Organisationen nachvollziehen.

Anna Annleitner¹⁰ (IP1) in Organisation A:

Hauptberufliche Leitung eines psychosozialen Telefondienstes und Onlineberatung mit Sitz in Wien, selbst aber auch langjährig als Beraterin am Telefon tätig und ausgebildete

⁸ Ich habe bzgl. Organisation C die zwei leitenden behandelnden Personen per E-Mail angeschrieben. Davon antwortete nur eine Person mit einer Zusage (IP3). Bei Organisation A und B wurde ich an die Leitung vermittelt, da diese nicht öffentlich ausgeschrieben waren. Organisation B hatte auch keine E-Mail Kontaktinformationen, daher fand die erste Kontaktaufnahme telefonisch statt.

⁹ Der psychosoziale Telefondienst der Organisation D wurde mir von einer tätigen Person des akuten Krisendienst Wiens empfohlen. Die Beratungsstelle der Organisation E wurde im Zuge eines Telefonats mit der Wiener Antidiskriminierungsstelle (WASSt) empfohlen. Mir war es wichtig bei dieser Organisation anzufragen, da die Durchschau der ersten drei Interviews zeigte, dass das Thema Geschlecht tendenziell einer binären Geschlechterdifferenz folgend behandelt wird und ich eine dazu kontrastierende Position einbeziehen wollte. Leider konnte hier kein Gesprächstermin vereinbart werden, da die Stelle nicht ausreichend zeitliche und personelle Kapazitäten hatte, um zeitnahe ein Gespräch zu ermöglichen und, verständlicherweise, die Gesprächstermine für hilfesuchende Menschen vorbehält.

¹⁰ Für eine leichtere Lesbarkeit wurden Pseudonyme für die Interviewpersonen ausgewählt.

Sozialarbeiterin. Die Mitarbeiter*innen sind überwiegend ehrenamtlich tätig. Das Angebot versteht sich als niederschwellig und offen für Anliegen jedweder Art. Es wird eine verständnisvolle, begleitende und entlastende Gesprächsführung angestrebt. Die Anrufer*innen können anonym bleiben und es ist nicht vorgesehen weitere Gesprächstermine zu vereinbaren. Die Mitarbeiter*innen müssen eine einjährige Ausbildung absolvieren und es finden regelmäßige Fortbildungen, Kooperationen und Supervisions-Treffen statt. Bei Gefährdungsverdacht finden Kooperationen mit anderen Organisationen statt und es wird eine vermittelnde Rolle eingenommen. Die Organisation hat keine Befugnis Anrufende in stationäre oder ambulante Einrichtungen einzuweisen oder ohne den ausdrücklichen Wunsch des*der Anrufers*in Maßnahmen zu veranlassen.

Boris Baal (IP2) Organisation B:

Ärztliche Leitung einer sozialpsychiatrischen Einrichtung in Wien, selbst psychiatrisch praktizierend im ambulanten Bereich. Die Organisation besitzt mehrere Unterabteilungen und Ambulatorien und ist auch als psychosoziale Unterstützungs- und Beratungsstelle für Betroffene und Angehörige konzipiert (Telefondienst, persönliche Beratung und Betreuung, Krisendienst). In der Organisation sind Mitarbeiter*innen aus dem sozialpsychiatrisch medizinischen Bereichen sowie auch psychosozialer Sozialer Arbeit tätig und im Austausch. Die Organisation, wie auch B. Baal selbst, steht im Austausch mit anderen Wiener Einrichtungen, veranstaltet Vorträge und Fortbildungen (etwa auch B. Brecht in der Organisation von A. Annleitner). Die Organisation hat keine Befugnis zu einer Zwangseinweisung bei Verdacht von Suizidgefährdung, Handlungsmaßnahmen müssen im gegenseitigen Einverständnis getroffen werden. Es wird aber mit Institutionen mit Zwangseinweisungsbefugnis eng zusammengearbeitet und an sie vermittelt, wenn der Verdacht auf Suizidgefährdung diesen Schritt legitim erscheinen lässt.

Colin Cramer (IP3) in Organisation C:

Leitung einer psychosozialen Einrichtung mit Spezialisierung auf Intervention bei Krisen und selbst therapeutisch praktizierend. Zusätzlich noch Mitglied eines Expert*innengremiums für die Erstellung eines Suizidpräventionsplans für Österreich. Die Einrichtung ist als (telefonisch, elektronische und persönliche) Beratungs- und Interventions- und Therapiestelle gedacht, sozialarbeiterische, medizinisch psychiatrisches und psychotherapeutische Berufsfelder sind vertreten. Das Angebot kann also einmalig oder über eine längere Zeit in Anspruch genommen werden und erfolgt freiwillig. Durch die begrenzten Öffnungszeiten werden teilweise Personen von anderen Organisationen ‚aufgefangen‘ und dann an die Einrichtung vermittelt. Diese

Einrichtung wurde von allen Interviewpersonen erwähnt, damit wird ihr hohes Maß an Expertise und Handlungskompetenz zugeschrieben, das sich auch in Kooperationen, Vorträgen und Schrift niederschlägt.

Emilia Ettner (IP5) in Abteilung Organisation B:

Praktizierende Psychopathologin für einen psychosozialen Notdienst sowie einem psychiatrischen mobilen Dienst, wo es um Abklärung der Situation und Entscheidung der weiteren Maßnahmen vor Ort geht. Dies passiert vor allem dann, wenn die eine Einschätzung vorliegt, dass eine die betreffende Person nicht selbstständig kommen kann oder vermutet wird, dass eine akute Intervention notwendig ist. Viel Kontakt besteht auch mit Angehörigen und psychiatrischen, medizinischen Einrichtungen, da Recherche zu medizinischen, psychischen Vorgeschichten notwendig sein können. Es wird eng mit Institutionen, die zur Zwangseinweisung befugt sind, zusammengearbeitet, wie auch anderen Organisationen, die im Präventionsbereich tätig sind (etwa Gewaltschutz-Einrichtungen).

Felix Felicis (IP6) in Abteilung Organisation B:

Leitung und Telefonierender eines psychosozialen Telefondienstes, klinischer Sozialarbeiter, Lehrender für Klinische Soziale Arbeit, wo Suizid und Suizidprävention im Lehrplan vorgesehen ist. Der Telefondienst hat Beratungs- aber auch Vermittlungsfunktion. Auskünfte werden sehr allgemein an Betroffene und Angehörige gegeben. Interventionen in Form von ‚Auffangen‘ in akuten Situationen kommen ebenso vor. Je nach Tageszeit, verschieben sich Zuständigkeiten vom psychosozialen, psychiatrischen Fragen zu breiteren psychosozialen Gesprächen, da andere Organisationen keine 24 Stunden Erreichbarkeit aufweisen. Die Organisationsabteilung von F. Felicis ist in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung von E. Ettner sowie Organisation C.

3.5.2. Korpusbildung und Analyse

Die schriftlichen Transkripte stellen die hauptsächlichen Analyse-Daten für Untersuchung dar. Die Aufbereitung für die Feinanalyse erfolgte in zwei interpretativ ordnenden Schritten: Erstens anhand eines Umrisses der Situiertheit der Interviews bezüglich einer soziohistorischen, institutionell-organisatorischen sowie individuellen situativen Kontextdimensionen. Damit soll die Rekonstruktion des Zusammenhangs zwischen dem Einzelfall und einer breiteren gesellschaftlichen Ebene erfolgen, um die getätigten Aussagen nicht nur inhaltlich, sondern auch in der Entstehungsbedingung nachvollziehbar und einer machtkritischen

Auseinandersetzung zugänglicher zu machen (Keller 2011: 99-100). Durch diesen Schritt können die einzelnen Interviews auch zueinander in Beziehung gesetzt werden, wodurch der Rahmen des Diskursausschnittes und eine innere Struktur verständlich werden.

Zweitens wurden die Interviews in einzelne Sinneinheiten aufgeteilt, um einen Überblick zu erhalten, was überhaupt zum Thema gemacht und anhand welcher sprachlichen Mittel dies umgesetzt wurde. Dazu ließ ich mich von dem Kodierverfahren der Grounded Theory inspirieren. Hier ist Inspiration deswegen als Wort gewählt, da das Kodierverfahren nicht anhand einer standardisierten Vorgehensweise umgesetzt wurde, jedoch Anhaltspunkte für Rücksichtnahme mehrerer Dimensionen der Inhalte bot, ohne die Offenheit des Interpretationszuganges zu unterbinden (vgl. Truschkat 2013: 83). Die theoretische Sensibilisierung der Datenauswahl sowie die Perspektive in der Datenauswertung vergleicht Inga Truschkat mit dem Kodierparadigma der WDA (ebd. 2013: 84). Auch Keller verweist auf die Möglichkeit der Übernahme und Modifizierung der Instrumente der Grounded Theory, im Sinne eines, salopp formulierten, Nehmen-was-schon-vorhanden-ist. Auswertungsschritte werden anhand der theoriegenerierenden und interpretativen Auswertungsvorschläge veranschaulicht und für eine wissenssoziologische Diskursforschung *übersetzt* (Keller 2011). Das Kodierparadigma der WDA ist von den theoriegeleiteten Fokussierungen auf die Phänomen- und Problemstruktur, Deutungsmuster und narrativen Strukturen geleitet, die einem „offenen Suchprozess“ gleichen (Truschkat 2014: 84). Das heißt für das Erkenntniswerkzeug des Kodierverfahren leitete meine Interpretation an, nur dass ich die Begriffe der WDA in Bezug auf das Fragenstellen an die Daten verwendete.

Theoretische Sensibilisierung bei der Auswertung heißt demnach, dass angeregt wird nicht nur zu fragen, was thematisch in den Daten zu sehen ist, sondern auch erste Punkte dahingehend zu benennen, was nicht thematisiert wird. Zusätzlich aus welcher Perspektive gesprochen wird, welche Handlungen lesbar werden und somit werden erste abstrahierende Verknüpfungen vorzunehmen. Zusätzlich wird ein selbst- und datenreflexives Auswerten gefördert. Dies wird in den Schritten des offenen „initial coding“ und des selektierenden „focused coding“ antizipiert (Charmaz. 2014). Offenes Kodieren soll ein Brechen mit dem Erzählfluss des Textes ermöglichen. So wurden erste Codes formuliert, die dann im Laufe des Prozesses immer wieder durch die Daten und der Reflexion meiner Vorkenntnisse hin überprüft wurden (ebd. 2014: 125-128). *Focused coding* bezieht Zusammenhänge zwischen den Codes, Regelmäßigkeiten und das Forschungsinteresse mit ein. Kategorien werden gebildet und geprüft, Überlegungen nach Lücken und ein Aussortieren von Codes findet statt (ebd. 2014: 140-147) Dieser sortierende Schritt ist die Grundlage für die feinanalytische Rekonstruktion der

Phänomenstruktur. Durch das Verbinden und Vergleichen von Kodes und Kategorien bekam ich einen Überblick, welche Daten für meine Forschungsfrage überhaupt relevant sind und somit bezüglich der geschlechtlichen Deutungsmuster genauer analysiert werden. Das weitere Vorgehen wurde dann in Form des minimalen und maximalen Kontrastierens gewählt. Minimaler Kontrast liegt bei Passagen vor, die zuerst Gewählten ähneln, um eine Dimension detailliert zu rekonstruieren. Bei der Maximalen Kontrastierung werden stark voneinander abweichende Äußerungen herangezogen, um eine vorhandene Heterogenität nachvollziehbar zu machen (ebd.2011: 92; 109).

4. Ergebnisse

Im Zuge des Kodier- und Ordnungsprozesses sind vier übergreifende Kategorien gebildet worden, mit denen eine Struktur des Diskursfeldes rekonstruiert und somit eine Auswahl für die Feinanalyse getroffen wurde.

- 1) Adressat*innen der ‚Gender-Problematik‘
- 2) Erklären von Gender-Disparitäten
- 3) Indizieren von Suizidgefährdung
- 4) Interventionsorganisation und -praxis

Die Ergebnisdarstellung wird mit den der Interventionsorganisation und -praxis beginnen, um auch einen Überblick über das Diskursfeld zu schaffen. Die Deutungsweisen und Narrative werden durch Selbstverständnisse der Suizidprävention geprägt, begriffliche Konzeption und Praxis legen strukturelle Grundlagen für ein Ansprechen auf Suizidalität. Zwar sind alle Interviewpersonen dem sekundären Präventionsfeld zuzurechnen, jedoch nehmen sie innerhalb dieses Feldes unterschiedliche Positionen ein. Diese Positionen, Positionsrelationen und die Einbettung in einer breiteren Suizidpräventionsstruktur in Österreich, sind somit Gegenstand des ersten Ergebnis-Abschnittes. Nachfolgend wird der Cluster „Adressierte der ‚Gender-Problematik‘“ in Form von typisierten „Deutungsfiguren“ (Keller 2011: 108) vorgestellt, um aufzeigen zu können, über wen wie (nicht) gesprochen, welche Subjektpositionen durch Anerkennung in Erscheinung treten können wird und wie Geschlecht diese Praxis konstituiert und strukturiert. Darauf folgt „Erklären der Gender-Disparitäten“, das darstellt, welches Geschlechterwissen in welcher Erzählweise für die Deutung und Erklärung der Wirklichkeit performiert wird und wie darin Sprech-, Handlungs- und Verantwortungsbereiche markiert werden. Weiters, wie durch die Erzählung ein gegenseitig referierender Sinngehalt der

Subjektpositionen (re-)produziert wird. Zuletzt werden die Cluster mit dem Themenbereich „Indizieren von Suizidalität“, der definitorischen und erkennenden Praxis zum suizidalen Subjekt, verwoben. Hier werden Begriffe der angewendeten definitorischen Praxis kurz untersucht, um Gender-Implikationen nachzugehen.

4.1. Interventionsorganisation- und Praxis

Die von mir Interviewten stellen alle Expert*innen in Bezug beratender, seelsorgerischer, psychosozialer und/oder psychiatrischer Arbeit in Verbindung mit Suizidalität dar, jedoch sind sie in ihrer Position als Subjektivierungsinstanzen different. Das heißt, sie unterschieden sich darin, auf welches Wissen sie zurückgreifen und Adressierungen formulieren können und selbst Wissen vermittelt bekommen. Draus erfolgen auch Unterschiede in der Beziehung zu Klient*innen. Unter Interventionsorganisation soll verdeutlicht werden, dass Intervention bei Verdacht von Suizidalität nicht einzeln gesetzte Handlungen bestehen, sondern dass innerhalb der Suizidprävention unterschiedliche Sprechpositionen gibt, wie Interventionspraxis auszusehen hat

Im Zuge der organisatorischen Selbstbeschreibungen sowie den Kooperationen und Verantwortungszusprachen, hat sich ein Bild ergeben, das einem inneren und äußeren Kreis ähnelt, die zueinander hierarchisch in Beziehung stehen. Dabei gibt es einen inneren, esoterischen Bereich¹¹, dessen Institutionen und Akteur*innen als kompetente Ansprech- und Entscheidungsinstanzen sowie Quelle des Wissensgewinns assoziiert werden. Hier ist die epidemiologisch geprägte Suizidologie sowie Organisationen mit einschlägigen Interventions-Erfahrungen gemeint. Als Berichtsorgan, gleichzeitig tonangebend für die Schwerpunkte der Suizidprävention sind die Suizidberichte des Bundes zu betrachten (zum Beispiel für das Jahr 2018 siehe BMASGK 2019). Jährlich unterscheiden sich die Berichte anhand der ausgewählten Schwerpunkte, neben der Deskription der Todesursachenstatistik im Zeitverlauf und dem Aufzeigen von Zusammenhängen mit anderen Kategorien (etwa Geschlecht, Bundesland, Alter aber auch Methoden). Die in der Suizidprävention Tätigen orientieren sich an diesen Ergebnissen. Gleichzeitig findet auch ein regulierter Wissensaustausch statt. Reguliert deswegen, da das Wissen, das in die Berichterstattung Einzug erhält, durch den esoterischen

¹¹ Esoterisch ist hier angelehnt an Ludwick Flecks Konzeption von Denkkollektiven und Denkstilen. Danach bilde sich „[u]m jedes Denkgebilde, sei es ein Glaubensdogma, eine wissenschaftliche Idee, ein künstlerischer Gedanke" ein "kleiner esoterischer und ein größerer exoterischer Kreis der Denkkollektivteilnehmer[*innen]“, zwischen Ihnen findet ein "intra-kollektiven Denkverkehr" statt (Fleck 1980: 138, 140; vgl. auch Sabisch 2017: Abs. 5-10). Foucault sieht dies in ähnlicher Weise als „Medizinische Esoterik“: „[N]unmehr sieht man das Sichtbare nur, sofern man die Sprache kennt“ (Foucault 2016: 129).

Kreis ausgewählt wird. Dieser esoterische Kreis stellt sich dar als kollektiv und zentralisierte Expertise, benannt als ein Expert*innengremium und als Plan der Suizidprävention Austria (SUPRA) (C. Cramer: Z. 54-59; BMASGK 2019: 26-32; Haring et.al. 2011). Geplant ist, dass Zertifikate zu Suizidprävention vergeben und Orientierungshilfen zu Erkennungsmustern und Maßnahmenplanung geleistet werden. Suizidprävention ist damit nicht nur ‚horizontal‘ in die drei Bereiche der primären, sekundären und tertiären Präventionsebenen in verschiedene Zuständigkeits- und Sprechbereiche untergliedert, sondern auch ‚vertikal‘ in die Einnahme von Sprechpositionen die mit Expertise versehen ist und staatlich legitimiert ist, sichtbar etwa in den Plänen zur Einführung SUPRA Zertifikat für „Schulungen von Gatekeeper der Suizidprävention“ (BMASGK 2019: 29-32). Hiermit ist eine Entwicklung der Standardisierung und Zentralisierung zu sehen, mit dem Ziel eines „bessere[n] Erreichen[s] der Zielgruppen sowie die Verankerung und kontinuierliche Verbreitung eines qualitätsorientierten Wissensstandes zur Thematik in ganz Österreich“ (ebd. 2019: 29). Für die Arbeitsroutinen und Deutungsweisen der professionell handelnden Organisationen bedeutet dies, dass Naheverhältnis zu den Standards des Zentralorgans der Suizidpräventions-Expertise darüber entscheidet, ob sie dem *state of the art* folgen, oder nicht. Die „qualitätsorientierten Wissensstandes“ können als historisch gewachsenen Wissens-Pool betrachtet werden, das zur Norm ‚richtiger‘ Suizidprävention wird.

Die Expertise zu Suizidprävention in Österreich ist geprägt vom Werk *Krisenintervention und Suizidverhütung* und der drin enthaltenen Konzeption der Krisenintervention. Einerseits geht es darum, Krise von einem streng psychiatrischen Feld zu lösen und allgemeiner zu formulieren, indem die Rede ist von

„Verlust des seelischen Gleichgewichts [...], wenn ein [Mensch] mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie [...] seine Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“, was Krankheiten, Störungen und auch Suizid zur Folge haben kann (Sonneck/Kapusta/Tomandl/Voracek 2016: 15).

Der Krisenbegriff ist an die Psyche und das Soziale eines Individuums angesetzt, fokussiert wird der Umgang von Einzelnen mit Situationen. Gesellschaftliche Bedingungen sind damit nicht komplett ausgeklammert, der Blick richtet sich aber auf die Bewältigung der einzelnen Betroffenen und deren Fähigkeiten. Gesellschaftliche Konstellationen werden damit nicht primär verantwortlich gemacht. Dies ist deswegen relevant, da soziokulturell bedingte (Mehrfach-)Belastungen und Diskriminierungen nicht primär kritisiert wird, sondern der Umgang der Individuen zum behandelnden Faktor wird. Eichinger sieht in dieser

Definitionsverschiebung eine Abkehr vom psychiatrischen Krankheitsbegriff, aber eine weitere Ausdifferenzierung von Krankheit und damit eine Vorverlagerung der Interventionspraxis in den pathologischen Diskurs. Psychosozial löst als Schlagwort die vormalige diskursive Vormachtstellung des Psychiatrischen ab (Eichinger 2010: 143-144). Mit der Gender-Perspektive zeigt der Krisenbegriff auch, dass strukturbedingte soziale Ungleichheiten und Mehrfach-Belastungen unterschiedliche Voraussetzungen schaffen, wie oft und in welchem Ausmaß Personengruppen mit „Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert [werden]“. Genau an diesem Punkt setzt Martin Plöderl in seiner Kritik an dem Minderheitenstressmodell und syndemischen Modellen an (Plöderl 2016a: 144-145), da sie Ungleichheiten reproduzierende Strukturen unangetastet lassen. Heteronormativität, geschlechtliche Arbeitsteilung und genderbedingte In- und Exklusion in soziale Räume sind mit dem Krisenbegriff so nicht adressierbar, sondern nur, ob ein Individuum, metaphorisch und wortwörtlich, diesem Druck standhält oder zerbricht. Alle von mir Befragten erwähnten Gernot Sonneck und diese Konzeption von Krise als grundlegend für die Suizidprävention. Sonneck ist auch maßgeblich an der Zielsetzung, Planung und Veröffentlichung von SUPRA beteiligt (BMASGK 2019: 29; Haring et.al. 2011: 8).

Auch die Beschreibung der Suizidalität stand im Naheverhältnis mit dem Krisenbegriff von Sonneck. Dies hat grundlegenden Einfluss auf die Beratungs- und Präventionspraxis:

„[I]n der Beratung ist das Ziel, dass die Gründe, weshalb sich jemand töten kann, dass man die aufarbeiten kann, dass entweder die Gründe weggehen oder dass sich die Situation so verändert, dass entweder die Situation besser wird, oder die Person mit einer gleichbleibenden Situation anders umgehen kann, als sich selbst zu töten“ (F. Felicis: Z. 176-180).

Die Organisationsstruktur dreht sich darum, dass verschiedene zuständige Kompetenzstellen, diese Überforderung, die eine Krise auslöst, zu bearbeiten. Zentral ist dabei, dass das Individuum zu einem gegebenen Zeitpunkt die als wichtig erachteten Fähigkeiten nicht besitzt, folglich Gründe für eine Krise und/oder Suizidgedanken nicht allein bewerkstelligen kann. Eine Neigung zum Suizid, wenn festgestellt, setzt die Betroffenen ins Verhältnis mit einer Handlungs(un)fähigkeit, in dem Sinn, wie eine Fähigkeit der ‚Unterdrückung‘ und ‚Loslösung‘ von Suizidgedanken möglich ist. Suizidale Handlungen sind in dieser Deutungsweise keine Lösungsstrategien, die bei Überforderung anzuwenden ist, sondern ein Symptom für eine krisen- und/oder krankheitsbedingten Überforderung - diese gilt es durch intervenierende Handlung zu minimieren. Gatekeeper bedienen sich dabei unterschiedlichen Diskursen, um zu deuten warum es zu suizidalen Handlungen kommt. Die Ursachen, die zu einer Situation der Überforderung führen und eine Intervention notwendig werden lassen,

können grob in zwei Gruppen zusammengefasst werden: Suizidalität aufgrund von „subjektiv empfundener Ausweglosigkeit“ sowie wegen einer „Krankheitsursache“, die mehr oder weniger offensichtlich ist. Ausweglosigkeit betont die soziale Komponente von psychosozialer Krise, da der individuelle Umgang mit gesellschaftlich begründeten Situationen in eine Krise mündet, die als unlösbar in Erscheinung tritt, sodass sich Lösungsstrategien auf suizidale Handlungen ‚verengen‘¹². Diese ‚Verengung‘ gilt es zuerst festzustellen, zu lösen und, im Ideal, dem Individuum Fähigkeiten zu vermitteln, wie es in Zukunft nicht mehr in einen ähnlichen Zustand ‚gerät‘.

„Krankheitsursache“ bedeutet, dass in der Deutung von Suizidalität davon ausgegangen wird, dass sich eine Krankheit die ursächliche Bedingung ist, auch wenn sich diese nicht immer sofort zeigt. Das heißt, dass die Suizidprävention an der Behandlung dieser Krankheit orientieren muss, die sich in diversen Symptomen zeigen kann. In den Gesprächen wurde Krankheit als ‚eigentliche Ursache‘ für suizidale Expressionen vielfach herangezogen.

„Na dass viele Menschen eigentlich depressive Erkrankungen haben und dass die nicht erkannt werden, [...] deswegen schulen wir auch Hausärzte darauf zu erkennen, weil's manchmal ja auch verschleiert ist und (eh auch) körperliche Beschwerden gibt und dann hinterher, wenn man da genauer nachfragt, stellt's sich's heraus, dass es doch psychische Hintergründe hat und eine depressive Episode dahinter liegt“ (C. Cramer: Z. 110-117).

Colin Cramer spricht also die Wissensvermittlung an, die in einen breiteren gesellschaftlichen Gesundheitsbereich Einzug erhalten soll und hat. Das Wissen zu Depression als Ursache, ermöglicht Deutungsprozesse und Diagnosen, die für Fragen erhöhte Aufmerksamkeit zu einem Suizidrisiko sowie suizidalen Handlungen als Grundlage dienen. Damit werden punktuelle, negative Ereignisse im Leben nicht ausgeschlossen, sie folgen vielmehr dem Krisenbegriff und dem psycho-pathologisierenden Diskurs. Alle Interviewten haben in keiner Weise dem Recht auf Suizid widersprochen, aber dass Menschen sich vollkommen bewusst und autonom zum Suizid entscheiden ist damit ausgeblendet im Möglichkeitsrahmen Subjektpositionen der suizidalen Subjekte. Wenn möglich, gilt zu eruieren was ‚wirklich‘ dahintersteckt.

Die Ursachen werden auch durch Geschlecht unterschiedlich prozessiert. Die Wahrnehmung was überhaupt eine Belastung ist, welche Themen dabei als relevant erscheinen und ob eine Diagnose einer Krankheit überhaupt stattfindet, wird, wie in den nachfolgenden

¹² Im Begriff der Verengung lässt sich das Erbe Erwin Ringels und dem Präsuizidalen Syndrom von 1951 ablesen: Demnach handelt es sich es sich um eine Beschreibung von Merkmalen, die nach Ringel oft suizidale Handlungen nach sich ziehen. Diese Verengung äußert sich in der Weise, dass sich das Repertoire von Lösungsansätzen und emotionaler Verarbeitung verringern; beispielsweise in Form von depressiven Stimmungen, Aggression gegen sich selbst und/oder der Umwelt sowie räumlicher und sozialer Isolation. Dadurch rückt Suizid als einziger Ausweg immer mehr in den Vordergrund der Wahrnehmung (Sonneck/Kapusta/Tomandl/Voracek 2016: 177-178).

Ergebniskapiteln 4.2 und 4.3 genauer dargestellt wird, geschlechtlich konnotiert reproduziert. Vorgehend kann aber schon festgestellt werden, dass die Differenzierung zwischen den Genus-Gruppen passiert und weniger innerhalb, somit Geschlecht ordnend wirkt. Bei der Diagnostizierung und Behandlung von Depression wurde bereits auf die geschlechtliche Differenzierung hingewiesen (vgl. BMASGK 2018; Lindner 2012; Teuber 2011).

Im Lichte der Zentralisierung des Wissens zur Suizidprävention, lässt sich das von mir untersuchte Feld auch in zwei Kompetenz-Bereiche unterteilen, obwohl alle von mir Befragten suizidpräventiv arbeiten. Für analytische Zwecke werden die Suizidpräventions-Kompetenzen benannt als „seelsorgerische Vermittlung“ und „psychosoziale, psychiatrische Betreuung“, obwohl sich die Arbeitsweisen der einzelnen Professionellen mehr oder weniger an Beiden orientieren, bzw. überlappend angewandt werden. Bei beiden Kompetenzpositionen sind Arbeitsroutinen zu finden, sie unterscheiden sich hauptsächlich in ihrem Diskursbezug und in der Beziehung zu den Hilfesuchenden sowie der Stellung für den Wissensaustausch mit anderen Organisationen der Suizidprävention. Bei beiden Positionen ist verdeutlicht, dass sich die Zuwendungen an Hilfesuchende, sich um das ‚Innere‘ der Menschen bemühen. Suizidgefährdung und präventive Maßnahmen wenden in der Zielsetzung an Individuen und nicht als ein Kollektiv als Ganzes. Zu unterscheiden sind aber die Methoden der Zuwendung.

4.1.1. Seelsorgerische Vermittlung und psychosoziale, psychiatrische Betreuung

Die „seelsorgerische Vermittlung“ drückt ein Anwenden von Wissen in der Arbeitsroutine aus, welches sich ‚passiv‘ versteht. Damit ist gemeint, dass im Zuhören und Schaffen von Sprechmöglichkeiten bereits eine präventive Praxis gesehen wird. Personen, die sich an die Organisationen wenden, werden nicht in einem medizinischen, psychologischen Rahmen betrachtet. Die Bemühungen richten sich eher daran aus, wie eine Gesprächskultur geschaffen werden kann, sodass ein soziales Bedürfnis eines Gegenübers befriedigt ist. Damit ist schon ein wichtiger Aspekt unterstrichen: die beiden Seiten der Gesprächspartner*innen werden als Menschen auf Augenhöhe und gleich kompetent erachtet. Ob Suizidalität überhaupt zu Sprache kommt und festgestellt werden kann, ist einerseits in der Hand der Personen, die Kontakt aufnehmen. Andererseits wird den Beratenden gar nicht die Kompetenz einer gültigen Feststellung von Suizidalität zugesprochen. Die Definitionshoheit wird allgemein psychologischer, psychiatrisch-medizinischer Expertise zugewiesen, das heißt die seelsorgerische Vermittlung ordnet sich dem unter, wenn es um eine Diagnose und Maßnahmen-Planung geht. Jedoch können sie Personengruppen erreichen, die sich versuchen einem medizinisch geprägten Präventionsbereich zu entziehen.

„[I]ch will jetzt sagen hilfreicher, aber sicher genauso ist, weil's ähm, also wenn ich anrufe bekomme ich keine Diagnose, ja? Ich kann keine Diagnose geben, weil ich bin kein Arzt, ja? Und ich werd' erst einmal als Mensch genommen“ (A. Annleitner: 322-324).

Damit deutet Annleitner einen Prozess an, dem widerständig begegnet wird. Diagnose heißt eine Klassifizierung anhand des Sehens und Deutens von sprachlichen, emotionalen, habituellen oder anderen materiellen Expressionen und der nachfolgenden Entscheidung, ob die betrachtete Person Patient*in wird oder nicht. Personen werden *„erst einmal als Mensch“* gesehen, damit ist es in einem Rahmen der ‚Ursprünglichkeit‘, bzw. ein simples Sein, ohne Anforderungen und Verortung in Gruppen. Metaphorisch kann dies auch als ein Gegenwirken gegenüber einem ‚Zerteilen‘ der Person gewertet werden, als ein Ansprechen als ‚ganzer und gleichwertiger Mensch‘. So gesehen, ist die Vermittlungsrolle für die Expert*innen davon geprägt, dass ein Ziel darin besteht die Handlungsfähigkeit des Gegenübers zu erweitern und andere Perspektiven in ein ‚Sichtfeld‘ zu rücken. Damit präferieren die Beratenden nicht eine Verhinderung von Suizid per se, sondern einen Verhandlungsspielraum so zu moderieren, dass eine Androhung eines Suizids nicht die einzige Option bleibt. Damit ist es ein schmaler Grad zwischen Intervention und dem Erhalt der Handlungsfreiheit. Ein weiterer Aspekt ist, dass der Kontakt eine Basis für zukünftige Assistenz-Handlungen darstellt. Damit ist gemeint, dass die Beratenden im Namen der Klient*innen tätig werden können und an anderen Suizidpräventive Organisationen verweisen: *„Darf ich für Sie die Rettung rufen?“* (A. Annleitner: Z. 166-167) oder auch *„Okay, sind Sie damit einverstanden, wir schicken Ihnen jetzt Rettung oder Polizei im Notfall“* (F. Felicis: Z. 61-62). Die Annahme dieser Angebote passiert in der Regel erst durch aufgebautes Vertrauen. Die eigene sowie die Position eines Gegenübers wird als ‚Mitmensch‘ benannt und bezüglich dem psycho-medizinischen Bereich positiv betont. Dies kann als Wahrnehmung eines Positions-Gefälles innerhalb der psycho-medizinischen Prävention interpretiert werden. Zusätzlich, in der seelsorgerischen Vermittlung kann ein Bestehen einer christlichen Caritas gesehen werden. Ein Gegenüber wird in der Bedürftigkeit der Nächstenliebe durch organisierte Wohltätigkeit adressiert und einen Sprechraum der Fürsorge und des ‚Loswerden‘ von Gedanken und Absichten, die tabuisiert sind und/oder mit Pathologisierung assoziiert werden. Die seelsorgerischen Position der Institution erscheint als bestehender Rest der historischen Zuständigkeit der Kirche zu Angelegenheiten der Fürsorge. Das Gegenüber wird also in einer sozialen Bedürftigkeit gesehen, deren Ausdruck einer Suizidalität eine Verengung und ‚Verirrung‘ darstellt, aber mit Fürsorge und Entlastung durch das Gespräch dem entgegengewirkt werden kann.

Suizidgefährdung, oder Neigungen zu Suizidgedanken werden durch freiwillige Äußerungen des Gegenübers gedeutet. Jedoch wird bei Verdacht eine ‚aktivere‘ Gesprächshaltung eingenommen. A. Annleiter und F. Felicis äußern dies, indem nach Zeitraum, Konkretisierung, Handlungsplänen und Vorstellungen zu Suizid direkt gefragt wird. Damit ist, wie erwähnt, einerseits ein Eröffnen des Sprachraums intendiert, gleichzeitig geht es aber um die Vermittlungsrolle der suizidpräventiv Tätigen. Da nicht diagnostiziert wird, geht es hauptsächlich um die Frage, ob eine Diagnose und folgende Behandlung vonnöten werden. Zur Begründung wird der psychosoziale Diskurs herangezogen, worin sich eben die Säkularisierung im Bereich der Suizidprävention zeigt und eine Trennung des professionalisierten Bereichs. Krise und Überforderung werden in der Verantwortung in den psychosozialen Bereich gerückt, dessen definitorisch bedingte Präventionsplanung die seelsorgerische Praxis als ungenügend ausweist, um professionelle suizidpräventive Intervention zu setzen. Hierzu ist dann eine Vermittlung in den Bereich notwendig, der hier in die Instanz der „psychosozialen, psychiatrischen Betreuung“ fällt.

Das heißt, dass die Deutungsweise, inklusive Problematisierung und strategische Auslegung, an das Diktum der psychosozialen Institutionen der sekundären Suizidprävention ausgerichtet ist. Dies ist der Bereich der als „professionelle Unterstützung“ ausgewiesen wird:

„[G]leichzeitig ist aber a‘ wichtig, dass Menschen, die keine professionelle Ausbildung haben auch ihre Grenzen sehen und sich nicht auf Dinge einlassen, die sie dann mittelfristig oder kurzfristig sogar überfordern? Und das sozusagen, dann wäre der nächste Schritt, dass sie wissen, wo kann jemand hingehen, wo er professionelle Unterstützung kriegt dann“ (C.Cramer: Z. 201-205).

Verantwortung und Handlungskompetenz, kurz, was und wer als professionelle Hilfe angesehen wird, ist nicht nur durch Erfahrung mit Suizidgefährdeten gewährleistet, sondern eine fachdisziplinäre Frage, die durch das bundesweite Expert*innengremium und in der Konzeption von SUPRA gespiegelt wird. Das Wort der Betreuung wurde gewählt, da das Beziehungsverhältnis keins auf ‚Augenhöhe‘ darstellt. Zwar ist Gesprächsführung auch hier das Mittel der Informationsgewinnung, Adressierte können ebenfalls das Gespräch verweigern, jedoch ist es die „professionelle Ausbildung“ die die Expert*innen zu befähigt behandelnd einzuwirken und Maßnahmen *für* die Betroffenen in Betracht zu ziehen. Suizidpräventive Handlungsfähigkeiten wird Nicht-Professionellen nur bis zu einem gewissen Maß zugetraut, sei es dem sozialen Umfeld von etwaigen Suizidgefährdeten, den Betroffenen selbst, oder den seelsorgenden Vermittlungs-Instanzen. Das Maß richtet sich an dem Diskurs um den Begriff „professionell“. Das heißt auch, dass zwar im Rahmen der sekundären Suizidprävention verschiedene Krisen-, Suizidalitäts- und Interventionskonzepte bestehen können, das ‚letzte

Wort‘ haben aber psychosoziale Suizidpräventions-Institutionen, wenn zu klären ist, worum es bei Suizidalität ‚wirklich‘ geht und wie ihr entgegengewirkt werden kann. Es sind auch die Akteur*innen der Institutionen die vermehrt in Form von ‚psychosozialer, psychiatrischer Betreuung‘ tätig sind, die Wissen an ‚niederschwellige‘ Einrichtungen vermitteln; als Beispiele dienen hier Boris Baal und Colin Cramer.

Nicht außer Acht zu lassen ist die Rolle der beschriebenen Einrichtungen in Bezug auf die Maßnahme ‚Unterbringung ohne Verlangen‘ (RIS 2020: §8-11 des UbG). Die von mir gewählten Organisationen haben nicht die legale Befugnis Menschen gegen und ohne ihren Willen festzuhalten. Jedoch kommt ihnen eine Vermittlungsrolle zu, da sie bei Verdacht, dass ein Mensch ‚an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet‘ (ebd. 2020: §3, Abs. 1), also bei Einschätzung der Erfüllung der Voraussetzungen der Unterbringung, die Zuständigen¹³ kontaktieren und Informationen übermitteln, oder bei anonymisierten Gesprächen die Betroffenen suggerieren sich freiwillig einweisen zu lassen. In diesen Fällen nehmen alle von mir Institutionen eine vermittelnde Rolle ein. Der Unterschied zwischen der ‚seelsorgerischen Vermittlung‘ und der ‚psychosozialen, psychiatrischen Betreuung‘ ist, dass den seelsorgenden Strategien keine Professionalität zugesprochen wird, das heißt sie wenden sich so oder so an andere Instanzen, sobald Suizidgefahr vermutet wird. Bei der Betreuungs-Tätigkeit ist eher die Frage, ob eine ambulante Maßnahmenplanung ausreicht, oder eine stationäre Einweisung das einzige Interventions-Mittel darstellt. Ihre Einschätzung ist zwar ebenfalls nicht rechtlich bindend, aber in der Rolle der Wissensvermittlung sind sie daran beteiligt, die Betroffenen direkt zu adressieren, bzw. dem sozialen Umfeld und anderen Organisationen zu erklären, welche Kriterien erfüllt werden müssen, damit eine Einweisung zu rechtfertigen sind. Diese Kriterien entsprechen jenen ‚professionellen Unterstützung‘, die zuvor bei C. Cramer erwähnt wurden.

4.1.2. Adressierende der ‚Genderproblematik‘ – Gatekeeper haben (k)ein Geschlecht

Kurz möchte ich auch auf die Position der Subjektivierungsinstanzen selbst eingehen. Die Darstellung der Beziehung zur Einweisungspraxis zeigt, dass die eigene Position zu den

¹³ ‚Eine Person darf gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn sie ein/eine im öffentlichen Sanitätsdienst stehende/r Arzt/Ärztin, ein Polizeiarzt/-ärztin oder ein Arzt/eine Ärztin einer Primärversorgungseinheit, die hierfür gemäß § 8 Abs. 7 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 verpflichtet wurde, untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen. In der Bescheinigung sind im Einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet‘ (RIS 2020: §8).

Klient*innen ungleich reflektiert wird. Der Unterschied zwischen „seelsorgerischer Vermittlung“ und „psychosozialer, psychiatrischer Betreuung“ liegt darin, wie Beziehung und Geschlecht in diesen verhandelt wird. Aufgrund der Position „auf Augenhöhe“ der Vermittlung, wird es auch mehr zum Thema, wie eine Gesprächsführung zu gestalten ist, damit ein Gegenüber Sprechräume annehmen und etwaige Vermittlungen zu anderen Institutionen besser annehmen kann. So erzählt A. Annleitner wie die einzelnen Beratenden in der Geschlechtlichkeit wahrgenommen werden, wie ein Gegenüber auf Stimme und Sprechweise reagiert. Weiters, wie ein Erfahrungsaustausch zwischen den Beratenden notwendig ist, um eine Variation an Gesprächsführung zu besitzen, aber auch wenn ein Gegenüber die Beratenden für eigene sexuelle Befriedigungen instrumentalisiert und damit gewaltvoll Grenzen überschreitet (A. Annleitner: Z. 449-450, 461-464). Hier fließen Genderidentifikation und Geschlechterwissen in die Handlungspraxis mit ein, Strategien werden daran angepasst und dieser Prozess wird offen reflektiert.

Hingegen in der Betreuungsperspektive bleibt die konstituierende Wechselwirkung zwischen Klient*in und Expert*in unhinterfragt als „Ein-Personen-Modell“ übernommen und die eigene Position geschlechtlich unmarkiert in Form von professionalisiertem Wissen dargestellt. Das ‚medizinische Vokabular‘ (vgl. Foucault 2016) wird auf ein Gegenüber angewendet. Gesprächsführung dient einerseits einem therapeutischen Zweck, aber auch um Symptome einordnen zu können. Geschlechtliche Deutung als reziproker Akt wird nicht thematisiert. Das Aufbauen einer sozialen Beziehung wird instrumental geschildert, jedoch ist der Fokus hierbei auf Seiten der Klient*in, die eigene Arbeitsweise ist eher eine Frage der Interpretation von Arbeitsstandards.

Die in den Gesprächen thematisierte Beziehungsstruktur zwischen Hilfesuchenden und Behandelnden erinnert an ein Modell, das Elmar Etzersdorfer als ein Ein-Personen-Modell, bzw. Zwei-Personen-Modell beleuchtet. Die Kritik lautet, dass nur Patient*innen, oder Patient*innen und Therapeut*innen jeweils isoliert betrachtet werden, ohne emotionale, kommunikative Interaktionen prozesshaft in Wechselbeziehungen zu berücksichtigen (Etzersdorfer 2012). Das bedeutet nicht, dass in der konkreten Gesprächssituation keine Reflexion stattfindet, die Art und Weise jedoch, wie suizidale Subjekte im Gespräch in einen Rahmen erzählt werden, wird eine Wechselbeziehung im Zwiegespräch nicht sichtbar. Dieser Aspekt betrifft auch die Thematisierung von Geschlecht, Positionen werden als selbstverständlich in der Beziehung wahrgenommen und nicht als in einem gegenseitigen Anerkennungs-Prozess betrachtet. Es dient den Gatekeeper als Einschätzung eines Gegenübers und dem ‚richtigen‘ Abrufen von Wissen zu der jeweiligen Personengruppe.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Geschlecht im Krisenbegriff und in der Interventions-Praxis impliziert erscheint, jedoch in der Beziehungsreflektion eingeschränkt zum Thema wird. Die Deutung von Krisen, folgender Suizidalität und Interventionspraxis richtet sich dann daran aus, wie Personen mit Belastungen umgehen können und wie Gatekeeper Erkennungsmuster und Ursachenerklärungen zu Suizidalität anwenden. Diese Belastungen sind aber geschlechtlich konnotiert, dies wird aber nicht explizit angesprochen. Dies ist aufgrund der Gewichtung der psychologischen und psychosozialen Diskursausrichtung der Suizidprävention in Richtung des Individuums. Das heißt nicht, dass es keine Gesellschaftskritik gibt, in den von mir geführten Gesprächen fand sie allerdings keinen Platz. Die Geschlechts-Konnotation des Krisenbegriffs wird damit unverhandelt übernommen. Suizidalität ist darin ein Ausdruck der Überforderung, die es in den ausdifferenzierten Kompetenzfeldern, wie etwa durch Seelsorge oder psychologisch behandelnd, zu bearbeiten gilt. Dass Suizid ein Tabubruch darstellt und etwas Verhinderungswürdiges ist, wird ebenfalls weitergetragen, da Suizid abseits von Ausweglosigkeit (aufgrund einer Belastung) sowie Krankheit nicht besprochen wird. Suizidale Handlungen legitimieren damit in jedem Fall eine organisierte Intervention.

Für Präventionsorganisation und in weiterer Folge für die Subjektivierungsinstanz folgt durch die diskursive Stellung von Intervention und deren Rahmung der Problematisierung von Suizidalität eine Frage, wie sich Adressierte diesem Präventions-Appell unterwerfen. Dies lässt Menschen in spezifischen Abständen zu dieser normativen Positionszuweisung in Erscheinung treten. Personen, die sich diesem Appell der Prävention entziehen, zeigen demnach ein Scheitern der Interventionspraxis an. Im folgenden Kapitel zeige ich, dass die Kategorisierung der Adressierten durch Geschlecht hindurch passiert.

4.2. Adressat*innen der „Gender-Problematik“

Vor den Interviews war es nicht absehbar, dass die direkten Antworten auf die Frage, nach einem Zusammenhang zwischen Geschlecht und Suizidalität, fast unisono ausfallen werden. Bei allen Gesprächspartner*innen wurde eine, mehr oder weniger explizit benannte, Todesursachenstatistik für die Antwort herangezogen¹⁴:

„Also es ist ja die Tatsache, also was heißt die Tatsache, eine statistische Tatsache, und etwas das sich eben in absoluten Zahlen niederschlägt ist, etwa, also ich glaube es ist

¹⁴ Nur A. Annleitner und E. Ettner gaben Hinweise dazu, welche Statistiken sie heranziehen: vermutlich Statistik Austria (Annleitner) und den Suizidbericht von 2017 des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Ettner).

jetzt sogar ein Dreiviertel Männer und ein Viertel Frauen, die sich das Leben nehmen“ (A. Annleitner: Z. 343-345).

In anderen Gesprächen werden Formulierungen verwendet, wie „die *Daten zu wie der Zusammenhang ist zu Geschlecht, sind evident“ (B. Baal: Z. 357), oder „wir haben sozusagen 1:3 also dreimal so häufig bei Männern als bei Frauen, dann zwingt sich da ja auch wieder die Gender-Problematik auf oder die Gender-Frage auf“ (F. Felicis: Z. 115-117).*

Geschlecht und die Suizid-Akteur*innen kommen zuerst über eine Statistik ins Blickfeld. Wie viele Menschen den Tod gewählt haben ist weniger von Interesse, als dass zu einer Gruppe relativ öfter Suizid als Todesursache verzeichnet wurde. Richtet sich die Suizidprävention an ein Individuum, werden das Subjekt hauptsächlich in pluraler, kollektiver Form besprochen. Die Kategorien sind klar in zwei Bereiche geteilt: Frauen und Männer, wobei Männer immer zuerst hervorgehoben werden, was sie dem Umstand zu verdanken haben, dass sie im Verhältnis in der Überzahl sind. Dieses Wissen ist eine Tatsache, ein evidenter Zusammenhang und Aufzeigen der Disparität ist ein ‚evidentes Problem‘. Geschlecht erscheint hier also in erster Linie quantifiziert, als gegebene Kategorie: Männer *haben* eine drei Mal höhere Suizidrate als Frauen. Dies schlägt sich auch in den Gesprächen durch wortwörtliche Nennung nieder. Die Gruppe, die merklich oft thematisiert wird ist männlich und wird im Plural behandelt.

Damit lässt sich auch ein erster Aspekt angewandten Geschlechterwissens nachzeichnen, denn es ist bezeichnend, dass zu der Frage nach Zusammenhängen ‚externes‘ und nicht Erfahrungswissen zuerst herangezogen wird. Da die Statistik in Männer und Frauen unterteilt, ist es auch nicht überraschend, dass die Gruppen in den Erzählungen so in Erscheinung treten. Suizidalität ist zuerst einmal als epidemiologisches Problem angesprochen und die Ergebnisse der quantitativen Erhebung lassen an den gegenwärtigen Praktiken der Problematisierung kaum Zweifel aufkommen. Durch die Wiederholung des statistischen Verhältnisses, wird es zu einem Fakt und einer *Fest-stellung* welche Personengruppe mit Suizidgefährdung eher assoziiert werden muss, als andere.

4.2.1. Unerreichte (alte) Männer

Innerhalb der Gruppe der Männer wird weiter unterschieden, indem Alter als zusätzliches Merkmal berücksichtigt wird. Die Aufmerksamkeit wird von der Erkenntnis des Vergangenen in die Zukunft gerichtet: Von welcher Menschengruppe kann erwartet werden, dass sie Handlungen setzen werden, die in der Todesstatistik als Suizide aufscheinen werden? Alte Männer, alt wird mit 75 Jahre und älter assoziiert, erscheinen hier im Superlativ. Sie sind nicht nur gefährdet neben Anderen, sondern sie sind *die gefährdetste* Gruppe und verdienen damit

hohes Maß an Aufmerksamkeit: „Ähm, was ist die gefährdetste Gruppe, ich hab's schon genannt, alte Männer. 80 bis 85 plus Jährige, okay?“ (B. Baal: Z. 357-359). Gefährdung meint zwar keine absolute Sicherheit, dass ab einem spezifischen Lebensalter der Zustand der Suizidalität auch wirklich eintreten wird, jedoch verweist eine Interpretation des Verlaufs statistischer Kennzahlen darauf, dass in gewissen Alterskohorten steigende Kurvenverläufe in einer deskriptiven Verlaufsgraphik zu erwarten sind, Suizidote somit normaler sind als in jüngeren Kohorten. Mit der Betonung des Gefährdungsgrades, werden andere Gruppen zwar nicht namentlich erwähnt, es wird damit aber deutlich, dass andere Gruppen einen geringeren Gefährdungsgrad aufweisen. Das unterscheidende Merkmal Alter wird nicht nur im Zuge des Lesens der Statistik wahrgenommen, sondern muss auch unabhängig dessen mitbedacht werden, bzw. für zukünftiges Herstellen von Zusammenhängen zu Suizidalität miteinbezogen werden – die Beachtung von Lebensalter ist Teil der Einschätzung des Potenzials der Suizidgefährdung. Eine graphische Darstellung, von assoziierenden und korrelierenden Kennzahlen, wird als Wissen- und Argumentationsgrundlage herangezogen, um einen Lernprozess und das Ausrichten von Erkennungsmustern greifbar zu machen.

Dieses Schema zugrunde gelegt, wird auch ein Kontrast erklärbar: Männer, im Spezifischen alte Männer, sind zwar thematisch überrepräsentiert, werden in der Erfahrungswelt der Suizidprävention jedoch als das Gegenteil davon wahrgenommen. Sie gelten als nicht-präsente Gruppe und als Jene, die es in Zukunft zu erreichen gilt:

„Tatsache ist, dass [alte Männer] die einzige Gruppe ist, bei der die Suizid tendenz in den letzten Jahren nicht wirklich eine fallende ist, sondern eine steigende, ja? Jetzt nicht dramatisch aber steigend. Also diese Kurve, die man sonst in allen Bereichen sieht, ist in dem Fall abgeflacht und wieder ansteigend, na des heißt es wird nicht erreicht (lachend) ganz offensichtlich, ja?“ (B.Baal: Z. 384-387).

Colin Cramer bestätigt dies in der alltäglichen Arbeitserfahrung, durch die Feststellung eines Problems, das sie

„eigentlich haben, dass, ganz anders, als man annehmen müsste, die Problemlage ist bei den hohen Suizidraten der Männer, dass das ungefähr umgekehrt ist, dass wir über die Jahre 'mal bissl mehr, mal ein Drittel Männer betreuen, 'mal ist es ein biss'l mehr“ (C.Cramer: Z. 279-283).

Mit dem Wissen, das durch die Statistik hergestellt wird, kann eine Beobachtung erst als „Problem“ eingeordnet und als solches benannt werden. Würde Geschlecht als statistische Kategorie anders operationalisiert, oder gar nicht erst erfragt werden, wäre die Feststellung, dass ein Zustand „anders als man annehmen müsste“ zu beobachten ist, gar nicht möglich. Etwas als ein Problem zu thematisieren bedeutet auch auf einen Status-Quo hinzuweisen, der so nicht sein müsste, was auch den Wunsch nach Veränderung signalisiert. Damit ist die Gruppe

„Männer“ - und spezifischer „alte Männer“ - nicht nur als schwer erreichbare Gruppe in die Sphäre der Sichtbarkeit gehoben, sondern gleichzeitig auch als ein Publikum definiert, zu dem es zukünftig Handlungsmaßnahmen zu überlegen gilt. Durch die Kategorie Geschlecht wird ein Defizit bemerkbar, wofür nach Lösungen gesucht wird.

Die Gruppe der Unerreichten wird dann wieder spezifiziert, indem sie mit einem weiteren Merkmal verknüpft wird, dem Beziehungsstatus. Sind es eingangs Männer, die als statistisch nachweisbare Risikogruppe gelten, zeigt sich, dass das Attribut „männlich“ alleine nicht ausreicht, um Suizidgefährdung zu thematisieren. Alleinstehend, aber auch Alter, als wichtige Variable zu markieren zeigt auch Erklärungsversuche an, *warum* die Bevölkerungsgruppe Männer eine hohe Suizidrate aufweisen und damit als Subjekte mit Gefährdungspotential zu berücksichtigen sind. Bei der Gruppe „Männer“ wird die Frage nach Lebensabschnitt und soziales Umfeld in einen Erklärungszusammenhang gebracht, um Strategien der Suizidprävention dahingehend zu sensibilisieren. Demnach ist nicht nur für die Deutung der Suizidalität ein Bewusstsein zu Suizidgefährdung nach Geschlecht und soziales Netzwerk zu bilden, Präventionsstrategien erscheinen ebenso geschlechtsspezifisch und wert weiter ausdifferenziert zu werden. Der Gedanke, dass die schlecht bzw. unerreichte Gruppe männlich ist und sich in einem als alt definierten Lebensabschnitt befindet, motiviert Präventionsangebote danach auszurichten. Präventions- und/oder Therapieangebote erhalten eigene Namen und Räume, wie etwa Präventionskonzepte für Männer oder auch eigens für alte Männer als Beispiele dienen:

„[A]lso ich weiß es von einer anderen Art Forschung, also hat auch [die psychosoziale Einrichtung XZ] auch gemacht mit den alten Männern, dass die eigentlich, die gehen Nirgends hin und denen müsste man eigentlich nachgehen, wenn man das wüsste, dass sie gefährdet sind, müsste man vielleicht einen Dienst einrichten wo man die direkt anruft und nicht darauf wartet, dass jemand anruft. Das ist Etwas, was zu bedenken ist“ (A. Annleitner: Z. 424-429).

Interessant ist nicht nur die Überlegung, wer wird wann als gefährdet eingeschätzt, sondern, dass es eine weitere Aufgabe, die der Wissensproduktion, den Organisationen zukommen sollte, um damit bestimmte Menschengruppen der Ansprache zugänglich zu machen. Das Wissen des Gefährdungspotenzials soll die Adressierung veranlassen, womit die Frage dahingehend relevant wird, wer ist wann und, vor Allem, *wie* im Gefährdet-Sein anzusprechen ist. Deutungsweisen müssen geschlechtsspezifisch ausgerichtet werden, damit Präventionsorganisation an Jene, denen es helfen soll, angepasst werden kann. Präventionseinrichtungen stehen damit vor der Aufgabe Organisationsstrukturen an „alte Männer“ anzupassen. Hier zeigt sich ein Problematisierungsprozess, angestoßen durch aktualisierende Deutungen der

Geschlechterdifferenz. Voraussetzend dafür sind Vorstellungen zu Genderspezifika sozialer Teilhabe oder institutionalisierten Beziehungsverhältnissen, soziokulturelles Verständnis von Lebensalter (ab wann gilt ein Mensch als alt?) und Lebensverläufen, die den Modus der Organisation bestimmen. Das statistisch erzeugte Wissen zu Gefährdung schafft damit das Publikum der Prävention. Anders formuliert: Präventionspraxis differenziert sich aus, je nachdem *wer* als gefährdet sichtbar wird, damit *für sie* Hilfsangebote passend gemacht werden kann. Dem folgt die Feststellung, dass sobald die gruppenspezifische Aufmerksamkeit und Erreichbarkeit gewährleistet ist, dass Institutionen für Menschen gewinnbringend arbeiten. Es gilt nur das Interesse durch die richtige Ansprache zu wecken, denn „*die Menschen, die Männer profitieren dann trotzdem, wenn sie 'mal da sind*“ (C. Cramer: Z. 290-291).

Das „*trotzdem*“ bezieht sich auf einen markanten Punkt, der grundlegend ist für Möglichkeit der Problematisierung von Männern als gefährdete Subjekte: Die statistischen und erfahrungsgemäßen Aussagen erhalten ihr Gewicht durch die Relation zu einer zweiten statistischen Kategorie, den Frauen. Damit zeigt sich in der Deutungspraxis aber ein Kontrast: Suizidalität wird als männliches Phänomen gerahmt, obwohl die in der Alltagserfahrung Suizidalität als Weiblichkeit hervorgehoben wird. Damit wird aber ein suizidales Subjekt hauptsächlich durch den männlichen Entzug diskursiv prozessiert, auch wenn sich die angesprochenen Personen dem Kontakt entziehen. Andere Personengruppen erscheinen damit nicht als Gruppe, bezüglich der Erreichbarkeit mit Suizidalität verknüpft werden müssen.

4.2.2. Frauen (unsichtbar) erreicht

Männer als gefährdete, sogar als gefährdetste Gruppe denkbar werden zu lassen, funktioniert also durch den Vergleich. Das passiert auf zwei Ebenen: Zuerst wird die Todesstatistik herangezogen, um eine Differenz aufzuzeigen und zu argumentieren, dass bei Frauen eine niedrigere Wahrscheinlichkeit angenommen wird, dass sie einen Suizid begehen, da Männer sich drei Mal mehr *als die Frauen* suizidieren. „Gefährdet-Sein“ zeigt hier einerseits die moralisch negative Beurteilung der Suizidrate an sowie eine Trennung von Menschengruppen. Nur weil die männliche Gruppe eine höhere Suizidrate aufweist, wird bei den Frauen die Eigenschaft „gefährdet“ nicht erwähnt. Die Steigerungsform sowie der Superlativ von „gefährdet“ mildert oder verdeckt zusätzlich den Umstand, dass Frauen genauso Suizid begehen könnten und es auch tun. Die Aussage von Cramer gibt nicht nur Informationen zur männlichen Position: „*Ja wir wissen, dass Männer eine deutlich höhere Suizidrate haben als Frauen, also dreimal so oft sich Männer suizidieren*“ (C. Cramer: Z. 231-232). Sie zeigt auch, dass die Erwähnung der Deutlichkeit der Suizidrate von Frauen nicht priorisiert wird. Anders gefragt:

Ist die Suizidrate von Frauen hoch oder niedrig und wird diese auch von dem Kollektiv „wir“ als solche bewertet? Damit werden Frauen zwar erwähnt, konkrete Informationen zu ihnen sind damit nicht gesagt. Mit diesem Anlass scheint es auch gerechtfertigt, dass in Bezug auf Umsetzung von Suizidgedanken, Männern mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, sonst wäre die „Gender-Problematik“ (siehe oben) keine solche. Tatsächlich wird in den Gesprächen merklich wenig von Frauen gesprochen, wenn es darum geht Gefährdungspotential einzuschätzen. Der Begriff der Gefährdung wird damit nur in einer quantitativen Interpretation zugänglich gemacht, andere Einflussfaktoren werden an Erhöhung der Suizidrate gemessen, um „Gefährdung“ zu begrifflich zu fassen und kategorial zu fassen.

In dem Schema, wie zuvor Suizide und Männer verhandelt wurden, werden Frauen im Zusammenhang mit Suizidversuchen behandelt:

„[B]eim Suizidversuch und da gibt's scho' a', es gibt Suizidversuche, die sind eigentlich Selbstbeschädigungen, ja? Und es gibt Selbstbeschädigungen, die sind eigentlich Suizidversuche, ja? Ähm da, da sind, ist sicher junge Frauen weiter-/ also nicht weit, also deutlich, bei denen ist das deutlich auffällig“ (B. Baal: Z. 360-363).

Bei Frauen sind Suizidversuche ‚auffällig‘ aber eine Gefahr stellen diese suizidalen Handlungen nicht dar. Suizide und Suizidversuche werden in verschiedene Themenbereiche und auch Diskursbezüge innerhalb der Suizidprävention gerückt. Hier ist es wieder ein quantitatives Verhältnis, entlang der statistischen Geschlechtskategorien, welches die Trennung und qualitative Beurteilung begründet. ‚Auffällig‘ ist das Herausstreichen von Frauen im Zusammenhang mit Alter. So wird nicht nur Geschlecht in einer binären Ausprägung quantitativ für Wahrnehmung angewandt und eine Gegenüberstellung von Suizid/Suizidversuche motiviert, sondern alt/jung wird in dieses eingefügt.

Zusätzlich muss aber auch erwähnt werden, dass der Modus der Wahrnehmung ähnlich ist, wie bei der Suizidrate von Männern, aber die Assoziation mit Gefährdung nicht aktiv erfolgt, sondern nur implizit. Alternativ ausgedrückt: Im Zusammenhang mit Geschlecht wird den Männern explizit eine Suizidgefährdung zugeschrieben, Männer *sind gefährdet* und innerhalb dieser Gruppe sind alte, alleinstehende Männer *am gefährdetsten*. Solch eine Einordnung wird in Bezug auf Frauen, wie auch Trans*personen nicht vorgenommen. Gefährdungspotenzial von Frauen als Gruppe, wird nur in den „standardisierten Fragen“ sichtbar: *„Wichtig ist es Menschen mit vorausgegangenen Suizidhandlungen, also Suizidversuche in der Anamnese“* (E. Ettner: Z. 395, 407-408). In diesem Sinne kann von einer Maskulinisierung von Gefährdungspotenzial gesprochen werden, andere Personengruppen werden hier verdeckt besprochen und dienen als Vergleichsbasis in Assoziation mit Suiziden. Diese Zuschreibung von Gefährdung kann als die Trennlinie von qualitativer Unterscheidung herangezogen werden:

Selbstverletzungen werden zwar anhand der Intention unterschieden - also ist ein Tod intendiert oder nicht - Gefährdung scheint hier aber nicht in den gleichen Zusammenhang gebracht zu werden¹⁵. Zwischenbereiche bzw. Handlungen in einem Prozess-Verständnis sind in dieser Denkart nicht möglich. Suizide und Suizidversuche entstehen damit durch die Geschlechterdifferenz hindurch als unterschiedlich zu deutende gesellschaftliche und sozialpsychologische Phänomene:

„[A]ber bei uns kann man definitiv sagen, Männer sind gefährdeter den Suizid zu vollziehen. Frauen, das dreht sich dann um, soweit man das genau def-/ (schnalzt mit der Zunge) ähm quantifizieren kann, aber doch geht man davon aus, dass Suizidversuche bei Frauen häufiger sind als bei Männern. Was dann auch schon einmal einen Hinweis darauf gibt, dass das nicht, dass das nicht dieselbe Sache ist, sondern dass, weil das ja, des, bei Suizidversuchen mehr oder weniger immer auch im Vordergrund steht, dass es eigentlich Dingen sind, die mehr auf das, die da mitschwingen, die mehr auf's Leben ausgerichtet sind. [...] Also da ist oft auch ein Hilferuf ist, oder dass sich eben etwas verändert, was einem unerträglich erscheint, oder auch andere Mechanismen, wo's einfach darum geht mich psychisch zu entlasten. Beim vollzogenen Suizid wissen ma's nicht wirklich, was dann im letzten Moment passiert, aber man kann davon ausgehen, dass es ein Stück weit anders, als wie bei den Suizidversuchen“ (C. Cramer: Z. 233-249).

Cramer spricht die Wirkung für ein soziales Umfeld an. Suizidversuche erscheinen, die Intention unhinterfragt, als Selbstverletzungen, die, da sie nicht letal sind, in den Bereich des Lebens verortet werden. Die Interpretation, dass ein Versuch hin zum Leben gerichtet ist, unterstellt auch, dass Suizidversuche als solche gar keine sind, damit die Mehrheit der Frauen eigentlich keinen Suizid intendieren. Die geschlechtliche Unterscheidung, die im Gefährdungsbegriff diskursiv implementiert wird, leitet in weiterer Folge die Deutungsweise suizidaler Handlungen. Das Nichtwissen der Wirkungsintention des männlich assoziierten Suizids wird hier als Gradmesser für das Bild der Gefährdung für eine Gesellschaft („wir“) lesbar.

Das Leben wird besonders in einer sozialen Ausrichtung beschrieben, als Möglichkeit der Kommunikation mit einer sozialen Gemeinschaft. Ein Hilferuf kann als Aufforderung oder Bitte an Andere verstanden werden, für Jemanden einen Zustand zu verändern, von einer „psychischen Last“ zu befreien. In dieser Lesart werden Männer und Frauen in der Handlungsweise unterschiedlich gedeutet. Durch die Letalität des Suizids werden Männer in Verbindung mit aktivem, intendierten „Vollzug“ in Zusammenhang gebracht. Damit eine Handlungsstrategie die, aus Sicht der Überlebenden, Männer der Deutung zugänglich machen,

¹⁵ Daher hat sich mir die Frage gestellt, für wen die Gefährdung besteht, in dem Sinne, dass es die Überlebenden sind, die aufgrund des Todesfalls eine Gefährdung-Befürchtung auf größere Gruppen auslegt.

dass sie mehr *auf sich selbst* bezogen und *für sich* handeln. Frauen sind dann, in dieser ausschließlichen und binären Denkweise, mehr bezogen *auf* und *durch* Andere.

„Frauen rufen früher an im Sinne von ‚Kann ich was mit Ihnen durchdenken, äh ich, mich regt das so und so auf, äh ich möcht‘ was loswerden‘ oder so. Männer glauben viel länger, dass sie es mit sich selber ausmachen können. (3) ja, Männer sind auch manchmal empfindlicher in einem Gespräch, also, dass sie das Gespräch halten können ist manchmal (3) na ja schwierig, weil sie eben sich, ähm ja, schneller etwas, also sich nicht so einlassen und das auch schneller erledigt haben wollen, oder so, etwas was nicht so schnell zu erledigen ist“ (A. Annleitner: Z. 355-360).

Letalität der Handlung und Austausch mit psychosozialen Institutionen, rückt Männer in die Verbindung mit Gefahr. Sie werden in der Aussage als unerreichbar und damit als Auf-sich-allein-gestellt-Sein positioniert. Damit wird aber auch ungesagt angenommen, dass dieser Bezug auf und durch Andere für Frauen per se hilfreich ist.

Daran anknüpfend bezieht sich die zweite Relationsebene auf den Kontakt in den Organisationen. Es sind Frauen, die in der arbeitsalltäglichen Kontakterfahrung überwiegen, womit Erreichbarkeit von Menschengruppen ebenfalls eine Wertungsgrundlage erhält. Frauen müssen nicht als spezifische Gruppe angesprochen werden, da sie erfahrungsgemäß *von selbst* kommen. Daher kann ein Defizit bei Männern angesprochen werden, das durch die Statistik unterstrichen wird. Dementsprechend ist es auch kein Wunder, dass, im Zuge einer Selbstreflexion und Überlegungen der zukünftigen Handlungsmaßnahmen, Frauen herausfallen. Sie sind das Publikum, auf das die Arbeitserfahrung und der soziale Umgang aufbaut und bereits routiniert ist. Ein Fehlen von Frauen, oder eine Notwendigkeit in der Anpassung der Adressierung als suizidgefährdete Subjekte muss nicht diskutiert werden. Gleichzeitig zeigt dies auch eine unausgesprochene Norm, die an Frauen gestellt wird. Es wird Frauen zugeschrieben, dass sie öfters von selbst kommen, damit auch implizit, dass es diesen Modus auch braucht. Dass Männer nicht selbstständig kommen führt dazu, dass in der Suizidprävention festgestellt wird *„denen müsste man eigentlich nachgehen“*, damit bleibt eine geschlechtlich assoziierte Wahrnehmung und Norm erhalten, nämlich dass es normal ist, dass Frauen eher als Männer Institutionen von *sich* aus aufsuchen. Mit *von sich aus* ist hier nicht gemeint, dass jede Frau per se und individuell in jedem Fall die Entscheidung trifft suizidpräventive, psychosoziale Angebote in Anspruch zu nehmen. Sondern, dass es nicht das zusätzliche Zutun der Organisationen braucht, zumindest wird dieses Zutun nicht erwähnt. Damit erscheinen Frauen auch nicht als Publikum, zudem eine Dringlichkeit der Ansprache durch Hilfseinrichtungen besteht, damit ein Töten verhindert werden kann. Stellt das Erfahrungswissen zu Frauen die Deutungsgrundlage für Gefährdung dar, werden sie als suizidale Subjekte in Bezug auf

Gefährdung nicht adressiert. Suizidalität wird dann diskursiv aktualisiert, indem ein Nicht-Befolgen der Präventionsmaßnahmen als Abweichung der weiblichen Norm passiert. Deutungen erscheinen dann im Rahmen des Einhaltens oder der Devianz der „Selbstaktivierungsnorm“ (Eichinger 2010: 208).

4.2.3. Geschlechtervielfalt: Epidemiologie, Identität und Biomedizin

Wie bereits im Kapitel 3.5.1. „Expert*inneninterviews als Erhebungsmethode“ zum Frageleitfaden kurz erläutert wurde, ohne meine Nachfrage nach Erfahrungen zu nicht-binären Geschlechtspositionierungen, wäre das Thema Geschlechtervarianz von den Gesprächspartner*innen nicht selbstständig angesprochen worden. Unabhängig davon, dass aus meinem Geschlechtsverständnis heraus hier ein Themenaspekt von mir initiiert wurde, zeigte die Nachfrage auch einen weiteren Gesichtspunkt in Bezug auf Suizidalität auf: über was gesprochen wird, wenn über Geschlecht gesprochen wird.

Während Männer und Frauen eindeutig mit verschiedenen Wissensbeständen verknüpft werden können, passiert dies in Bezug auf Geschlechtervielfalt zaghaft oder gar nicht. Waren zuvor statistisches und Erfahrungswissen Grundlage für die Benennung von Menschengruppen, die die für die Subjektpositionierung maßgeblich sind, zeigen sich bei varianten Geschlechtspositionierungen Unsicherheiten und Einschätzungen von differenten Kompetenzbereichen. Kenntnisse zu quantitativen Daten wurden selbstbewusst mit „Geschlecht“ in Verbindung gebracht, um auf Problemlagen hinzuweisen, die für eine Allgemeinheit eindeutig einsichtig sein müssten. Geschlecht wurde damit selbsterklärend ausgewiesen und für die Benennung von Suizidgefährdung herangezogen. Transidente, nicht-binäre, prozesshafte Lebensweisen von Geschlecht werden zwar mit Verhältnissen der Suizidgefährdung bedacht, aber nicht in einer Form wie zuvor, auch nicht in allen Gesprächen in gleicher Weise. Dass Suizidgefährdung und die Kategorisierung von „Hochrisikogruppe“ berücksichtigt werden muss, wird teils bejaht, aber auch bezweifelt. Die Einordnung und Verknüpfung von „Gefährdung“ und Geschlechtskategorie durch Geschlechtervielfalt eher hinterfragt, oder zumindest nicht eindeutig ausgesagt. Aber auch hierzu wurde eher vorsichtig geantwortet, dass es persönlich vereinzelte Erfahrungen gäbe, aber, zum Beispiel, Cramer würde es sich „*nicht zutrau'n da allgemeine Äußerungen*“ (C. Cramer: Z. 318-319) zu tätigen. Aussagen zu Geschlecht sind demnach auch mit Erfahrungswissen in Verbindung mit wissenschaftlicher Expertise verbunden. Zu Frauen und Männern ist ein Variieren möglich, da Erfahrungsberichte zur Verdeutlichung von allgemeinen, statistischen Aussagen herangezogen werden konnten. Umgekehrt zeigt sich, dass im Modell der

Zweigeschlechtlichkeit für die angesprochenen Expert*innen wenig Raum bleibt, Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Suizidalität als Aussage des Nicht-Wissens stehen zu lassen. Ein Kommentar, dass sich eine befragte Person nicht „zutrau'n [würde] da allgemeine Äußerungen“ zu tätigen, gab es nicht. Die Unsicherheit bei Geschlechtervielfalt hingegen wird besonders mit einer Trennung von Wissens- und Verantwortungsbereichen gerechtfertigt¹⁶:

„Schon, wir haben jetzt eine neue elektronische Krankengeschichte gekriegt und da gibt's Geschlecht ‚männlich‘ ‚weiblich‘, ich weiß jetzt nicht wie das Dritte heißt, aber es gibt ein drittes Geschlecht, also die Rubrik ist da. Es ist jetzt nicht unser, wir sind jetzt nicht die primäre Anlaufstelle für diese Fragestellung, ja? Aber wenn, natürlich gibt's Patienten, die in psychiatrischen Krisen sind, die, diesem ganzen Spektrum, auch ein Thema haben, natürlich machen wir das zum Thema, ja, aber es ist nicht das Hauptthema. Vor allem da könn' ma' ja auch nichts machen, ich kenn mich, ich bin einfach nicht ausgebildet in der Richtung“ (E. Ettner: Z. 531-537).

Es zeigt sich, dass Wahrnehmungen von Zuständigkeiten von Wissensbereichen existieren, dass Expertise zu Suizidalität und dem Umgang mit psychischen und psychiatrischen Themengebieten ausdifferenziert wird – zumindest soweit, dass hierfür andere Orte als Verantwortungsbereiche angedeutet werden. Geschlechtervielfalt wird als ein Wissensgebiet gesehen, das spezifisches Wissen und Kompetenz benötigt. Geschlechtervielfalt wird ausdrücklich über den Diskurs der Identität, auch als „Orientierung“ (A. Annleitner: Z. 524) verhandelt, als Etwas, das der offenen Thematisierung und eigenständigem Umgang bedarf: „Und das andere Problem dann eben, wie geht man mit dieser Identitätsfrage dann, also des ist nicht des, oft nicht des was primär jetzt im Zentrum steht in Krisen“ (C. Cramer: Z. 305-307).

Dazu im Kontrast: Im Zusammenhang mit Suizidgefährdung wird Männlich- oder Weiblich-Sein nicht *an sich* als Identitäts-Frage oder Problem im Zuge einer „Orientierung“ behandelt, es ist Teil der Erfahrung zu Suizidgefährdung. Wohingegen Geschlechtervielfalt separat erscheint. Es entsteht der Eindruck, dass unterschieden wird zwischen allgemein bekannten, epidemiologisch „evidenten“ Fakten qua Geschlecht, auf die die Suizidprävention reagieren sollte und Fachwissen zu einem ‚Spezialgebiet‘ zu Geschlecht. Durch die statistischen Daten wird zum Beispiel das fehlende männliche Publikum als Problem thematisierbar, wohingegen geschlechtsvarianten Menschen der Platz der „schwer erreichbaren Gruppe“ nicht zugewiesen

¹⁶ Auffällig ist, dass die Gesprächspartner*innen sich relativ kurz zu dem Thema äußern, nur Emilia Ettner weiterführende Gedanken erwähnt. Daher werden Äußerungen von Ettner exemplarisch herangezogen, da explizit angesprochen wird, was in anderen Äußerungen, meines Erachtens nach, mitschwingt.

wird. So scheint der Umstand erklärbar, dass bei Geschlechtervielfalt extra erwähnenswert ist, dass es nicht in den Zuständigkeitsbereich fällt.

„Ja vielleicht müsste ma‘ spezifischer nachfragen, ja? Ich mein‘ ich frag‘ zwar schon immer wie der Beziehungsstatus ist, ja? Also ob der Mensch alleine lebt oder ob‘s Partner oder Partnerin gibt, das frag‘ ich immer, geschlechtsneutral, aber ich frag‘ nicht nach der Geschlechtsidentifikation oder Identität ja?“ (E. Ettner: Z. 547-550).

Damit gibt Ettner einen wichtigen Hinweis, über Praktiken der Wissensproduktion und wie Geschlechtsmuster diskursiv reproduziert werden: Lebensweisen und geschlechtlich konnotierte Informationen zum Personenstatus werden erfragt, dadurch werden sie auch direkt erfahrbar gemacht, da Standards der Gesprächsführung dies ermöglichen. Beziehungsstatus wird für das Klient*innen-Gespräch als relevant eingestuft, Geschlechtsidentität kommt nur in einem abnormen Ausdruck zur Sprache, da die Norm unhinterfragt mit-behandelt wird. Dies ist aber nur relevant, weil ein statistisches Geschlechterwissen für das Feld der Suizidprävention priorisiert wird, andere Gesichtspunkte darunter behandelt werden und Geschlechtervielfalt dazu im Kontrast steht. Ettner erzählt, wie oben bereits angeführt, dass in der Einsicht der Krankheitsgeschichte, neben den Geschlechtskategorien „weiblich“ und „männlich,“ ein „drittes Geschlecht“ angeführt ist. Es ist zu vermuten, dass damit auch statistische Auswertungen möglich sind, „also die Rubrik ist da“ (E. Ettner: Z.533). Es ist dann eher Verhandlungssache, wer sich für welche Wissensbereiche zuständig fühlt und wie dieses Wissen im Gespräch selbst verhandelt wird. Die Frage nach der geschlechtlichen Selbstpositionierung von Personen ist damit nur rudimentär möglich, Frauen und Männern wird diese Auseinandersetzung mit der eigenen Positionierung vorweggenommen, wenn sie es nicht selbstständig ansprechen. Suizidale Subjektpositionierung wird aber im Lichte der zweigeschlechtlichen Deutung als möglich ausgewiesen. Bei Trans*Identifikationen wird die Relevanz von Geschlecht für die Deutung und Adressierung als suizidales Subjekt abgesprochen.

Wenn statistisches Wissen zu Geschlechtervielfalt nur ein Gebiet ist, im Lichte welcher Diskurse wird geschlechtliche Vielfalt thematisiert? Durch die Offenlegung der Nicht-Zuständigkeit der hier repräsentierten Organisationen, wird also Geschlechtervielfalt anderen Räumen zugewiesen, die mit einer Fachexpertise zu Geschlechtervielfalt assoziiert werden. Diesen Raum stellt beispielweise das Diskursfeld der Gender Dysphorie dar, worin Trans*Menschen und der Zusammenhang mit „klinischen relevanten biopsychosozialen Leiden“ (Garcia Nuñez/Nieder 2017: 6) verhandelt werden. Sei es allgemein mit „spezifischen Präventionsangebote[n]“ (B. Baal: 436) benannt, oder spezialisierte Therapeut*innen und

Fachärztinnen von Beratungsstellen und Institutionen, beispielsweise für Hormonbehandlungen (E.Ettner: 550-555), oder Psychotherapie und andere nicht näher benannten „*längerfristig[e] Unterstützung und Hilfe*“ (C. Cramer: 309). Diese sind im Zuge eines Körperdiskurses inklusive der medizinisch-psychologischen Institutionen der ‚Betreuung‘ von transidenten Menschen möglich zu interpretieren. Mit Körperdiskursen ist hier gemeint, dass Suizidgefährdung in Zusammenhang mit Aspekten von Körperprozessen gebracht wird. Hier ist es wieder Ettner, die es offen thematisiert. Suizidalität wird mit spezifischen biomedizinischen Körperfaktoren in Zusammenhang gebracht, wie Hormone und Genetik:

„[W]enn Männer sich normalerweise drei Mal so oft suizidieren wie Frauen, was passiert dann mit Transgendermännern und Transgenderfrauen? Hängt das eben mehr am Hormonspiegel, oder hängt das an den genetischen Prädispositionen, das fände ich ein megaspannendes Thema“ (E. Ettner: Z. 520-523).

Auffällig ist, dass wieder eine binäre geschlechtliche Trennung stattfindet: Genetisches Geschlecht bzw. hormonelle Veränderungen, die einem weiblichen und männlichen Geschlecht zugeordnet und mit den statistischen Kategorien von Geschlecht verknüpft werden. Nicht-binäre, uneindeutige Geschlechter, wie etwa Intergeschlechtlichkeit, verschwinden in diesen Überlegungen. Gleichzeitig wird damit auch die eine medizinisch-biologische Grundlage für Frauen und Männer als Deutung und Erklärung von suizidalen Handlungen offengelegt, die als Passungsschema für die Subjektpositionen herangezogen werden.

Die binäre geschlechtliche Hervorhebung von Suizid und Suizidgefährdung hat sich seit Eichinger (2010) kaum geändert, nur dass nun Männer vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken und eine weibliche Position in eine, scheinbar selbstverständliche, nicht-verbal artikulierte Sphäre verortet wird. Durch die Analyse hat sich auch der Eindruck ergeben, dass es nicht *die* Position *eines* suizidalen Subjektes gibt, jedoch Deutungen durch Geschlecht hindurch Plätze zu mehreren Positionen zuweisen, die miteinander die Intelligibilität bewahren und damit performativ weiterschreiben. Die Normen eines machtvollen Geschlechts-Apparats (Butler 2017b: 71-96) bestimmen das differenzierende Prinzip, sie verorten innerhalb des Macht-Wissen-Differenz-Komplexes (Hall 2018) in einen geschlechtlichen Sagbarkeitsraum. Aussagen über Männlichkeiten sind durch (non-)verbale Verweise auf Selbstverständlichkeiten des Weiblichen gestützt. Weibliche Gender-Normen erscheinen damit auch nicht hinterfragbar, da Männlichkeit problematisiert wird. Es werden institutionelle Ein- und Ausschlüsse mit Kompetenz- und Verantwortungs-Wahrnehmungen legitimiert: Trans* wird in der Existenz zwar anerkannt, aber an einen anderen Ort und Diskurs verwiesen. Damit kann das Modell der Dichotomie, mit seinen Kausalaussagen, weiterhin

funktionieren, ohne auf Widersprüche zu treffen: Alte Männer sich unerreichbarer als Frauen und mehr von Suizidgefährdung betroffen, Frauen kümmern sich mehr um sich. Sie sind eine wichtige soziale Komponente für Männer und sind in Bezug auf Suizidversuche anders zu beachten. Die spärliche Thematisierung in den Gesprächen kann auch als Folge der Anerkennung durch die Gatekeeper in Bezug des Einhaltens der „Selbstaktivierungsnormen“ gedeutet werden. Gleichzeitig erscheint ein ‚Funktionieren‘ der Suizidprävention in Bezug auf Frauen annehmbar, sodass ein ‚Fallen durch Lücken‘, als negative Erfahrungen der Individuen weniger diskussionswürdig erscheinen lässt. Durch die Verallgemeinerung der Gruppen in Form von Männern und Frauen, sind Einzelerfahrungen dann eben nur Einzelerfahrungen, da sich die Deutung von Suizidgefährdung nach generalisierbaren Gruppen-Aussagen orientiert. Dies hat marginalisierende Wirkung für Suizidgefährdung von Trans*personen, ohne dass die Gender-Norm unterbrochen wird.

Die von mir analysierten Aussagen schreiben einen geschichtlichen Diskurs weiter. Hannes Leidinger hat diese Schemata auch zum österreichischen Suiziddiskurs, Anfang bis Mitte des 20. Jahrhunderts, nachgezeichnet. In der epidemiologischen Betrachtungsweise lässt sich ein Konstatieren einer ‚Faustregel‘ beobachten, die einfachen binären Schemen folgt: Mehr Männer begehen Suizide, mehr Frauen Suizidversuche und umso älter desto mehr Suizid, umso jünger desto mehr Suizidversuche. Dementsprechend ist der Begriff des ‚protektiven Faktors‘ ebenso geschichtlich zuordenbar (Leidinger 2012: 297). Diese Assoziation mit Maskulinität ist in von mir geführten Gesprächen nicht zu entnehmen gewesen, da war es eine Frage der Sozialisation und dem Umgang mit einem sozialen Umfeld, der Männern und Frauen zugeschrieben wird. Die Richtung tendiert dahin, Männern die Handlungsfähigkeit abzusprechen, bzw. sich zu überlegen, wie Institutionen auf scheinbare ‚Charakterzüge‘ von Männlichkeiten der älteren Generation reagieren könnten (dazu mehr im Kapitel 4.3. „Erklären der Gender-Disparitäten“). Die Assoziation einer „Immunität“ qua Geschlecht hält sich aber immer noch. Auch mit der Trennung von Suizid und Suizidversuchen entlang einer Geschlechterdifferenz wird ein Diskurs weitergeführt, indem nicht nur ‚Fakten‘ herangezogen, sondern auch Wertungen vorgenommen und reproduziert werden. Erwin Ringel trug ebenfalls zu der dichotomen, Bewertung von Suizid und Suizidverhalten bei: nicht-letale Suizidversuche beschrieb Ringel als „demonstrative und/oder hysterische Geste“, tödliches suizidales Verhalten mit „dominanter, alles durchdringender und verzehrender Aggression“ (Hintermayr 2018: 388). Sobald eine dritte, oder plurale Geschlechtspositionen in diesen Sagbarkeits-Raum miteinbezogen werden (müssen), ist diese Gegenüberstellung, ein Schema eines Entweder/Oder, nicht mehr ohne Widerständigkeiten aufrecht zu erhalten.

Damit erscheinen auch Deutungen zu den suizidalen Subjekten pluralisiert, die sich in differenzierende Platzzuweisungen zeigen: Warnsignale werden geschlechtsspezifisch zugeordnet, Isolation bezüglich Frauen und Trans*personen erscheint als weniger beachtenswerte Thematik als zu Männern. Bezüglich des Risiko-Einschätzens ist eine Intersektion zwischen den Kategorien Geschlecht und Lebensalter wichtig zu verdeutlichen: Die suizidalen Subjekte erscheinen nicht nur durch Gender *oder* Alter mehr oder weniger suizidgefährdet, bzw. gelten Sorgen der Erreichbarkeit. Durch Gender *mit* Lebensalter werden suizidale Subjekte mit unterschiedlichen Gefährdungsszenarien assoziiert, die durch die jeweiligen soziokulturellen Deutungen von Beziehungsstatus oder Gesprächsverhalten generations- und genderspezifisch reproduziert werden. Eichinger hat die Differenzkategorien Geschlecht und Alter getrennt besprochen und damit Aussagen zu Frauen alters-unspezifisch betrachtet. Hochbetagt-Sein erscheint bei ihr diskursiv verschleiert, im Sinne eines Nicht-Beachtens, da Suizide im Alter weniger problematisiert und eher toleriert werden, als von jungen Menschen (Eichinger 2010: 194). Erstens, hat sich dies seit ihrer Studie verändert, zumindest die von mir befragten Gesprächspartner*innen weisen Suizid im Alter eine hohe Relevanz zu. Zweitens, erscheinen alte wie auch junge Menschen different durch die Intersektion mit Geschlecht. Die Problematisierung von Isolation und sozialer Deprivation wird besonders bei Männern besprochen, da Wissen zum (Nicht-)Bestehen sozialer Netzwerke dieser Gruppe herangezogen wird. Alten Frauen wird dies mehr zugetraut und damit werden andere Gefährdungsdeutungen angewendet. Trans* wird als ‚junges Phänomen‘ nicht in Generations-Überlegungen integriert. Dabei wird dann sozialer Kontakt als „destruktiver Faktor“ nicht sichtbar. Da Beziehungsstatus in der Abwesenheit bei Männern problematisiert und als weiblicher „Schutzfaktor“ impliziert wird, folgt eine Ausblendung, dass es gerade die sozialen Kontakte sein könnten, die suizidale Handlungen motivieren und Hilfesuche von Trans*personen vermeiden könnten (vgl. Plöder2016; McDermott/Hughes/Rawlings 2018). Dasselbe gilt auch für die Annahmen zu Männern und Frauen.

Bezüglich Trans*, es sind vor allem Thematiken, die in der Dichotomie zwischen Identität/Körper und dem gegenwärtigen gesellschaftlichen Diskurs, hervorgehoben werden. Dies lässt aber Frau/Mann-Sein natürlich wirken, das ‚natürliches‘ Altern beinhaltet mit den einhergehenden soziokulturellen Folgen. Dadurch scheint auch Suizidalität von Trans*Personen ein Effekt des Trans*-Seins, das durch Spezialisierung, getrennt von der ‚allgemeinen‘ Suizidprävention, zu behandeln wird. Durch die Berücksichtigung von Trans* wird die Interpretation möglich, dass einerseits das Zweigeschlechtermodell in der sekundären Suizidprävention exkludierende Subjektpositionierungen mit teils stereotypen

Handlungserwartungen fördert und naturalisiert. Durch trans*inklusives Geschlechterwissen kann eine De-naturalisierung fruchtbar werden und gleichzeitig den Verantwortungsbereich der suizidpräventiven Institutionen vergrößern, mit gleichzeitiger Entlastung der spezialisierten Einrichtungen.

Die Beschreibung der Ergebnisse macht auf die (re-)konstituierte „Matrix der Macht“ (Butler 2017a: 54) aufmerksam, inklusive legitimer Grenzziehungs-Methode, die zeigt welche Leben gesehen werden „als Leben, die es wert sind, geschützt zu werden, gerettet zu werden, betrauert zu werden“ (ebd. 2017a: 41). Es soll hier nicht gesagt werden, dass die Akteur*innen der Suizidprävention nicht jedes individuelle Leben als schutzbedürftig- und unterstützenswert respektieren. Doch ist mit einer Perspektive des organisatorischen Haushaltens von (Handlungs-)Ressourcen, schwieriger für Menschen, die als Suizidgefährdete unsichtbar sind, oder weniger Raum zur Thematisierung bekommen, diese Anerkennung und Hingabe in institutionalisierter Form zu erhalten. Eva Eichinger schildert, dass Suizidprävention, dem Zeitgeist entsprechend, von Ökonomisierungs- und in Folge dessen von Einsparungsprozessen betroffen ist: „Fragmentierungen und Geld- und Zeitstrukturen stecken die Zugänge, Dauer und Art der Hilfe ab [...]. Kostencontrolling und Evaluationen sollen die Effizienz der Ökonomisierung optimieren“ (Eichinger 2010: 160). Das heißt, dass ‚zusätzliches‘ Klientel einen ‚Mehraufwand‘ bedeuten kann, solange dieses als Zusatz gedeutet wird. Anerkennen von Diversität und Uneindeutigkeiten von Geschlechtlichkeit muss dies dann nicht als fehlende Zuständigkeit, sondern als Dringlichkeit der Erweiterung des Wissens- und Handlungsfeld sehen. Das heißt, wichtig ist, neben Reflexion des tradierten Geschlechterwissens und den damit einhergehenden Ausschlüssen, die Berücksichtigung im Budgeting des staatlichen Gesundheitswesens – damit ist es auch eine budget-politische Frage. Jedoch sind keine Verschiebungen und Änderungen zu erwarten, solange Suizidgefährdung hauptsächlich anhand einer binären Geschlechterdifferenz im Suiziddiskurs sichtbar wird.

Damit bleibt aber auch das „gender paradox“ (Cannetto/ Sakinofsky 1998) sowie die „*Gender-Problematik*“ (F. Felicis) unangetastet, da die Geschlechter im in einem antagonistischen Schema diskutiert werden. Die Verschiebung der Geschlechterdifferenz hin zu einem trans*inklusive, vielfältigen Raum der Geschlechtspositionierungen, kann hier eine Möglichkeit bieten das Geschlechts-Paradox zu durchqueren, oder zumindest in einem anderen Licht zu betrachten. Hier angesprochen sind Möglichkeiten des Hinterfragens von Narrativen des „suicidal scripts“ (Cover 2016: 102), die ‚natürliche‘ kausale Beziehungen zwischen Suizidgefährdung und Zugehörigkeit zu einer Gruppe ziehen. Dafür notwendig ist dann vor allem der Einbezug von nicht-binären, vielfältigen Geschlechtspositionen, wie beispielweise

Inter- und Transgeschlechtlichkeiten in die Wissensproduktion der Suizidologie, in die allgemein anerkannten Todesursachenstatistik der Statistik Austria sowie in die jährlichen Suizidberichte.

Der Einbezug von Geschlechtervielfalt hat aber auch eine mögliche weitere Konsequenz: ein Abbau des „double stigma“ (McDermott/Hughes/Rawlings 2018: 164), also der zusätzlichen Stigmatisierung für Menschen, die nicht einer Gender-Norm entsprechen, die eine Inanspruchnahme von Hilfsangeboten der nicht geschlechterspezifischen Suizidprävention erschweren kann. Wenn Menschen befürchten müssen, dass ein Rechtfertigungsdruck oder eine Pathologisierung der eigenen Lebensweise im Zuge der Gespräche passieren, dann sind diese Menschen vor die Wahl gestellt, ob sie dieses Risiko eingehen möchten, einen Kontakt herstellen, oder sich entsprechend dem Gender-Ideal präsentieren. Die Überlegung von Annleitner, „[dass] es daran liegt, dass die transgender Menschen uns auch noch nicht so entdeckt haben, ich glaub' eher dass wir weniger damit konfrontiert sind“ (Annleitner: Z. 534-535), könnte auch damit zusammenhängen, dass eine Hürde besteht den Dienst in Anspruch zu nehmen, oder die Gesprächspartner*innen sich der Gender-Norm konform präsentierten und Realitäten verschweigen. Das heißt es besteht die Möglichkeit, dass die Gatekeeper Menschen als Gegenüber haben, die sich nach einem Gender-Ideal richten. In den Interviews wurde auch angesprochen, dass unterschiedliche Zuständigkeiten und Handlungsfelder aufgrund von fehlender Expertise wahrgenommen werden und, dass Geschlechtervielfalt auch ein Thema *neben* etwaigen psychischen Krankheiten ist. Unabhängig davon was das „wirkliche“ Thema bei einem Gespräch oder Behandlungen in einer suizidpräventiven Einrichtung ist, Inklusion von Gendervarianz kann mildernde Auswirkungen von Stress haben, sie kann dazu führen, dass Personen die Dienste in Anspruch nehmen. Auch wenn die Spezialisierung und Ausdifferenzierung von Kompetenzen im Suizidpräventionsbereich Vorteile bieten können, heißt es nicht, dass Kompetenz-Positionen gleichwertige Sprechpositionen im Diskurs innehaben, oder dass sie überhaupt im gleichen Diskurs verortet werden. Die Analyse der Gespräche deutet darauf hin, dass Geschlechtervielfalt erst einen Platz im Diskurs der Suizidprävention einnehmen muss, der nicht mit dem historischen „Transsexualismus“-Diskurs einhergeht, der betreffende Personen in medizinische Institutionen der sog. „Geschlechtsangleichung“ verweist, die ebenso von Konflikten gezeichnet sind (vgl. Garcia Nuñez/Meier/Schaefer 2019).

Die Gespräche haben gezeigt, dass ein Wissen der Existenz der Geschlechtervielfalt vorhanden ist, sie weisen aber auch darauf hin, dass Wissen zu Geschlechtervielfalt im Vergleich zur tradierten Geschlechterdifferenz marginal im *mainstream* verhandelt wird. Damit wird auch

eine fehlende Notwendigkeit der Wissensaneignung zu Geschlechtervielfalt reproduziert. Denn, wenn andere Diskurse und Expert*innen für die Behandlung von Fragen zu Trans* und Inter* zuständig sind, warum sich näher damit auseinandersetzen? Jedoch wäre diese Auseinandersetzung schon dahingehend von Interesse, um Zusammenhänge zwischen Geschlecht und psychischen Krankheiten, in weiterer Folge auch Suizidalität in dynamischer Form (Lindner 2012) besser zu verstehen. Die diskursiven Effekte, die eine Behandlung des Geschlechts der Depressionen (Teuber 2011) in Verbindung mit Weiblichkeit und Männlichkeit ermöglichen, sind bereits diskutiert worden. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die Wahrnehmung von Depression in Verbindung mit Geschlechtervielfalt nicht ‚geschlechtsneutral‘ passiert.

4.2.4. Erkenntnisformen und Erscheinungsweisen: Statistische Performativität

Für die Deutungen zu Suizidalität lässt ein Zwischenfazit festhalten, dass es einem Modus des quantitativen Vergleichs der Geschlechtskategorien geschuldet ist, wie Deutungsmuster diskursiv reproduziert werden. Der Modus des Vergleichs provoziert die Frage, wer wann wie eher als „Risikogruppe“ zu eruieren ist. Baal bringt dies auf den Punkt: *„Und auf einer Checkliste für einen 85 jährigen alleinstehenden Mann würde was anderes draufstehen, wie für's a', für a' 16 Jährige aus einem, die eins von fünf Kindern ist, ja?“* (B.Baal: Z.333-335). Das Er- und Feststellen eines Gefährdungsgrades ist eines der ‚sprachlichen Gewänder‘ wie Grenzziehungen der suizidalen Subjektpositionen passieren. Die „Checkliste“ macht diese sortierende Praxis sichtbar und bestätigt das vorhandene Geschlechterwissen, verdeckt simultan, dass diese Checkliste Teil der diskursiven Hervorbringung suizidaler Subjektpositionen ist. Dass, zum Beispiel Suizidversuche und Suizide sich als Phänomene unterschiedlich zeigen, deren Vergleich eben durch Geschlechterwissen motiviert ist, führt auch zu unterschiedlichen Gefährdungseinschätzungen und Handlungsstrategien. Dass jeder Suizid immer erst durch einen Suizidversuch möglich wird, wird durch den Geschlechtsvergleich in einer Form eines Entweder/Oder ausgedrückt. Dichotome Repräsentation von Geschlechtlichkeit erscheint wiederum durch die quantitative Präsentation der Suizidalität bestätigt. Es nimmt Formen eines sich gegenseitig stärkenden Wechselspiels an. Arbeitserfahrungen und kritische Überlegungen zur Wissensproduktion werden zwar nicht verschwiegen, jedoch ist die Reihenfolge und Gewichtung der Aussagen interessant, da sie einem allgemein anerkannten, statistischen Wissen nachgereiht werden.

Das Heranziehen der statistischen Daten durch die Expert*innen ist nichts Neues, es hat im Suiziddiskurs Geschichte (vgl. Leidinger 2012: 297). Auch die hier gezeigten Ergebnisse folgen

diesem Aussagenzusammenhang. Die Statistik, die in den jährlichen Suizidberichten herangezogen wird, zeigt Geschlecht in den Kategorien „Männer“ und „Frauen“ an (BMASGK 2019). Jedoch, die zugrunde gelegten Daten der Todesursachenstatistik von Statistik Austria bilden nicht mit einer absoluten Sicherheit wirklich alle vollzogenen Suizide ab, da die Intention des Suizids bei einer Selbstverletzung mit letalen Folgen nicht immer zweifelsfrei festgestellt werden kann, bzw. auch Fehler in der Autopsie passieren (Statistik Austria 2012: 16; vgl. Jaworski 2014: 20). Dieser Umstand wurde auch von B. Baal sowie C. Cramer kurz erwähnt, auch sie sind sich der Unmöglichkeit einer absoluten Sicherheit der Suizidrate und Suizidversuchsrate bewusst. Trotzdem werden die dargestellten Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Suizidrate, sowie Alter, Geschlecht und Suizidrate als „evidente Tatsachen“ behandelt, also als Wissen, das der lebensweltlichen Wirklichkeit entspricht. Es findet keine Problematisierung des Widerspruchs statt, dass Statistik nicht zu Gänze die Wirklichkeit darstellen kann, aufgrund Lücken, die dem Instrument innewohnen, aber die Aussagen und Ergebnisse trotzdem zur Deutung und Erklärung von Realität herangezogen werden. Das Wissensprodukt, also die Aussage der Todesursachenstatistik, unterstützt und leitet ein „Sehen“ aufgrund des Vertrauens, dass die Statistische Methode Phänomene greifbar macht.

Rainer Diaz-Bone nimmt Performativität als Konzept her, um epistemologische Praxis und Interaktion zwischen Instrument und Erkenntnis näher zu beleuchten. Er bespricht die Performativitätsperspektive hauptsächlich als methodologische Auseinandersetzung mit einer „kognitiven Matrix“ (Diaz-Bone 2011). Mit kognitiver Matrix besteht ein begrifflicher Versuch Erkenntnisprozesse zu fassen und Beziehungen zwischen Forschungsfeld, Instrumente und Methoden der Kritik zugänglich zu machen. Diaz-Bone nimmt den Begriff der Performativität auf, um die Ko-Konstitution innerhalb einer kognitiven Matrix zu verdeutlichen: „In dieser Vernetzung konstituieren und stabilisieren sich aber auch wechselseitig Instrumente und Methoden, dann die Habitusformen und die kognitiven Formate, die Forschungsgegenstände und die Präsentationsformen“ (ebd. 2011: Abs. 26). Damit spricht er auch ein Erlernen eines Habitus an, angehende Forscher*innen müssen „sehen lernen“, um Teil der jeweiligen Wissensgemeinschaft zu werden, wodurch auch die kognitive Matrix performativ stabilisiert wird: „Hier passt alles für ein Fach zusammen: Weltansicht, Handlungsmodell, zugehörige Erklärungslogik und die verwendeten quantitativen Techniken“ (ebd. 2011: 26). Dies ist auch hinsichtlich des statistischen Instrumentes relevant. Wenn in der Diskursformation der sekundären Suizidprävention Schlüsse aus den statistischen Zusammenhängen von

Todeszahlen und Geschlecht gezogen werden, gilt es weiter zu besprechen, inwiefern Statistik als Erkenntnis-Instrument diese Zusammenhänge mit-konstituiert und perpetuiert.

Die Anwendung von statistischen Zahlen und die Beschreibung von graphischen Verläufen hat sich auch in den Gesprächen gezeigt. Das Ansteigen der Todesursache Suizid bei Männern mit Zunahme des Lebensalters, bezieht sich auf eine Darstellung, die relative Suizidraten der jeweiligen Alterskohorten darstellt (vgl. dazu Abbildung 1 im Kapitel 2.1. „Suizidverhalten als Anzeige der Geschlechterdifferenz“). Dies ist hilfreich, um die verschiedenen Altersgruppen verschiedener Regionen auf ‚einen Nenner‘ zu bringen und dadurch vergleichbar zu machen. Jedoch muss auch berücksichtigt werden, dass standardisierte Daten in Form von Altersstandardisierung keine empirischen beobachteten Werte sind, sondern von einer berechneten Standardbevölkerung ausgeht (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2020). Damit soll nicht ausgedrückt werden, dass die Statistik, die in den Gesprächen herangezogen wurde ‚falsch‘ ist, sondern dass unterschiedliche statistische Berechnungen unterschiedliche Deutungen möglich machen. Ich möchte damit aufzeigen, dass die Performativität der statistischen Methode in dieser Perspektive nicht nur ein ‚lebloses‘ Instrument ist, das es gilt anzuwenden, um Wirklichkeit zu beschreiben. Alternativ könnte sie auch als ‚Akteurin‘ innerhalb eines psychologisch, medizinisch-psychiatrischen Wissensfeldes konzipiert werden, die die Wirklichkeitsdeutung durch kategoriale und standardisierende Ausprägungen erst ermöglicht und die ‚vorgefundene‘ Ordnung als ‚natürlich‘ und beliebig reproduzierbar sichtbar werden lässt. Die „kognitive Matrix“, die Diaz-Bone anspricht, muss dann auch im Lichte der Geschlechterdifferenzierungen betrachtet werden. Die Konzeption der performativ reproduzierten, kognitiven Matrix, kann mit einer „Matrix der Intelligibilität“ (Butler 1991: 39), der stabilisierende Ordnung von Geschlechtskörpern, -identitäten und Begehren, zusammengedacht werden, die dieses ordnende Prinzip der Statistik anstößt. Statistik erscheint hier alles andere als geschlechtsneutral, sondern trägt mit dem methodologischen Anspruch der Objektivität dazu bei, dass In- und Exklusionen naturalisiert tradiert werden.

In diesem Lichte wird auch eine Methodologie- und Methodenkritik zur Suizidologie mit ihren disziplinären Geschwistern der Epidemiologie, Sozialwissenschaften, Psychiatrie und Psychologie, aber auch dem Handlungsfeld der Suizidprävention vonnöten. Diese Kritik ist nicht neu: Jack D. Douglas hat bereits 1967 darauf hingewiesen, dass Forschung zu Suizid lückenhaft bleiben muss, wenn nicht der soziale und kulturelle Sinn (*meaning*) von Suizid berücksichtigt wird (Douglas 1967 zit.n. Wray/Colen/Pescosolido 2011: 509). In eine ähnliche Richtung verweist die Kritik von Michael J. Kral, Paul S. Links und Yvonne Bergmann, indem

sie einen Überhang an quantitativ methodischer Forschung zu Suizid feststellen. Dagegen schlagen sie vor, dass durch ein Forschungsdesign, mit einem interdisziplinären Zugang und Methoden-Mix, Lücken der quantitativen Zugänge schließen und Erkenntnisperspektiven diversifizieren könnte (Kral/Links/Bergmann 2012). Aber es ist nicht nur der Ruf nach Variation angebracht, sondern auch nach Reflexion der epistemologischen und methodologischen Performativität der angewandten Methoden. Es gilt zu überlegen, wie in der Forschungs- sowie Suizidpräventionspraxis Möglichkeiten dieser Reflexion vorhanden sind. Die Stütze auf statistische Daten ist nicht per se kritikwürdig. Auch ist, ohne Anwenden geschlechtlicher Deutungsmuster, routiniertes Handeln wahrscheinlich unmöglich empirisch zu beobachten. Jedoch muss kritische Reflexion genauso habitualisiert werden, dafür ist Wissen der Notwendigkeit der Reflexion eine Voraussetzung.

Die Dominanz der Suizidstatistiken, als Grundlage der Aussagen über Geschlecht, kann zur Folge haben, dass Statistik sich das eigene ‚Publikum‘ schafft, indem das Zuweisen von Subjektpositionen, durch das Ansprechen als solche, es für die statistische Erhebung wieder zugänglich macht. Wenn beispielsweise psychische Krankheiten sowie vergangene Suizidversuche im Gespräch mit Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen dem standardisierten Fragenkatalog entspricht:

„Angehörige, aber auch nahe Freunde von Leuten, die sich suizidiert haben, also da gibt's auch Zahlen dazu, dass es da so Folgesuizide gibt, also was auch immer, wenn sich einer, wenn ein Suizid stattgefunden hat und es finden ja drei Suizide pro Tag in Österreich statt, also das ist ja viel, ähm immer das Umfeld im Auge behalten, immer schauen wer ist daran beteiligt, wer ist da dran, Kinder Partner Lebensgefährten, 'mal Freunde oder was auch immer, einfach schauen die die alle irgendwie im Bewusstsein haben, abklopfen ist da jemand gefährdet?“ (E.Ettner: Z. 450-456)

Ist ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass mehr Frauen von der Diagnose von Depression, wie auch Fragen zu suizidalen Handlungen (das sie öfter im Gesundheitswesen angetroffen werden) betroffen sind, dann kann auch hinterfragt werden, wie Aufmerksamkeiten dementsprechend Frauen zukommen, die ein „Abklopfen“ auf Gefährdungspotenzial wahrscheinlicher machen. Es kann gefragt werden, wie Gefährdungszuschreibungen in der alltäglichen Interaktion Maßnahmen leiten, die andere Gruppen eventuell ausblenden und damit auch Nicht-Erkennen von suizidalen Subjekten fördern. Eva Eichinger hat dies zu Männlichkeit besprochen, dass Institutionen sich mit dem Erkennen schwertun. Dazu spielen kulturelle Deutungen von Verhalten mit, es kann etwa das Gefährdungspotenzial verdeckt werden, indem alkoholisierte Männer nicht mit einer Notwendigkeit einer Suizidprävention in Zusammenhang gebracht werden (Eichinger 2010: 180). Wenn Suizidversuche und vollbrachte Suizide dichotom anhand den Statistiken sichtbar werden, dann kann dies zur Folge haben, dass Handlungsdeutungen

dieser Ordnung zugewiesen werden: die Wahrnehmung von Suizidversuchen mit Weiblichkeit, die Deutung eines ‚Hilferufes‘, kann bewirken, dass der die Position eines*r Helfers*in eingenommen wird und ein Raum geschaffen wird Verantwortung *für* die Frauen übernommen wird.

Doch die Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Suizidalität werden nicht nur durch statistisches Wissen unterstrichen, soziokulturell geprägtes Geschlechterwissen darüber, wie Geschlechtsgruppen erwartbar handeln, oder Erzählungen aus dem Arbeitsalltag, werden verwendet, um die Statistik und das Handeln zu unterstreichen. Das heißt es kann hier von verschiedenen Ebenen des Geschlechterwissens gesprochen werden. Ist das Statistikwissen an der Oberfläche der Realitätsbeschreibung, ist es aber nicht ausreichend für den Klient*innen- und Patient*innenkontakt. Dies ist insofern relevant, dass Geschlechterdifferenzen dann nicht nur kategorial anhand *einer* Linie gedacht werden, sondern diese Linie unterschiedliche Formen annimmt, je nach Verhandlung. Statistisches Geschlechterwissen ist aber in dem von mir gewählten Diskursfeld zwar analytisch zu trennen, etwa von soziokulturellen Interaktionspraktiken, es dient aber als Leitlinie, als Linse, als ordnendes Prinzip, das Geschlecht und Suizidalität zu einem kohärenten Ganzen in der Erklärung zugänglich macht und andere Herangehens- und Beschreibungsweisen von geschlechtlicher Suizidgefährdung verdrängt.

Ein weiterer Punkt ist die die Sprechweise über Personen in Form einer verallgemeinernden Gruppierung, die vor allem durch die Kategorienbildung der Todesursachenstatistik argumentativ gestützt wird. Jedoch scheinen geschlechtliche Individuen besonders in Fallgeschichten auf, als Einzelerlebnisse. Menschen werden hier als Vater und Mutter, Tochter, Partner*innen und suizidgefährdete Frau, Mann oder Trans*person angesprochen. Die statistischen Kategorien Männer, Frauen oder Divers entbehren dieser situativen Kontextualisierungen, ohne auf institutionalisierte Verortungen (etwa Alter oder Beziehungsstatus) zu verzichten. Jedoch gehen Sichtweisen von gesetzten Handlungen bzw. Handlungsplänen, in Hinsicht einer Suizidgefährdung, unter, die in allen Einzelfällen spürbar werden. So ist es eine Frau in Begleitung, zu der sich im Gespräch herausstellt, dass sie vorhatte sich durch Sturz aus der Höhe zu töten und sich gegen eine Unterbringung, entgegen ihres Willens, mit Androhung eines Suizids wehrt (B. Baal: Z. 527-541). Oder eine Person mit Pistole im Wald, oder ein Mensch mit Tabletten neben sich, die*der vor der Tat beschließt den Telefondienst zu kontaktieren, um noch mit einem Gegenüber sprechen zu können (A. Annleitner: Z. 142-146).

4.3. Erklären der Gender-Disparitäten

Im vorigen Kapitel wurden analysierte und typisierte Subjektpositionierungen in Form von Deutungsfiguren beschrieben. Diese Positionen wurden in den Gesprächen nicht unkommentiert geschildert, sondern in einen Erklärungszusammenhang gebracht. Ziel dieses Kapitels ist es nun, Narrative zu Geschlecht zu rekonstruieren, die suizidale Subjektpositionierungen performativ legitimieren und kohärent erscheinen lassen.

4.3.1. Geschlechts-Generationen-Unterschied: *good versus bad user*

Eine Erklärungsstrategie, warum eine Lücke zwischen Männern und Frauen bestehe, ist das sogenannte Nutzungsverhalten von Gesundheitseinrichtungen. Suizidpräventive Institutionen werden dazugezählt, also ein erfahrungsgemäßes Verhältnis zwischen Ärzt*innen-Patient*innen wird auch für das Beziehungsverhältnis in der sekundären Suizidprävention herangezogen. Bedacht werden in diesem Zusammenhang der Zugang sowie die Routine der Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Im vorigen Kapitel wurden Männer, insbesondere alte Männer, bezüglich der fehlenden Erreichbarkeit besprochen, wohingegen zu anderen Geschlechtsidentifikationen eine Erreichbarkeit weniger problematisiert wird. Die Wahrnehmung des Defizits der fehlenden Anwesenheit von Männern in den Organisationen motiviert die Frage, warum gerade diese Gruppe auffällig abwesend ist. Präziser formuliert, warum in der alltäglichen Arbeitserfahrung Männer nicht per se vermisst werden, jedoch durch die Statistik-Kennntnis eine Ahnung besteht, dass mehr Männer kommen könnten:

„Vielleicht erklärt sich das dadurch, dass zwar Männer viel mehr suizidgefährdeter sind generell als Frauen, aber Frauen viel eher Hilfe annehmen und dass sich das in etwa wieder ausgleicht, für unsere Arbeit. [...] Ja wie gesagt meine Wahrnehmung wäre nie so gewesen, dass das, wenn ein Mann anruft, dass er automatisch drei Mal so häufig an einen Suizid denkt, als bei einer Frau. Aber wie gesagt das kann damit zusammenhängen, dass die Frauen eher anrufen“ (E. Ettner: Z. 470-472).

Die Äußerung ist auf ersten Blick ein Widerspruch. Jedoch ist der Schlüssel die Praxis der Hilfs-Annahme, durch die Männer und Frauen in Bezug auf Suizidgefährdung geordnet werden. Darin kann auch die Aussage gedeutet werden, dass die Wahrscheinlichkeit auf den Vollzug des Suizids erhöht eingeschätzt wird, wenn die Person keinen Kontakt mit einer Hilfsinstitution hat. Darin enthalten ist, dass die Unterscheidung der Einnahme der Subjektposition Suizidgefährdete*r zwischen Männern und Frauen vor Allem durch die Abwesenheit einer Gruppe gezogen wird. Ein Kontakt mit einer Hilfeinrichtung wird als ein erster Schritt gesehen, dass Suizidgefährdung gelindert wird, da davon ausgegangen wird, dass das Betreuungsschema direkten Einfluss auf Suizidgefährdung hat. Diesem Schema nicht zu folgen ist ein Verhalten,

das negativ bewertet wird und als Abweichung eines Ideals verhandelt wird. Die höchste Entsprechung, in dieser Perspektive, besteht beim Handeln der Gruppe Frauen. Es erfolgt eine moralische Bewertung des Handelns, indem in *bad* und *good users* unterschieden wird.

Unter diesem normativen Begriffs-Schirm des Nutzungsverhaltens, der die Institutionen als dienstleistende Institutionen darstellt, die es *nur* zu beanspruchen gilt, werden geschlechtliche Handlungsweisen geordnet. Diese Ordnung wird durch eine Annahme von Wissens-Ressourcen der jeweiligen Geschlechtergruppen vorgenommen. Die Arbeitserfahrung der mehrheitlichen Nicht-Anwesenheit von Männern ist weniger davon geprägt, dass in den Institutionen die Hilfe verwehrt wird, sondern, dass es eine Hürde geben muss, die Männer daran hindert zu kommen, oder die Männer eine andere Problemlösungsstrategie anwenden lässt, wovon Suizid jene des größten „Irrtums“ (B. Baal: 19-20) darstellt. Unabhängig der Ursache, suizidpräventive Einrichtungen können, aus Gründen der Menschenwürde, Niemanden mit maximaler Sicherheit von einem Suizid abhalten, es ist aber die Annahme in ihrer Arbeit notwendig, dass Möglichkeiten des alternativen Handelns bestehen. In diesem Sinne ist aus suizidpräventiver Perspektive der Suizidversuch, letal oder nicht, das ‚schlechteste‘ Nutzungsverhalten eines Gesundheitssystems. Dies muss aber auch mit dem Menschenbild einhergehen, dass kein Mensch komplett grundlos und aus freien Stücken den Tod wählt, demnach es eine Ursache geben muss, die es nur zu finden gilt, etwa durch Diagnoseverfahren und dann behandelt werden soll. Es wird also einerseits um ein Eingreifen in die Situation bemüht, wodurch idealerweise die Ursache beseitigt wird. Auch erstrebt wird die Vermittlung von Wissen in Form von alternativen Deutungen der Möglichkeiten der Situationsbewältigung, anhand individueller Fähigkeiten. Damit ist es also das fehlende Wissen, dass der Problemlösungsstrategien von sogenannten *bad user*, in diesem Fall Männern, unterstellt wird.

Es wird nicht nur eine Geschlechterdifferenz diskursiv (re-)produziert, sondern auch durch die Geschlechterdifferenz eine Generationendifferenz in binärer Form von jung/alt. Das heißt nicht, dass jede Person nur in dieser Wahrnehmung erscheinen kann, jedoch dass die Erklärungsweise, ähnlich wie Geschlecht, einer binär-ausschließenden Struktur folgt. Alter ist dabei ein Ausprägungsmerkmal, das nicht der alleinige Grund des Nutzungsverhaltens ist, Alter dient vielmehr als ein metaphorischer ‚Haken‘ an dem, mehr oder weniger stereotyp geprägtes, Wissen über geschlechtsspezifisches Verhalten einer spezifischen Alterskohorte ‚aufgehängt‘ werden kann, das mit Sozialisation erklärt wird. Ein solches Wissen ist die Annahme, dass ältere Männer über weniger oder kein Wissen verfügen, wenn es darum geht Hilfs-Dienste in Anspruch zu nehmen – buchstäblich, dass sie nicht wissen, wohin sie sich

wenden können, da die Kenntnis der Existenz, fehlt, beispielweise von niederschweligen, psychosozialen oder seelsorgenden Telefondiensten. Annleitner spricht dieses Wissen als lebensweltliche „Segmente“ an:

„[D]a weiß ich nicht einmal, dass es die [Segmente] gibt und Andere [kennen] wieder andere nicht, ja so, und dass man sozusagen auch dieses Segment ähm, manchmal kann das Leben beschissen sein und dann manchmal kann ich mir Hilfe holen, nicht gibt, (lacht) sondern da gibt's halt was weiß ich, Meetings und dann gibt's vielleicht die Familie aber es gibt nicht irgendwie dazwischen was, wo's dann, wo ich einmal hingehen kann, wo ich Blöße zeigen kann oder so, wo ich mich beraten lassen kann“ (A. Annleitner: Z. 418-423).

Dies lässt sich mit der Problematisierung der „Erreichbarkeit“ vereinen. Fragen der Vermittlung dieses Wissens und Überlegungen, durch Bestehen oder Fehlen welcher alltäglichen Institutionen diese Wissens-Lücke relevant wird, prägen das suizidgefährdete männliche Subjekt. Ein Grund wird, wie oben bereits erwähnt, in der ‚sozialen Ausrichtung‘, also der Nicht-Hinwendung zu psychosozialen Diensten gesehen. Dagegen findet ein Austausch in anderen sozialen Sphären statt, etwa, wie im Zitat angeführt, Familie oder Berufswelt. Erwähnt werden auch Alkoholkonsum in Gesellschaft, mit dem ein emotionaler und sozialer Austausch stattfinden kann. Diese Rituale, wie etwa das *„Wirtshaus mit Biertrinken“*, gelten jedoch nicht als geeignet dahingehend, *„dass man wirklich über seine Probleme sprechen kann“* (C. Cramer: Z. 257-258).

Eine weitere Sozialsphäre ist die Familie, in größerem Rahmen, oder in der genormten Zweisamkeit der Ehe oder Partner*innenschaft: *„[S]o Good-Users für Gesund-/ von Gesundheitssystemen san' Männer ohnehin erstens einmal net, alleinstehende no' weniger (lacht) weil die sind nicht von ihrer Frau, so ist es no' dazu, von mir aus auch von ihrem Mann, dazu animiert“* (B. Baal: Z. 406-408). Die „Animation“ – die Aufforderung oder der Hinweis, der zum Aufsuchen einer professionellen Einrichtung motiviert – wird als ein Instrument gesehen, das es braucht, damit Männer in die Zugriffsreichweite eines Gesundheitssystems gelangen. Damit einhergehend wird die Selbstständigkeit abgesprochen, dies eigenständig in die Tat umzusetzen. Mit der Sorge um „Erreichbarkeit“ wird eine fehlende Selbst-Sorge von Männern konstatiert. Der Diskurs um Erreichbarkeit zum und vom Gesundheitssystem bezüglich der Gruppe „alte Männer“, kann als ein Bemühen gedeutet werden diese soziale ‚Lücke‘ zu füllen, die abgesprochene Selbstständigkeit von Männern bleibt damit rhetorisch unangetastet, eine Steigerung der Selbstaktivierung wird für die Präventionsplanung weniger relevant. Das Gesundheitssystem erscheint als ein Bereich, wo Männer eingeschränkte Handlungsfähigkeiten durch fehlendes Wissen aufweisen, daher braucht es eine handlungsvermittelnde Instanz personifiziert in Ehefrauen*männer, Familienmitglieder oder

Institutionen, die sie spezifisch als „unerreichte, alte Männer“ ansprechen. Männer erscheinen in dieser Denkart sehr passiv und unverantwortlich, denn die Äußerung „*Good-Users [...] von Gesundheitssystemen san' Männer ohnehin erstens einmal net*“ (siehe oben), kann als Erklärung, aber auch als Rechtfertigung gelesen werden.¹⁷

Im vorigen Kapitel wurde bereits eine diskursive Trennung von Zuständigkeits- und Kompetenzfeldern besprochen, im Sinne einer bi-polaren Geschlechterordnung in von mir untersuchten Bereichen, die sich nicht-binäre-konformen und prozesshafte geschlechtlichen Lebensweisen annehmen können (sollen). Dementsprechend haben die von mir befragten Expert*innen keine Einschätzungen geäußert, ob das Nutzungsverhalten geschlechtsvariant positionierter Personen ein gutes oder schlechtes sei. Nicht-Wissen, bzw. Nicht-Spezialisierung zu diesem Geschlechterwissens-Feld wird als ein Grund genannt, aber auch, dass Trans*personen hier ähnliches Verhalten aufweisen wie alte Männer, dass sie die Institutionen nicht entdeckt hätten (A. Annleitner: Z. 234-237).

Bei den Frauen wird es allerdings als normal angesehen, dass sie sich an eine Institution wenden und sich Hilfe holen. Ihnen wird sogar die Fähigkeit zugesprochen, dass sie sich besser in die Arbeitsweisen der Institutionen einfinden. Frauen werden in den Bereich der Handlungsfähigkeit bezüglich des Gesundheitssystems verortet, auch in Hinsicht von Wissen und Fähigkeiten, die einen Zugang zu Organisationen erleichtern. Hier wird also ein Nahe-Verhältnis von Frauen zugrunde gelegt, welches mindestens eine Generation schon andauern muss (alte Frauen ‚versus‘ alte Männer), in der Frauen ‚gelernt‘ haben dieses Wissen einzusetzen.

Eichinger hat bezüglich von Männlichkeit eine Verschiebung beschrieben, da „zunehmend auch ein Zugang für professionelle Unterstützung suchende Männer [eröffnet wird]“ (Eichinger 2010: 187). Jedoch findet eine Zuschreibung des Nutzungsverhaltens von Frauen immer noch anhand der „Kompatibilität von Weiblichkeitskonstruktionen mit der Grundausrichtung des Suizidpräventionsdiskurses als Opfermodell“ (ebd. 2010: 187) statt. Diese Kompatibilität wird vor allem durch Annahme von Hilfe und Problemlösungsstrategien der Frauen unterstrichen. Die Thematisierung der Erreichbarkeit von (alten) Männern kann als Versuch gedeutet werden, dass die Entwicklung, einer Milderung von Zugangshürden, versucht wird fortzusetzen, sei es durch direkte Ansprache oder Eröffnen eigener Räume. Wenig reflektiert wird jedoch die Deutung folgende Ansprache an sich. Es wird versucht der männlichen Gruppe andere und

¹⁷ Für den Hinweis und die Diskussion über die Zu- und Absprache von Handlungsverantwortung durch eine Denkweise, die sich plakativ unter „Der*die ist halt so, da kann man Nichts machen“ zusammenfassen lässt, danke ich Melita Šuput.

‚bessere‘ Methoden zu zeigen mit den eigenen Problemen umzugehen, indem Erfolge durch Annahme von Hilfsangeboten in Form von Gesprächstherapien vermittelt werden. Hierbei ergeben sich jedoch zwei Aspekte, die es zukünftig zu bedenken gilt. Erstens ist die Qualität der Ansprache zu beachten: Dass Männer weniger kommunikativ seien und weniger soziale Netzwerke zur Verfügung hätten, reproduziert dieses Bild. Es ist auch fraglich, ob dieses Nicht-Wissen, das zur verminderten Hilfsannahme per se nur mit Männlichkeit zu verknüpfen ist, oder andere Faktoren, wie Bildungsgrad oder kulturelle Aspekte Hürden oder Zugänge ermöglichen. Selbst mit einer Fokussierung auf Männlichkeit, ist diese singuläre Repräsentation zu hinterfragen. Hierzu wäre eine weitere Berücksichtigung von differenzierten Männlichkeiten fruchtbar, wie sie etwa in kritischen Männlichkeitsforschungen Platz findet (vgl. Connell 2015). Ähnliches gilt auch für die singuläre und verallgemeinerte Darstellung von Frauen. Zweitens, wird das Bild weitergetragen, dass die Versorgungsstruktur und die Therapiemethoden für Frauen und/oder Trans*personen zufriedenstellend und allgemein erfolgsversprechend sind. Oder zumindest werden sie nicht problematisiert. Damit wird der Handlungsbedarf eher zugunsten Männer verschoben und innerhalb der anderen Geschlechtergruppen Handlungsbedarf leichter übersehen. Bestehende Deutungs- und Erklärungsmuster erscheinen darin eher bestärkt, als einer Kritik zugänglich. Auch hier ist eine forschende Bewegung, weg von Evaluationen zu allgemeinen Aussagen über Geschlechtergruppen, ratsam und mehr hinzu Einzelfallanalysen.

Ebenfalls ist die Verantwortung des Ansprechens und Intervenierens reproduziert: Werden Frauen als *compliant*, als kooperierend und selbstaktivierend, behandelt, wozu Männer im Vergleich defizitär erscheinen, werden Handlungsmaßnahmen dringlich erachtet, die Männern (besonders alten Männern) „hinterhergehen“. Das heißt es wird versucht eine wahrgenommene soziale Lücke zu schließen, die bei Frauen nicht gegeben scheint, bei Trans*Personen nicht einmal Erwähnung findet. Dies lässt ein Dilemma, oder zumindest die Frage, relevant werden, ob eine ‚Umerziehung‘ bezüglich des Nutzungsverhaltens soweit möglich ist, dass dieses dezidierte „Hinterhergehen“ nicht mehr notwendig macht. Oder führt diese Subjektpositionierung dazu, dass diese fehlende *compliance* bestehen bleibt, da Männer in diesem Fehlen des sozialen Faktors als Zielpublikum erscheint und die Erreichbarkeits-Strategien daran ausgerichtet werden. Aber auch die Konstruktion von Alter, Generationszugehörigkeit und zugewiesenen Handlungsfähigkeiten ist in dieser ‚linear‘ anmutenden Erzählweise im Diskursausschnitt hinterfragbar. Verschiebungen von Männlichkeitsbildern müssen demnach in Intersektion mit Alter, aber auch anderen Differenzkategorien qualitativ berücksichtigt werden.

4.3.2. Sozietät als Katalysator

Personen werden in der Tätigkeit selbst, aber auch in der geschlechtsspezifischen Erzählung innerhalb eines sozialen Netzwerkes verortet. Dies passiert in der Gesprächsführung mit potenziell Suizidgefährdeten und ihren Angehörigen, indem eruiert wird, ob die betreffenden Personen in soziale Umfeldler, familiäre Institutionen und/oder Liebes- und Ehepartner*innenschaften eingebunden sind. In der Beschreibung von „Risikofaktoren“ und „Warnsignalen“ sind es soziale Kontakte, die in diese Einschätzung miteinbezogen werden. Als ‚schlimmstes‘ Szenario und damit auch die Anzeige einer Dringlichkeit ist „soziale Deprivation“ (E. Ettner: Z. 438):

Also Einsamkeit, der Mensch ist ein soziales Wesen und Einsamkeit ist dann sehr ein Faktor, der einen sehr hohen Leidensdruck erzeugt, ja? Also wenn Sie einen alten, vereinsamten, chronisch schmerzgeplagten Mann dasitzen haben, dann ist Alarmstufe Dunkelrot, vor allem (die nicht allein leben wollen), ja?“ (E. Ettner: Z. 440-443).

Es wird durch die anthropologisch psychologische Einordnung *des* Menschen eine kausale Linie zwischen Einsamkeit und Leidensdruck gezogen, die, wie im vorigen Kapitel bereits gezeigt wurde, besonders mit Alter und Männlichkeit assoziiert wird. Es ist vor Allem das Alter, das Anlass zur Sorge bereitet und dementsprechend auch als ‚Erkennungs-Ratschlag‘ weitergeben werden kann. Erklärungsmuster bilden sich, dadurch was als soziale „Ressource“ (C. Cramer: Z. 294) wahrgenommen wird und wie ein Zu-, aber auch ein Umgang in Fällen des Verlustes, geschlechtsspezifisch zuordenbar sind. Dazu werden verschiedene Beweggründe sowie psychosoziale Vorgänge der allgemein formulierten Personengruppen, Männern, Frauen und implizit Trans*personen zugeschrieben, die das jeweilige „Warnsignal“ rechtfertigen.

Eine Erklärung ist, dass ein soziales Umfeld für den Zugang zum suizidpräventiven Angebot förderlich ist. Hier ist nicht eine Verhinderung von Suizidgefährdung durch Sozialkontakte angesprochen, sondern die Entscheidung, dass Hilfe, beispielsweise im Freund*innenkreis, in der Familie oder ähnlichen sozialen Geflechten, nicht mehr ausreicht und Professionelle kontaktiert werden sollten. Ein Personenkreis, der den betreffenden Menschen vielleicht darauf hinweisen kann, dass ein wahrgenommener Missstand vorliegt. Aus Sichtweise der Organisationen: ein Anstoß, dass die Verantwortungs-Übertragung vom Individuum auf die suizidpräventiven Institutionen angesprochen und umgesetzt wird.

„Und wenn man das jetzt in einer Österreichperspektive sieht (3) (lautes Ausatmen) des, letztlich sind's in aller Regel verwitwete oder nie, nie liiert, oder verheiratet gewesene alte Männer, na ja net alle von denen haben Familie, ja? Jetzt die super sozialen Wesen sind Männer in späteren Jahren ohnehin net, wenn überhaupt je, eher in jüngerem

Jahren (lacht), aber ja? Na dann gibt's a' ka' Sozietät, der das überhaupt auffallen würde, vor allem wie kommt man an die heran?“ (B. Baal: Z. 390-395).

Baal macht auf diesen Prozess durch das Äußern des Defizits aufmerksam. Meines Erachtens ähnelt die Erklärungsweise des Zusammenhangs zwischen sozialen Kontakten und Erreichbarkeit von suizidgefährdeten Menschen der Wirkungsweise von Katalysatoren¹⁸. Die sozialen Beziehungen fungieren in der Erzählweise als ein Faktor, der eine ‚Reaktion‘ herbeiführt, der positiv oder negativ beurteilt wird. So sind es zum Beispiel familiäre Beziehungsgeflechte, die einen Kontakt mit einer suizidpräventiven Institution erleichtern können, indem sie einen Besuch ermutigen, oder als Angehörige die Organisationen auf den betreffenden Menschen aufmerksam machen. Oder dieses Beziehungsgeflecht wirkt sich durch die Qualität, oder in einem Fehlen, auf den wahrgenommenen „Leidensdruck“ aus. Ein soziales Netzwerk außerhalb der Organisationen ist aber nicht notwendig, auch nicht hinreichend, damit ein Kontakt mit suizidpräventiven Einrichtungen stattfindet, es wirkt ‚nur‘ beschleunigend.

Dieses ‚Verbindungsglied‘ wird genderdifferent herangezogen, um zu erklären, warum Personengruppen im Arbeitsalltag der interviewten Expert*innen oft, oder selten anzutreffen sind. Der Zusammenhang von Alter und Geschlecht wird besonders über den Beziehungsstatus verhandelt, die innerhalb einer Generation mit einer Geschlechterdifferenz versehen wird. Dies wird durch die Annahme veranschaulicht, dass die Institution Ehe oder eine Familie für genderspezifische Voraussetzungen schafft, hinsichtlich Aufmerksamkeiten zu Suizidgefährdung:

„[E]s gibt Niemanden, dem sie sich anvertrauen können, es gibt Niemanden, der ihnen empfiehlt dann auch Hilfe in Anspruch zu nehmen. Daher sind Männer zum Beispiel, die verwitwet sind, oder die getrennt sind, dann besonders auch in einem höheren Alter wo es dann zu Scheidungen kommt, eine-/ gefährdeter als Frauen, das ist eindeutig so, dass die Beziehungen für Männer einen stark protektiven Effekt haben offensichtlich und wenn's dann dazu kommt, dass Männer ihre Frauen verlieren, also da auch wiederum das soziale Netz mehr über, oft mehr , grad in der älteren Generation, wo jetzt all diese, auch sozialen Kontakte oft über die Frauen laufen, wo es dann für die Männer dann schwierig ist, wenn die Frauen nicht mehr da sind, nicht?, sich da Unterstützung zu holen“ (C. Cramer: Z. 263-275).

Um es plakativ zusammenzufassen: Frauen sind infolge eines Verlustes, beispielsweise eines*r Partners*in, mit anderen Herausforderungen konfrontiert, als Männer. Auch zeigt diese Äußerung, welche gewichtige Rolle Frauen, im weiteren Sinne soziale Netzwerke, für die Erkennung und Erreichbarkeit für professionalisierte, suizidpräventive Intervention

¹⁸ Ich lehne die Verwendungsweise an den Begriff „Katalysator“ an, der einen Stoff bezeichnet, der chemische Reaktionen beschleunigt, selbst aber unverändert bleibt.

zugeschrieben wird. Es ist sind die sozialen Netzwerke der Frauen, nach diesem Beispiel, über die Männer Hilfe schneller, oder überhaupt ermöglichen. Die Positionierung der *suizidgefährdetsten* Gruppe wird in diesem Beziehungs-Schema erst begründbar, warum bei Alter, Geschlecht und Suizidrate ein direkter Zusammenhang zu beachten ist, warum „alte Männer“ diese Aufmerksamkeit zuzukommen ist. Dies ist aber nur im Lichte der gesellschaftlich geprägten Institution Familie, mit deren normativ zugeschrieben geschlechtsspezifischen Rollenverteilungen, sowie heterosexueller Liebes- und Ehebeziehungen „*offensichtlich*“.

Menschen, außerhalb dieser Geschlechterordnung, werden implizit in einem anderen Beziehungszusammenhang verhandelt. Dabei sind es andere psychologische, psychiatrische Institutionen und deren Professionelle, zu denen etwa Trans*personen diskursiv und sozial verortet werden, wenn es darum geht sie suizidpräventiven Maßnahmen zugänglich zu machen, oder eine Suizidprävention gar nicht notwendig werden zu lassen¹⁹. Die Frage, wie Trans*personen zu den von mir befragten Suizidpräventions-Organisationen nicht, oder schon, über ein soziales Netzwerk gelangen, stellte sich in den Interviews nicht.

Zusätzlich wird ‚Sozialkompetenz‘ auch argumentativ für Kommunikationshürden oder -erleichterungen in kontaktierten Organisationen bescheinigt: „*[J]a, Männer sind auch manchmal empfindlicher in einem Gespräch, also, dass sie das Gespräch halten können ist manchmal (3) na ja, schwierig*“ (A. Annleitner: Z. 357-387). Das Informations- und Arbeitsmedium innerhalb der Organisationen ist vorwiegend verbale Kommunikation. Die Unterscheidung zwischen Männern und Frauen wird dadurch erklärt, dass Frauen mehr Erfahrungen haben, sich „*leichter tun über ihre Gefühle zu reden*“ (C. Cramer: Z. 294), hingegen Männer dies im Kontakt mit den Präventionsangeboten lernen müssten. Das heißt, Frauen wird ein ‚Vorsprung‘ gegenüber Männern zugesprochen. Dies ist assoziiert mit der Deutung, dass Frauen sich sozial auf ein Außen ausrichten und damit in Fragen der Erreichbarkeit und Suizidvollzuges anders zu beachten sind. Wissen und Strategie-Planung für Gesprächsführung wird aber durch die genderspezifischen Deutungsweisen reproduziert, da Redefluss und Themenwahl aufgrund der Geschlechtsidentifikation interpretiert werden.

Ein weiterer Bereich ist aber auch sozialer Kontakt, die zu einem Auslöser einer Krise werden können also von einem „*protektiven Faktor*“ (C. Cramer) zur ‚Ursache‘ werden. Hier sind es ebenfalls die Männer, die im Vergleich zu Frauen, ein Defizit oder ein Nachteil zugesprochen

¹⁹ Damit meine ich die Diskursformation der Gender Dysphorie (vgl. Garcia Nuñez/Nieder 2017, siehe dazu auch Kapitel 5.2.3. Geschlechtervielfalt: Epidemiologie, Identität und Biomedizin)

bekommen. Konkreten Ausdruck bekommt dies in der Thematisierung von Kränkung und Beschämung im Zuge von Trennungen heterosexueller Liebesbeziehungen:

„Gut, was der Magister [Felicis] auch schon g'sagt hat, das sind die Menschen in Lebenskrisen, ja, akuter Verlust eines Lebenspartners, aber auch der Arbeitsstelle oder auch eine massive Kränkung durch Verlassen-Werden, ja das sehen wir jetzt, ganz spezielle Bevölkerungsgruppen, Leute die anders sozialisiert sind als wir, ja? Vor allem wenn dann Männer von den Frauen verlassen werden, das führt dann oft zu suizidalen Krisen, das ist so eine Kränkung, dass ist unglaublich, ja? Das, da muss man wirklich vorsichtig sein, das ist massiv“ (E. Ettner: 444-450).

Ettner spricht hier einen kulturellen Aspekt der Trennung an und überhöht eine männliche Gruppe („nicht-wir“). Im Ausdruck einer Kränkung oder Beschämung wird ein Schaden aus dem Auflösen der Institution, Ehe oder Partner*innenschaft, auf den Gefährdungsgrad übertragen. Das heißt hier wird die soziale Interaktion zwischen Partner*innen, besonders betont Frauen und Männer, als Bruch verhandelt, der negativen Einfluss auf die Selbstsicht der Verlassenen hat. Männer stellen hier die relativ verletzlichere Gruppe, damit wird eine mögliche Kränkung und Beschämung als maskulines Phänomen sichtbar gemacht. Gleichzeitig findet eine Fokussierung auf die Handlung des Verlassens und Trennens statt, die in einen erklärenden Zusammenhang mit Suizidgefährdung gebracht werden. Wichtigkeit und Wahrung von Männlichkeit durch Bestehen einer (hier) heterosexuellen Beziehung wird als wichtiger Faktor der Geschlechtsidentität benannt. Ähnlich ist auch die Anerkennung durch Erwerbsarbeit zu deuten. Die zu waltende Vorsicht kann zweierlei interpretiert werden, Vorsicht von Seiten des sozialen Umfelds *des* Betroffenen und/oder Vorsicht von Seiten der Beratenden und Behandelnden mit dem Umgang mit Männlichkeit. Beziehungsstatus wird aber für die suizidale Subjektpositionierung wieder in einer geschlechtsdifferenter Deutung reproduziert, da eine bezüglich einer Trennung im Zuge einer Liebesbeziehung und Aufmerksamkeit einer Suizidgefährdung wieder Männer thematisiert.

Geschlechtlichkeit, besonders hervorgehoben Männlichkeit, ist hier durch familiäre, sexuelle Beziehungen gestützt beschrieben. Dies zeigt aber nochmalig die Stellung eines sozialen Umfeldes an, in dem Sinn wie Verantwortung assoziiert werden kann. Wie der Umgang der suizidpräventiven, therapeutischen Einrichtungen mit dem sozialen Umfeld des*r Betroffenen, passiert und diese etwa berät, ist nicht erwähnt. Es folgt aber jedenfalls eine Unterscheidung zu Sozietät als Ressource, da es hier nicht ein Teilbereich darstellt, auf den zurückgegriffen wird, sondern konstitutiv verhandelt wird für ein Intakt-Sein von Männlichkeits- oder Weiblichkeits-Vorstellungen.

Das soziale Umfeld ist Teil des psychiatrischen Diskurses in funktionaler Hinsicht. Beispielsweise hat Michel Foucault die Rolle der Familie folgendermaßen beschrieben: „Das Auge der Familien ist zum psychiatrischen Blick geworden oder jedenfalls zum psychopathologischen Blick, zum psychologischen Blick. Die Überwachung des Kindes ist eine Überwachung in Form einer Entscheidung über das Normale und das Anormale geworden“ (Foucault 2015: 182). Die Funktion der Familie in einem psychiatrischen Gesundheitssystem ist die Vermittlungsrolle, in einer Art, die ich zuvor mit dem Begriff des Katalysators versucht habe zu beschreiben. Eichinger diskutiert den Aspekt der Familie in Sinne einer Trennung zwischen Jung und Alt. Dabei ist es die Hinwendung in Folge eines Hilfeschreis, wozu sie die Vermutung äußert, dass dies bei Jüngeren eher geschieht, durch die Erwartungen an die Institution Elternschaft, die eher „appellativ anfrag- oder anklagbar ist“ (Eichinger 2010: 197). Was Foucault, wie auch Eichinger hier jedoch nicht berücksichtigen, ist die geschlechtsspezifische ‚Normalität‘ in Bezug auf Familie und Alter. Der Aspekt Familie und die Zuweisung der Funktion von Ehe-bzw. Beziehungspartner*innen muss kritisch im Auge behalten werden. Der Umstand, dass Männern das Fehlen eines „protektiven Faktors“ sowie die Konsequenz einer (suizidalen) Krise zugeschrieben wird, wenn die Beziehung beendet wird, erinnert an ein historisches Narrativ, das bereits von Hintermayr kritisch beleuchtet wurde: Deviantes Verhalten zu einer vorgeschriebenen Geschlechterrolle, wie etwa das Ideal der Kernfamilie, wurde hinsichtlich dessen kritisiert, dass Menschen (vor allem Frauen, die sich scheiden ließen) egoistisch und rücksichtslos gegenüber dem sozialen Umfeld handeln würden. Das Entsprechen eines bürgerlichen Ideals in Form der Kernfamilie bewahre das gesellschaftliche Gleichgewicht (Hintermayr 2018: 421-422). Hier zeigt es, dass es überwiegend im Zuge der Deutung von Suizidgefährdung und Männlichkeit eine diskursive Verknüpfung stattfindet. Auch zeigten sich in Ringels Fallberichten, „dass das Geschlechterwissen im Zentrum der kulturellen Skripte um suizidales Handeln stand. Folgerichtig wurde in der Prävention und Therapie darauf hingearbeitet, dass die Abweichungen von den idealen Geschlechterrollen korrigiert und eine Annäherung an die heteronormative Matrix stattfand“ (ebd. 2018: 385). Hier gilt es in der gegenwärtigen Suizidprävention vorsichtig zu sein.

Im Sinne des Umganges mit einer Sozietät entsteht aber auch der Eindruck, dass Beschämung, oder ein „protektiver Faktor“, wie Familie, nur für Männer relevant erscheinen können, wohingegen sozialer Austausch bei Frauen als selbstverständlich wahrgenommen wird.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass Vulnerabilitäten durch Geschlecht hindurch unterschiedlich (un-)sichtbar gemacht werden. Der Grad der Gefährdung, mit dem ein

Maß einer (Selbst-)Verletzlichkeit konstruiert wird, erscheint zuerst in Form von statistischer, geschlechtsspezifischer Wahrscheinlichkeit und, in einem weiteren Schritt, als Deutung der Geschlechterdifferenz im Umgang mit suizidpräventiven Institutionen. Weiters, in den Praktiken des sozialen Netzwerkes und institutionalisierter Beziehungsformen. Ersteres stützt Letzteres, Letzteres erklärt Ersteres. Die Analyse zeigt eine Wechselwirkung, die ein ‚Sehen‘ von Geschlecht gemeinsam mit Lebensalter und absoluten Todeszahlen normiert. Zusätzlich, das ‚richtige Deuten‘ der gesellschaftlichen Ursachen und Konsequenzen dieser Statistik wird angeleitet. Soziokulturelle bedingte Deutungsmuster erscheinen auch in der Unterstreichung der Verletzlichkeit von Männlichkeit, im Zuge eines Endes einer Partner*innenschaft, bzw. zur Überhöhung und Abgrenzung von Männergruppen, die als „anders sozialisiert als wir“ (E. Ettner) kulturell markiert werden. Die Thematisierung des Generationenwechsels erfolgt dagegen kulturell unmarkiert und einheitlich für die Gruppen Männer und Frauen. Wahrgenommenes Gesprächsverhalten, affektive Dimensionen, oder auch körperliches Wohlbefinden werden bezüglich eines Altersunterschiedes angesprochen. Andere Merkmale innerhalb der gleichen Alters- und Geschlechtergruppe werden nicht für Erklärungen herangezogen, wie zum Beispiel habituelle Wahrnehmungen einer Milieuzugehörigkeit im Sinne eines Bildungsgrades²⁰. Damit ist hier nicht ausgesagt, dass es nicht stattfindet. Es soll nur herausgestrichen werden, welche Verknüpfungen welcher wahrgenommenen Merkmale und demographischer Kategorien durch die ‚Linse‘ Geschlecht diskursiv verwoben werden und damit andere Möglichkeiten von Erscheinungs- und Anerkennungsweisen suizidaler Subjekte verdecken können.

4.4. Indizieren von Suizidalität

Erkennen von Suizidalität ist auch davon abhängig, welche Erkenntnismethoden angewandt werden. Damit ist Wissen angesprochen, das in einem wissenschaftlichen Diskurs zirkuliert, wechselwirkend auch Wissenspraktiken in der alltäglichen Arbeit der Expert*innen. Diese zwei Bereiche sind in den Gesprächen fließend und uneindeutig erschienen. Durch diese Perspektive ist nicht nur analytisch zu fragen, was unter Suizidalität verstanden wird und welche Indizes darauf hinweisen, sondern auch wie ein Fragen nach den Hinweisen stattfinden muss, damit sie gefunden werden können. Hier geht es also um die Sprechpraxis der Diagnose und Pathogenese

²⁰ Damit möchte ich nicht ausdrücken, dass der Bildungsgrad die einzige relevante Kategorie ist, die thematisiert werden könnte. So finden sich in der Diskurstradition zu Suizid etwa die Verknüpfung von religiöser Konfessionszugehörigkeit, Geschlecht und Suizidtode (vgl. Durkheim 2017), oder auch Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Raum (vgl. Leidinger 2012).

der von mir Befragten. Dieses Kapitel kann diese Thematiken nur oberflächlich behandeln, aber es soll andeuten, welche Definitionen und Erkennungsschemata vorzufinden sind und welche geschlechtlichen Implikationen das Sprechen begleitet. Damit sind Grundlagen des „suizidalen Skriptes“ (Cover 2016), also der Erzählung von Suizidalität angesprochen

4.4.1. Definieren von Suizidalität

Suizidalität ist ein biegsamer Begriff, je nach Disziplin, Ort und Zeit wird er unterschiedlich definiert und mit diversen Nuancen versehen (Silverman 2011). Trotzdem verwenden die interviewten Personen Definitionen von Suizidalität, um sagen zu können, unter welchen Umständen sie bei einem Menschen eine Neigung zum Suizid sehen. Die Definition erfolgt auf mehreren Ebenen, die hier nachvollzogen werden.

„Ich verstehe unter dem Begriff Suizidalität ähm die, jene Situation wenn ein Mensch für sich entscheidet, da kommt man schon ein bisschen in die Begriffsschwierigkeit, ähm nach der WHO ist es bewusst oder unbewusst den eigenen Tod in Kauf zu nehmen, weil die Lebenssituation so ist, dass man momentan das Gefühl hat so nicht weiterleben zu können. Ich äh, das mit dem unbewusst in ein bisschen eine schwammige Angelegenheit, aber gehen tut's darum, dass man in Kauf nimmt sozusagen, dass das eigene Leben beendet wird“ (C.Cramer: Z. 4-10).

Die bewusste Wahrnehmung einer fehlenden Lebens-Alternative ist ein wichtiges Kriterium für ein Sprechen von Suizidalität. Suizidalität wird damit auch durch die qualitative Bewertung von Lebensweisen sichtbar. Als „schwammige Angelegenheit“ zeigt eine Deutung von Seiten der Expertise. Die Sprechposition der Definition wird von Überlebenden, bzw. Nicht-Betroffenen auf Personen angewendet. Es ist die Gewichtung, die eine mehr oder weniger bewusste Intention in die Definition als notwendig erachtet, um Suizidalität erkennen zu können. Diese Intention muss für ein eindeutiges Erkennen artikulierbar sein. Die Neigung, dass das Leben nicht erhalten bleiben soll, ist bereits eine Neigung zum Suizid ²¹. Die Beeinflussung dieser Wahrnehmung ist ein weiterer Aspekt, mit dem der Hergang einer Todesneigung besprochen wird. Die Entscheidung hin zum Suizid wird als Irrtum gewertet. Irrtum daher, da eine Krankheit der Suizidhandlung zugrunde gelegt wird:

„Ich versteh darunter die (3) ich verstehe darunter das, was man auch als Definition darunter verwendet. also die Tendenz eines kranken Menschen, sein Leben aktiv zu beenden. [...] [D]ie Handlung eines unter irgendeiner Form von Krankheit leidenden Menschen, der aus Irrtum, letztlich aus einer Form des Irrtums heraus, sich selbst das Leben nimmt. Oder nehmen will“ (B. Baal: Z. 6-7, 19-20).

²¹ Interessant ist, dass Cramer die Formulierung „dass man in Kauf nimmt sozusagen, dass das eigene Leben beendet wird“ wählt. Damit ist keine Selbsttötung angesprochen, sondern ein Nicht-Verhindern von Sterben. Streng gesehen, müssen alle Menschen in Kauf nehmen, dass ihr Leben endet, die Frage ist nur *wann* und, soziokulturell bedingt, gibt es auch die Möglichkeit zu bestimmen *wie*.

Dies impliziert, dass ein ‚gesunder‘ Mensch nicht auf die Idee kommt, dass Suizid eine Lösung für ein Problem ist. Hier ist nur die Frage, ob ein Dualismus der Bedeutung von Krankheit angewandt wird, also ein Fehlen von Krankheit automatisch Gesundheit bedeutet. Mit einer Verknüpfung von Suizidabsichten und Krankheit steht im Raum, dass eine Krankheit in den Zuständigkeitsbereich eines Gesundheitswesens fallen kann, oder zumindest dort Expertise vorhanden ist. Dazu ist aber auch wichtig, aus welchem disziplinären Feld heraus eine Definition zu Suizidalität passiert und welcher Disziplin mehr Definitionshoheit zugesprochen wird. Die behandelnde Expertise wird, wie mehrmals erwähnt, in vielen Fällen einem psychologisch, psychiatrisch gebildeten Personal zugesprochen. Dies positioniert nach Krankheiten im Wahrnehmungsfeld, auch bei Personen, die keine psychologisch, psychiatrische Bildung innehaben: *„Ich mein‘ man muss auch wissen, dass es eben, oder wissen, dass es, ich glaube schon 90 Prozent der Fälle ähm wo Suizidgedanken, eben schon eine längere psychische Erkrankung Zugrunde liegt“* (A. Annleitner: Z. 362-364). In den vorigen Kapiteln wurde thematisiert, dass bei der Gruppe „alte Männer“ Fähigkeiten der selbstständigen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems fehlen würden, somit sozialen Netzwerken als Vermittlungsinstanzen eine ausschlaggebende Rolle zugesprochen wird. Zusätzlich, dass ein Nichtwissen von ‚richtigen‘ Problemlösungsstrategien, also ein ‚schlechtes Nutzungsverhalten‘ von Gesundheitssystemen, vermehrt bei Männern festgestellt wird. Damit werden Männern dann auch mit einer ‚geringeren‘ oder anderen Variation an soziokulturellen ‚Repertoire‘²² dargestellt.

Krankheit wird als Etwas gesehen, das die Möglichkeiten der freien Entscheidung einschränkt, wenn nicht sogar komplett tilgt. Boris Baal schildert eine Definition von Aspekten der Suizidalität folgendermaßen: *„Freitod aus einer Depression kann kein Freitod sein, in der Depression ist man alles Mögliche, aber eins ist man sicher net‘, frei“* (B. Baal: Z. 82-83). Frauen sind stark mit dem Diagnostizieren von Depressionen assoziiert (BMASGK 2018; Teuber 2011). Wenn eine Norm der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen mehr den Frauen zugerechnet wird, dann ist auch ein Diagnostizieren von Depression öfters möglich. Wenn die Ansicht der fehlenden freien Entscheidungsfähigkeit angewandt wird, dann ist die Abnahme von Entscheidungen und Betreuen von Frauen legitimiert. Dazu parallel wird die Ursache von Suizidalität stark mit einem Vorhanden-Sein von psychischen Krankheiten, wie

²² Der Begriff des Repertoires ist inspiriert von Ann Swidlers Konzeption der Kultur, worin „[c]ulture influences action [...] by shaping a repertoire or ‘tool kit’ of habits, skills, and styles from which people construct ‘strategies of action‘“ (Swidler 1986: 273).

der Depression, erklärt. Wurde diese Verknüpfung von meinen Gesprächspartner*innen nicht geäußert, ist aber die Erfahrung-Frequenz des Kontaktes mit Geschlechtsgruppen ein Hinweis, wie oft Menschen danach beurteilt werden können, ob beispielsweise eine Depression vorliegt oder nicht. Trotzdem wird Suizidalität, in Form von letalen Handlungsfolgen, mehrheitlich Männern zugesprochen. Die Krankheitsursache ist damit nicht entkräftet, jedoch wird durch das sogenannte Nutzungsverhalten der begriffliche Aspekt der Suizidalität unterschiedlich konnotiert. Suizidalität, als Neigung zum Tod, ebnet den Tötungsvollzug und Intention als Begriffsgrundlage (vgl. Jaworski 2014: 20). Die Geschlechterdifferenz, in einem polaren Verständnis, reproduziert Männlichkeit in Verbindung mit Finalität der Handlungsentscheidung und Problemlösung. Suizidversuche bleiben deswegen Versuche, weil eine Handlung nicht letal ist. Wenn die Kontakterfahrung mit Frauen mehr gegeben ist, kann eine Neigung zwar festgestellt werden, aber durch einen Patientinnen-Kontakt können mehr Bezüge zum geführten Leben der Betroffenen ins Wahrnehmungsfeld und Entscheidungen, hinsichtlich der Lebenserhaltung, können *für* die Betroffene umgesetzt werden. Die Begriffstrennung von Suizid und Suizidversuch ist damit auch eine Frage der Zugänglichkeit und des Betreuungsverhältnisses von Patient*innen und Behandelnden. Die Geschlechtstrennung provoziert aber auch die Trennung der Begrifflichkeit, gleichzeitig ist mit der Erhöhten Aufmerksamkeit der Erreichbarkeit von Männern auch der Begriff des Suizidversuches für eine Verschiebung begriffen. Wenn die Strategie aufgeht, dass zukünftig mehr Männer erreicht werden, müsste ich sich auch die Deutung vom Suizidverhalten als ‚weibliches‘ Phänomen verschieben. Da jedoch eine quantitative Ausrichtung der Phänomen-Beurteilung stattfindet, bleibt die Unterscheidung erhalten, egal wie sich die Fallzahlen verändern.

4.4.2. Gefährdungshierarchie

Ein Ordnen von Suizidgefährdungstendenzen drückt sich in einer hierarchischen Art und Weise aus. Hierarchisch deswegen, da eine Rangfolge besteht welche Kriterien dafürsprechen, dass höhere ‚Alarmbereitschaft‘ besteht und Behandlungsmaßnahmen dringlicher erscheinen. Damit ist gemeint, dass die Deutung von Risiko und Gefährdung diskursiv in einer geschlechtlich unterteilten Reihenfolge passiert. Die entspricht einem Ordnungsprinzip: Geschlecht, Alter, Beziehungsstatus und körperliche Gesundheit. Das erste Teilungskriterium ist Geschlecht: mehr Männer vollziehen einen Suizid als Frauen. Dann Alter: alte Männer sind gefährdeter als junge. Dann Beziehungsstatus: besonders alleinstehende alte Männer. Ganz oben auf der Dringlichkeits-Skala erscheint dann folgende Position: *„Also wenn Sie einen alten,*

vereinsamen, chronisch schmerzgeplagten Mann dasitzen haben, dann ist Alarmstufe Dunkelrot“ (E. Ettner: Z. 442-443). Damit erscheinen Frauen und nicht-binäre Geschlechtspositionen nachgereiht. Wie die konkrete Umsetzung im Einzelfall passiert, ist dann wieder empirisch anhand der Subjektivierungsweisen zu prüfen. Jedoch erscheinen sie als Position im Diskurs marginalisiert. Reziprok wird der Begriff der Suizidalität wieder mit Männlichkeit verknüpft, da diese im Sinne der Letalität mehr in den Blick geraten.

Zu Suizidversuchen gibt es keine Daten, die als gesichert gelten. Dies spricht Cramer an, als er zu bedenken gibt, ob und inwiefern Suizidversuche zu quantifizieren sind (siehe dazu auch BMASGK 2019: 18). Damit ist Suizid in einer deskriptiven Form den Suizidversuchen ‚überlegen‘, wenn Statistikwissen hohe Relevanz beigemessen wird²³.

Die hier zusätzlich aufgeworfene Frage ist, wie Suizidversuch gewichtet wird. Die Gefährdungshierarchie ist an eine Wahrscheinlichkeit des Suizidvollzugs gebunden, die vor Allem durch Statistik-Kenntnisse geprägt sind, trotzdem ist es aber zusätzlich eine Ordnung, die durch die Wahl dieses Ordnungsschemas vorgenommen wird. Eine offene Frage bleibt auch die distinkte Zuschreibung von Nutzungsverhalten und Suizidversuchen: Frauen werden mehr Suizidversuche zugeschrieben, aber auch eine höhere Besucherinnen- und Nutzungsfrequenz vom Gesundheitssystem. Ist es der Suizidversuch, der sie in den Kontakt mit dem Gesundheitssystem bringt, oder bezieht sich die Aussage auf eine allgemeine Lebensweise? Wenn Letzteres zutrifft, ist zu bedenken, dass, trotz vermehrtem Zugang zu Gesundheits- und Präventionseinrichtungen, die Suizidversuchsraten von Frauen als hoch verzeichnet werden. Daher gilt es die Aussage des „protektiven Faktors“ genau zu überdenken, denn es ist zweifelhaft, ob von Protektion sinnvoll die Rede sein kann, wenn Selbstgefährdung bei Frauen ein oft wahrgenommenes Phänomen darstellt. Die Verknüpfung von „protektiver Faktor“ lässt nämlich die Gruppe der Frauen als weniger beachtenswert, bzw. auch als Ideal-Modell diskursiv weiterbestehen. Damit einhergehend ist auch eine Norm in die Subjektpositionierung von Frauen eingeschrieben: Die Anforderung eines Aufrechterhaltens des sozialen Netzwerkes und die *compliance* mit dem Gesundheitssystem gilt einerseits als weibliches Verhalten. Wird dies nicht eingehalten wird der eigene „Schutz“ aufs Spiel gesetzt. Protektion bedeutet dann auch, dass eine Gesellschaft sich mit weiblicher Suizidalität weniger auseinandersetzen muss, solange sie den Normen, die diesen Schutz aufrechterhalten, folgen. Wer diesen „protektiven Faktor“ nicht zugesprochen bekommt, kann ihn auch nicht durch deviantes Verhalten ‚verlieren‘. Zusätzlich zeigt sich darin aber auch, wie Schutz zu einer Individual- oder

²³ Im Suizidbericht des Bundesministeriums ist Suizid in Österreich durch Diagramme und Beschreibungen markanter Zusammenhänge geschildert. Das Kapitel zu Suizidversuch umfasst hingegen graphiklos zehn Zeilen.

Gesellschaftsaufgabe interpretiert wird, Notwendigkeiten einer Fürsorge mit männlichen suizidalen Subjekten unterstrichen werden. Quantitativ kleinere Kollektive haben durch die Deutung durch eine geschlechtlich strukturierte Gefährdungshierarchie das Nachsehen.

Der Begriff der Gefährdung wird also für die Positionierung different konstruiert. Hier kommt wieder die Denkweise der Statistik ins Spiel: Die paradigmatische Wende des Diagnostizierens, die eine Pathologie und -genese anhand von Entsprechen und Abweichen von Idealtypen eines Krankheitsbildes einführte. Das Aufkommen der quantifizierenden Methoden in der Medizin, wie auch Psychologie und Psychiatrie, wird dafür verantwortlich gemacht, dass es Normwerte sind, die ein Ordnen der Symptome anleiten (vgl. Fangerau/Martin 2011: 52-53). Die Gefährdungseinschätzungen und die Zuordnung zu Risikogruppen folgen diesem Schema. „Alte, vereinsamte Männer“ entspricht einem Idealtyp der höchsten Wahrscheinlichkeit, an dem sich die Zuordnung und Vergleich von Menschengruppen orientiert. Geschlechterwissen strukturiert diese Idealtypen, indem erstens Suizidversuchen andere Wertigkeit zugesprochen wird und gendervariantes suizidales Verhalten marginal im Diskurs Platz findet.

4.4.3. Raster des Indizierens

An dieser Stelle soll kurz ein weiterer Faktor des Erkennens von Suizidalität angesprochen werden: Mit welchen Kriterien ist wird Suizidgefährdung überhaupt erkannt? Wie zuvor bereits erwähnt, vergangene Ereignisse werden für dieses Einschätzen unerlässlich. Ob die Obduktion immer vollständig und fehlerfrei von statten gegangen ist, wird nicht gefragt oder in Kauf genommen, um Aussagen zu machen, bei welchen Personengruppen eine erhöhte Aufmerksamkeit bezüglich der Suizidgefährdung besteht, oder bestehen sollte. Ettner hat diesbezüglich eine Liste zur Verfügung gestellt, um mir im Gespräch zu erklären, welche Risikogruppen besonders mit Suizid in Verbindung gebracht werden: *„Depressive und psychisch Kranke; Süchtige; Menschen mit vorausgegangenen Suizidhandlungen; nach Suizidankündigungen; alte und vereinsamte Menschen; Menschen mit Ehe- und Lebenskrisen; Angehörige von Suizidenten; allgemein: soziale Desintegration“* (Thomas Giernalczyk nach E. Ettner). Diese Liste ist geschlechtsneutral formuliert, trotzdem ergeben sich genderspezifische Implikationen, besonders in Bezug der Anwendungen von Wissen und Örtlichkeiten.

Frauen wird ein Eingebunden-Sein in soziale Beziehungen zugesprochen sowie das „frühere“ Beanspruchen von Hilfs-Angeboten. Die Möglichkeit einer Vereinsamung wird bei Frauen auch weniger thematisiert, als bei Männern. Damit soll hier nicht ausgesagt werden, dass diese Erkennungs-Liste bei den Gesprächen in den Institutionen automatisch zu einer geschlechtlichen Einordnung führt, sondern es ist von Interesse, dass die Risikogruppen

geschlechtlich als weiblich oder männlich zu assoziieren sind, also in ihrer Repräsentation gegendert besprochen werden. Dies kann als Resultat, durch das Bestehens einer Liste von Risikogruppen, interpretiert werden. Durch die Auflistung sind spezifische Vergleiche und Zuordnungen anhand den statistischen Normwerten eher zu verstehen, als wenn es diesen Maßstab der Gruppen-Benennungen gar nicht gäbe. Wissen zu Umgang mit Personengruppen ist unterschiedlich besprochen: Durch die „Abwesenheit“ von Männern wird Vereinsamung, Ehe- und Lebenskrisen, oder soziale Desintegration genderdifferent behandelt für die Risikoeinschätzung. Dazu ist ein Wissen, wie etwa die Suizidrate und Fragen nach Gründen des fehlenden Kontaktes, ebenfalls geschlechtsgetrennt, denn bei nicht männlichen Geschlechtergruppen stellt sich die Frage gar nicht.

Dies ist auch für die Diagnosekriterien für die Risikogruppe „Depressive und psychisch Kranke“ zu beachten. Einerseits wird psychischen Krankheiten die Rolle der Ursache von suizidalen Verhalten zugeschrieben, andererseits werden Symptome geschlechtsspezifisch für die Diagnose besprochen. Colin Cramer erwähnt dies für die Diagnose von Depression:

„Das Klassische bei der Depression ist ja dieses, mm, diese Stimmung des Bedrückt-Seins, keine Freude mehr an Etwas zu haben, lustlos zu sein, keine Perspektive im Leben zu haben, ständig deprimiert und niedergeschlagen, sich zu Nix mehr aufraffen zu können, nix mehr weiterzubringen, eben und Schlafstörungen, Appetitstörungen. Bei Männern ist oft die Stimmung mmm eher so, wie wir das nennen, dysphorisch, oft ein biss'l gereizt, manchmal mit Aggression verbunden und dann is 'no' schwieriger. Erst einmal reden's net so gern d'rüber die Männer und dann ist es auch ein bisschen anders gelagert von der Stimmung her, und man muss halt genau nachfragen und, äh erheben was es da an Symptomatiken gibt und das macht's schwierig. Und das größte Problem ist natürlich, dass Menschen sich einmal Hilfe holen und darüber reden, dass es ihnen schlecht geht“ (C. Cramer: Z. 119-128).

In dieser Erzählung findet sich Heranziehen von Wissen zu Frauen²⁴ als Maßstab für die Explikation von Symptomen und Verhalten von Männern. Passives, affektionsloses Verhalten wird in Kontrast zu emotionaler Aggression gestellt. Auch wird wieder die Herangehensweise, also ein Besuch von Institutionen, problematisiert. Dazu werden Arbeitserfahrung mit Diagnosekriterien in Einklang gezeigt, jedoch wird die Praxis der Typisierung verschleiert. Auffällig ist aber an dieser Stelle die Unterscheidung der Deutung von Symptomatiken. Damit sind unterschiedliche Erscheinungs-Rahmen für Deutungen von depressivem Verhalten sowie Zuordnungen von Symptomen angesprochen. Dies hat große Auswirkungen auf die Wahrnehmung von der Risikogruppe „Depressive und psychisch Kranke“, da die Aussage von Cramer suggeriert, dass bei Depression ein geschlechtsspezifischer Habitus erwartet wird und

²⁴ Da bis zu diesem Zeitpunkt des Gesprächs mit C. Cramer Geschlechtervielfalt kein Thema war, interpretiere ich die von Cramer erwähnte Symptom-Norm als weiblich, bzw. Frauen zugeordnet.

damit unterschiedliche Probleme für die Einschätzung von Suizidgefährdung und dessen Umgang erwachsen. Nadine Teuber macht genau auf diesen Aspekt der Symptom-Interpretation von Depression aufmerksam. Einerseits ist verständlich, dass darum bemüht wird Unterdiagnosen bei Männern zu vermeiden (vgl. BMASGK 2018:8), andererseits zeigt sich hier wie durch geschlechtlich geordneter Typisierung die Materialisierung und die Verkörperung von Depression reguliert wird – genderspezifischer Habitus macht die Diagnose möglich, gleichzeitig bekommt Depression ein Geschlecht (Teuber 2011). Zusätzlich verhärten sich damit auch die geschlechtsdifferenten Positionen im Sinne einer Risikoeinschätzung. Hier zeigt sich die Aktualisierung des Geschlechterwissens in Form von der Rahmung der Subjektposition.

Cramer gibt damit auch einen Hinweis welche wichtige Stellung Gesprächsführung als Medium des Indizierens einnimmt. Ettner bringt dies auf den Punkt: *„[A]lso wir Psychiater sind die letzten Mohikaner der Medizin, wir haben kein Labor wir haben kein CD kein MR, wir müssen durch unsere Sinneswahrnehmung und durch unser Explorieren, also unser Reden mit den Patienten unsere Diagnosen stellen“* (E. Ettner: Z. 359-362). Dementsprechend ist die Thematisierung des fehlenden Beanspruchens von Hilfs-Einrichtungen und die wahrgenommene Schwierigkeit von *„Erst einmal reden's net so gern d'rüber“* unter diesem Aspekt erst nachvollziehbar.

Die Zuschreibung von Gesprächsverhalten in den Institutionen ist dahingehend interessant, ob bei Frauen oder Trans*personen bei zurückhaltender Gesprächsbereitschaft ebenfalls der Gedanke, im Sinne *„Bei dieser Frau/Trans*person ist das halt so“*, entsteht, oder es schneller zu pathologisierenden Rahmungen kommt. Dies birgt eine doppelte Konsequenz: die Möglichkeit der schnelleren Pathologisierung bzw. Diagnostizierung von Frauen und Trans*, was stigmatisierend aber auch lebensrettend wirken kann (vgl. Eichinger 2010: 187). Jedoch sind nicht nur Entsprechungen von Männlichkeits-Idealen ein Nachteil in diesem Szenario. Für Personen, die sich schwer tun der Diagnose- und Behandlungsmethode (Gesprächsführung) zu entsprechen und wo andere Methoden mehr Erfolg versprechen würden, wie Interaktionsformen, worin Sprache nicht das Haupt-Medium darstellt, werden hier ebenso benachteiligt. Der lineare Schluss zwischen Männlichkeit und Gesprächsführung verdeckt auch diesen Umstand. Die Subjektpositionierung mit den erwartbaren Verhalten und -anforderungen wird durch das Geschlechterwissen reguliert, erschwert aber andere Handlungsentwürfe. Hier zeigt sich, dass das Instrument und die Praxis des Indizierens eng verknüpft ist an Anforderungen an etwaige Patient*innen. Das Alltagswissen, dass Geschlechtergruppen unterschiedliches Gesprächsverhalten zeigen, lässt die Adressierung als suizidale Subjekte

unterschiedlich ausfallen. Erwartungen der Inanspruchnahme und Gestaltung von Sprechräumen, werden geschlechtsspezifisch bewertet, wodurch die genderdifferente Ansprache reproduziert wird. Andere Instrumente erfordern auch andere *compliance*. Im Fall der Gesprächsführung wird die Effektivität des Instruments höher bei Frauen eingeschätzt, bei Männern niedriger und bei Trans*personen wurde keine Einschätzung geäußert. Diese kategorisierende Einschätzung ist in der Subjektposition des suizidalen Subjektes sichtbar. Innerhalb dieser Rahmungen können die geschlechtlichen suizidalen Subjekte in Erscheinung treten, die gleichzeitig in ihrer (fehlenden) Entsprechung das Geschlecht des suizidalen Subjektes wieder bestätigen.

5. Schluss

Im Zuge dieser Arbeit wurde Suizidprävention von Seiten der Professionellen genauer unter die Lupe genommen. Ausgangspunkt, war der Umgang mit Geschlecht im Suiziddiskurs und die Verwobenheit mit der Suizidprävention in Wien. Ziel war es geschlechtsbedingte Deutungsprozesse innerhalb der professionalisierten sekundären Suizidprävention in Wien zu rekonstruieren. Geschlecht wurde hierin als vielfältig, prozesshaft und entgegen eines Zweigeschlechtermodells betont. Die zugrundeliegende Frage war, wie Geschlecht bezüglich der Reartikulation von Suizidgefährdung, somit der Platzzuweisung des suizidalen Subjekt dient; gleichzeitig welches Geschlechterwissen dadurch reproduziert wird.

Als theoretische und methodologische Grundlage wurde eine wissenssoziologische und diskurstheoretische Perspektive gewählt. Besonders der Diskursbegriff von Reiner Keller, der Macht-Wissen-Differenz-Komplexes von Stuart Hall sowie Judith Butlers diskurstheoretische Anwendung von Performativität und Gender als machtvoller Apparat, nehmen zentrale Stellen ein. Subjekt und Subjektivität wurden nicht als singuläre Handlung und Person verstanden, sondern, Werner Schneider folgend, pluralisiert und durch kontextspezifische Anerkennung von Authentizität als solches überhaupt erkennbar. Es erfolgte eine Konzentration auf Subjektivierungsprozesse, genauer auf Subjektpositionen, als qualitativer Rahmen, als Angebote für Identifikation und ‚authentischen‘ Seins-Weisen. In den Blick genommen wurden sogenannte Gatekeeper als Tätige, die durch Beratung, Vermittlung und Suggestion maßgeblich dazu beitragen, dass eine Zuordnung als suizidales Subjekt performativ erfolgt. Diese Gatekeeper wurden, nach Saša Bosančić, als Subjektivierungsinstanzen konzipiert, als Gruppe von sozialen Akteur*innen, die die diskursiv entstandenen Anforderungen prozessieren und an die Klient*innen und Patient*innen herantragen.

Die Daten wurden durch Expert*inneninterviews in Organisationen sekundärer Suizidprävention eigenhändig generiert. Für die Analyse wurde die Wissenssoziologische Diskursanalyse nach Reiner Keller herangezogen, indem im Analyseprozess Phänomenstruktur, Deutungsmuster und -typisierungen sowie Narrative, als Kodierparadigma und im Zuge der sequentiellen Feinanalyse, herausgearbeitet wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass anhand der Benennung von Männlichkeit, Weiblichkeit und Trans*identität, Gruppen unterschiedliche Erscheinungspositionen im Suizidpräventionsdiskurs zugewiesen bekommen. Alter und Beziehungsstatus wirken dabei weiter ausdifferenzierend, wobei der allgemein gehaltenen Gruppe „Männer“ als unerreichte, „gefährdetste“ Gruppe viel Raum zugewiesen wird. Anders formuliert, der „alte einsame Mann“ gilt als Superlativ der negativ bewerteten Subjektposition, als antagonistisch erzählt in Relation zu weiblicher *compliance* als Norm-Modell. Diese Gegenüberstellung wird durch ein dichotom strukturiertes und strukturierendes Geschlechterwissen praktiziert. Im Bereich des Gesundheitswesens und der Suizidprävention werden soziokulturelle Skripte zu Männlichkeit für Erklärungsweisen von Zugangshürden und fehlender Kompatibilität mit Maßnahmen der Behandlung herangezogen, schreiben sich also in das Suizid-Skript ein. Katrina Jaworski hat zu Suizid mit dem Begriff des „twin gender movement“ (Jaworski 2014: 16) die männliche Norm und die Gender-Markierung von Frauen kritisiert. Hier in dieser Arbeit stellt sich das vermeintlich umgekehrt dar: Handlungsentwürfe der weiblichen Subjektposition, die, anstatt Suizid zu begehen, in folgender Weise dargestellt werden: als hilfesuchend, sich unter die Verantwortung von Interventionsinstanzen stellend und anwendend von Selbsttechniken zur Selbstanimation, um sich in den Bereich der Suizidprävention zu begeben. Zusätzlich, des sich Kümmerns um sich, aber auch um Andere, als Pflege des sozialen Netzwerks. Dies wird als selbstverständliche Norm herangezogen, wodurch Männlichkeit für die suizidale Subjektposition in Form von Devianz und Widerständigkeit zum Gesundheitssystem erst sichtbar werden kann. Vermeintlich ist diese Umkehr deswegen, da sie nur unter der Prämisse der Zweigeschlechter-Erzählung dieses Zwei-Seiten-Schema Suizid/Suizidprävention angenommen werden kann. Durch Ausschluss von nicht-binären Gender, kann das *suicidal script* (Cover 2016) in dieser Art und Weise aufrechterhalten werden. Erklärungsweisen der Gender-Disparität und Positionierungen als *bad* und *good users* des Gesundheitssystems stützen sich durch diese dichotome Grenzziehung. Mit Berücksichtigung von Trans*personen und Intergeschlechtlichkeit können sich die stützenden differenzierenden Relationen dieser Erklärungsweisen, seien es soziokulturelle und/oder medizinisch-psychiatrisch-biologische, nicht halten, es kommt dann zur Infragestellung dichotomen Sichtweise. Jedoch wird

Gendervarianz und Uneindeutigkeiten nicht die Existenz abgesprochen, aber die geschlechtliche Selbstverständlichkeiten zur Suizidalität nicht zuerkannt. Hier erscheint Geschlecht als markierte Identität zu der es spezifische Expertise benötigt, oder das im endokrinologischen oder genetischen Diskurs wieder in zweigeschlechtlicher Form zu behandeln ist. Dieser Aspekt des „twin gender movement“ ist aber nur durch die epistemologische und methodologische Position möglich, die Gender als konstituierenden Apparat heranzieht, der Macht-Wissen-Differenz bezüglich Suizidalität reproduziert.

Dies betrifft auch die Ergebnisse von Eichinger. Durch Geschlecht hindurch wurde sichtbar, dass Geschlechterwissen Begriffe, wie Krise, Belastung und Gefahr, in alternierender Weise konnotiert, sodass die Geschlechtspositionen in Form einer hierarchischen Gefährdungs- und Dringlichkeitsordnung als solche in Erscheinung treten können. Wurde dies bereits im Zuge der Depression erkannt, ist dies in der Verknüpfung mit Einschätzung von Suizidalität als Symptom von depressiven Erkrankungen in der Praxis im Wissens- und Handlungsrepertoire bisher nicht deutlich geworden. Darüber hinaus zeigte sich, dass Alter nicht getrennt von Geschlecht besprochen werden kann, sondern dass Geschlechterwissen die Verknüpfung mit Alter erst hervorbringt. Für (alte) Frauen wird die ‚geschützte‘, gegen soziale Deprivation beständige Position für die Deutung herangezogen und werden damit kaum in Verbindung mit Gefahr besprochen. Geschlechtervielfalt in der Intersektion nicht berücksichtigt. Gleiches gilt für quantitative Arbeiten zu Suizid, erst die statistische Kategorisierung, die in binärer exklusiver Form weitergeschrieben wird, lässt Alter in Verbindung mit Männlichkeit bedrohlich erscheinen. Daher wurde mit der Performativitäts-Konzeption von Reiner Diaz-Bone ein Augenmerk auf die kognitive Matrix gelegt, die durch die Vormachtstellung statistischer, psychologischer, psychiatrischer Arbeiten im Suiziddiskurs eher weitergetragen wird. Das „Gender Paradox“, wie Canetto und Sakinofski es benannten, oder die ‚Gender Problematik‘ wird dadurch in der Wissensproduktion verfestigt, anstatt gelöst. Das problematisierte suizidale Subjekt erscheint hier besonders anhand der statistisch begründeten Wahrscheinlichkeit. Durch die gegenderte Strukturierung werden Praktiken des Indizierens genderdifferenzierend vollzogen. Als Konsequenz erfolgt die Platzzuweisung innerhalb einer Geschlechtsgruppe tendenziell singular. Dieser Aspekt, der durch statistische Methoden erst hervorgerufen wird, ist in der Literatur nur bedingt besprochen worden. Leidinger, Hintermayr und Eichinger haben davon gesprochen, wie statistische Ergebnisse für die Legitimierung sozialer Geschlechternormen herangezogen wurden. Dass das Geschlechterwissen für die Ausrichtung an und Konzeption von Statistik für Deutungs- und Erklärungsweisen der Gatekeeper der Suizidprävention konstituierend wirkt und, in einem weiteren Schritt,

Geschlecht reproduziert wird, ist nicht besprochen. Daher ist auf eine methodische Variation in der Wissensproduktion zu achten, um die Priorisierung von Statistikwissen auszugleichen, den Raum für nicht-binäres Gender und genderqueeren Lebensweisen zu erweitern und somit dem gesonderten Diskurs zu LGBTQIQ+ eine breitere Bühne zu schaffen.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal die Wichtigkeit des Ergebnisses festhalten, dass geschlechtergetrennte Besprechung von Suizidalität sowie Suizidprävention, auch einen (sprach-)räumlich trennenden Effekt hat. Nicht intendierte Marginalisierungen werden dadurch (re-)produziert, anstatt verhindert. Besonders dann, wenn gesellschaftliche Machtunterschiede herrschen, hinsichtlich dessen wem Sprechpositionen zugewiesen werden, um auf Missstände aufmerksam zu machen. Eine Perspektive, die Geschlecht prozesshafter und vielfältiger konzipiert, als das alltägliche Zweigeschlechtermodell, birgt das Potenzial darauf hinweisen zu können. Das heißt nicht, dass tiefergehende Forschung zu einzelnen Gruppen, oder Situationen unfruchtbar sind, jedoch plädiere ich dafür, dass eine breitere und variante Perspektive im Diskurs nicht in einem Spezialgebiet verortet bleibt.

Eichingers, Hintermayrs und Taylors Aufzeigen der Vormachtstellung des pathologischen Diskursstranges im Suizid- und Suizidpräventionsdiskurs ist auch in dieser Arbeit bestätigt worden. Jedoch hat sich seitdem der Fokus verschoben. Die verstärkte Sichtbarkeit der Subjektposition der „alter, einsamer Mann“ zeigt einen stark zunehmenden diskursiven Raum mit männlichem Zielpublikum. Auch hier wirkt eine Geschlechterdifferenzierung als anleitendes Prinzip: Die Verantwortung der Suizidprävention, in Form von Anpassung gegenüber dem wahrgenommenem, männlichen Verhalten, wird artikuliert. Angebote werden *für* Männer konzipiert, da diese sich gegenüber den aktivierenden Imperativen eines Gesundheitssystem widerständig zeigen. Dies ist gegenüber Frauen so nicht vorgefunden worden. Weibliche suizidale Subjektposition wird gesetzt in Form der, von Eichinger benannten, Selbstaktivierungsnorm. Das heißt sie nimmt diese Position ‚von selbst‘ ein. Auch wurde diese Verantwortung und Dringlichkeit der Maßnahmenanpassung gegenüber den potenziell suizidgefährdeten Trans* und Inter*personen nicht thematisiert. Trans* und intergeschlechtliche Personen scheinen in dem untersuchten Diskursfeld kein Zielpublikum zu sein. Dass diese Haltung, diesen Umstand auch nicht ändern wird, demnach Arbeitserfahrung mit gendervarianten Personen eine Seltenheit bleiben wird, oder sich Trans*personen an das Gender-Ideal habituell anpassen könnten, ist demnach auch diskursiv nachgereiht.

Ein weiterer Aspekt ist die große Relevanzzuschreibung vom sozialen Umfeld, wobei gegendert wird, für wen Sozietät in welcher Weise eine Relevanz hat. Auch dieser durch Geschlechterwissen geprägter Aspekt in Intersektion mit Alter, ist so nicht beachtet worden.

Die Zuschreibung, dass besonders für alte Männer das Fehlen einer Familie fatal ist und eine Trennung krisenhafte und suizidale Konsequenzen nach sich zieht. Dabei wird das Bild, das Frauen in stützender Position zeigt, wie Hintermayr bereits in historischer Betrachtung kritisierte, weiterhin Platz eingeräumt. Gleichzeitig scheint ungesagt für wen Familie, Ehe oder andere soziale Netzwerke mehr oder weniger „ausreichend“ oder „zufriedenstellend“ wirkt. Dass Sozietät auch für Frauen und Trans* und Inter*personen krisenauslösende Effekte hat, ist in dieser Sicht hintangestellt. Werden bei Männern und Frauen soziale Kontakte als grundlegender Faktor für den Kontakt zur Gesundheitseinrichtungen (besonders im anwachsenden Lebensalter) beschrieben, scheint dies bei Trans*Personen nicht der Fall zu sein. Damit sind Trans*Personen nicht nur in ein anderes Zuständigkeits-Feld marginalisiert verortet, sondern ein Appell an ein soziales Umfeld katalysierend zu wirken, ist auch hier nicht zu vernehmen. Damit ist gemeint, dass einem sozialen Netzwerk ebenfalls eine Vermittlungsrolle für Suizidprävention beigemessen wird. Dies ist für Frauen als ausreichend, für Männer noch ausstehend, aber für *non-binary gender* Personen nicht beachtet.

Die im Rahmen dieser Arbeit angesprochene Aspekte umfassen einen kleinen Anteil des Forschungsfeldes zu Gender und Suizidalität. Daher gibt es zahlreiche offene Fragen und damit auch Möglichkeiten des weiteren Erforschens. Allen voran, gilt es nachzuvollziehen, wie die Adressierten tatsächlich mit den ihnen zugewiesenen Positionen umgehen, das betrifft also das Klientel der Suizidprävention. Erst dann wird sich herausstellen, ob die hier besprochenen Verschiebungen und Potenziale empirisch zu beobachten sind. Weiters gilt es auch diskursive und nicht-diskursive Manifestationen in Form von Dispositiven (Bührmann/Schneider 2008; Keller) zu beachten. Wie werden Diskurse zu Geschlecht und Suizidalität durch Krankheitsgeschichten, Gesetzgebungen, allgemeine Arbeitsanweisungen, Autopsie-Praxis, und Vieles mehr, ermöglicht und reproduziert? Auch wenn es forschungstechnisch schwierig, bis unmöglich sein dürfte die direkte Patient*innen/Klient*innen- Interaktion mit den Beratenden und Behandelnden beizuwohnen, wäre eine Beobachtung nonverbaler Prozesse ebenso wichtig zu berücksichtigen, um, wortwörtlich, Performanz greifbar zu machen.

Ein weiterer Aspekt, der in dieser Arbeit zu wenig berücksichtigt wurde, ist Geschlecht in Intersektion mit Ethnisierungen und Rassifizierungen zu berücksichtigen. Die Erzählweisen und auch die Ergebnisse wirken dahingehend zu verallgemeinernd. Es wäre interessant, einerseits nach den Positionierungen zu fragen, aber auch nach Subjektivierungsweisen. Hier scheint die ethnographisch inspirierte, interpretative Subjektivierungsanalyse (Bosančić 2019) eine mögliche Vorgehensweise darzustellen. In ähnlicher Weise sind die katalysierenden sozialen Netzwerke, insbesondere die Institution Familie, weiterhin zu beachten. In dieser

Arbeit zeigte sich, dass es geschlechtsdifferenzierende Besprechungen des sozialen Umfelds gibt. Auch hier wären Subjektivierungsweisen von Interesse, ob und wie ein soziales Umfeld von suizidgefährdeten Menschen diesen „Vermittlungsauftrag“ gestalten.

Ungewissheiten zu Suizid wurden in dieser Arbeit nicht geschmälert. Jedoch habe ich die Gewissheit, dass Suizid und Suizidprävention auch weiterhin Gebiete der Faszination darstellen werden. In dem Sinne, um Thomas Machos These einer suizidfaszinierten Kultur zu folgen, wird Sprechen über Suizid nicht verstummen. Auch im wissenschaftlichen Feld bleibt Einiges zu tun, wenn Geschlechtervielfalt ernstgenommen werden soll.

6. Literaturverzeichnis

- Ahrens, Jörn (2007): Ein Tod wider das Gesetz. Überlegungen zu einer Soziologie des Selbstmords. In: Jann E. Schlimme (Hg.): *Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vergewisserungen der Suizidalität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 79–110.
- Baumgartinger, Persson Perry (2017): *Trans Studies. Historische, begriffliche und aktivistische Aspekte*. Wien: Zaglossus.
- Becker-Schmidt, Regina (2011): Feministische Debatten zur Subjektkonstitution. In: Regina Becker-Schmidt und Gudrun-Axeli Knapp (Hg.): *Feministische Theorien zur Einführung*. 5. Aufl., Hamburg: Junius Verlag., S. 126–145.
- Berger, Peter L./ Luckmann, Thomas (1999): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. 16. Aufl., Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag.
- Bosančić, Saša (2019): Die Forschungsperspektive der Interpretativen Subjektivierungsanalyse. In: Alexander Geimer, Steffen Amling und Saša Bosančić (Hg.): *Subjekt und Subjektivierung. Empirische und theoretische Perspektiven auf Subjektivierungsprozesse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 43–64.
- (2016): Zur Untersuchung von Subjektivierungsweisen aus wissenssoziologisch-diskursanalytischer Perspektive. Methodologische Überlegungen. In: Saša Bosančić und Reiner Keller (Hg.): *Perspektiven wissenssoziologischer Diskursforschung. Theorie und Praxis der Diskursforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 95–119.
- Bosančić, Saša/ Pfahl, Lisa/ Traue, Boris (2019): Empirische Subjektivierungsanalyse: Entwicklung des Forschungsfeldes und methodische Maximen der Subjektivierungsforschung. In: Saša Bosančić und Reiner Keller (Hg.): *Diskursive Konstruktionen. Kritik, Materialität und Subjektivierung in der wissenssoziologischen Diskursforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 135–150.
- Bublitz, Hannelore (2011): Differenz und Integration. Zur diskursanalytischen Rekonstruktion der Regelstrukturen sozialer Wirklichkeit. In: Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider und Willy Viehöver (Hg.): *Handbuch soziwalwissenschaftliche Diskursanalyse*.

Band 1: Theorien und Methoden. 3. erw. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 245-282.

Bührmann, Andrea/ Schneider, Werner (2012): *Vom Diskurs zum Dispositiv. Eine Einführung in die Dispositivanalyse.* 2. Aufl., Bielefeld: transcript.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)

(2020): *Sie suchen Anlaufstellen?* URL:

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/anlaufstellen/inhalt> (letzter Zugriff am 02.01.2020).

– (2019): *Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2018.* Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

– (2018): *Gender-Gesundheitsbericht. Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Ergebnisbericht.* Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Butler, Judith (2017a): *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts.* 9. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.

– (2017b): *Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen.* 4. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.

– (1991): *Das Unbehagen der Geschlechter.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Canetto, Silvia Sara/ Sakinofsky, Isaac (1998): The gender paradox in suicide. In: *Suicide and life-threatening behavior* 28/1, S. 1–23.

Charmaz, Kathy (2014): *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis.* 2. Aufl., London, Thousand Oaks und New Dheli: SAGE Publications.

Connell, Raewyn (2015): *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten.* 4. erw. Aufl., Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Cover, Rob (2016): Suicides of the marginalised: cultural approaches to suicide, minorities and relationality. In: *Cultural Studies Review* 22/2, S. 90–113.

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2012): *ICD-10-WHO Version 2013. Kapitel XX: Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y98)*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Bundesministerium für Gesundheit, URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2013/chapter-xx.htm> (Letzter Zugriff am 05.02.2020).
- Diaz-Bone, Rainer (2011): Die Performativität der qualitativen Sozialforschung. In: *Forum: Qualitative Sozialforschung* 12/3, Art. 22.
- Douglas, Jack. D. (1971): The sociological analysis of social meanings of suicide. In: Anthony Giddens (Hg.): *The sociology of suicide. A selection of readings*. London und Totowa: Franc Cass and Company Limited, S. 121-151.
- Durkheim, Émile (2017): *Der Selbstmord*. 14.Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Eichinger, Eva (2010): *Suizidär, suizidal, suizidant. Suizid als pathologisches Phänomen? Diskurs, Genealogie, Analyse*. Wien: Flöcker Verlag.
- Etzersdorfer, Elmar (2012): Über das Gespräch mit suizidalen Menschen, über den Common Sense, Hindernisse und Fallstricke. In: *Suizidprophylaxe* 151. URL: http://www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/04_heft151_2012.pdf (letzter Zugriff am 31.01.2020).
- Fangerau, Heiner/ Martin, Michael (2011): Konzepte von Gesundheit und Krankheit: Die Historizität elementarer Lebenserscheinungen zwischen Qualität und Quantität. In: Willy Viehöver und Peter Wehling (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript Verlag, S. 51-66.
- Fleck, Ludwik (1980): *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Lothar Schäfer und Thomas Schnelle (Hg.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fonds Soziales Wien (2020): *Thema „Suizid“. Einrichtungen zur Intervention bei Suizidgefahr sowie zur Hilfe für betroffene Angehörige*. URL: <https://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/de/10/SearchResults.do?keyword=Suizid&liid=6> (letzter Zugriff am 02.01.2020).

- Foucault, Michel (2016): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. 10.Aufl., Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- (2015): *Die Macht der Psychiatrie. Vorlesungen am Collège de France 1973–1974*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- (2014): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit. Band 1*. 20. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fuchs, Christiane (2018): Queerfeindlichkeit in der Wissenschaft. In: *Forum Wissenschaft* 35/3, S. 23–26.
- Garcia Nuñez, David/ Meier, Christian/ Schaefer, Dirk Johannes (2019): Die Transition des Medizinsystems. Vom Cis-Heterozentrismus zur Affirmation der Geschlechtervarianz. In: Max Nicolai Appenroth und María do Mar Castro Varela (Hg.): *Trans & Care: Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. Bielefeld: transcript, S. 33-54.
- Garcia Nuñez, David/ Nieder, Timo O. (2017): Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie. Konzepte und Behandlungsempfehlungen für Trans*Menschen. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 2017/5, S. 5-13.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020): *Altersstandardisierung*. Bonn: Statistisches Bundesamt, URL:
http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=10215 (Letzter Zugriff am 04.02.2020).
- Haas, Ann P. et.al. (2011): Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. In: *Journal of homosexuality* 58/1, S. 10–51.
- Halberstam, Jack (2018): *Trans*. A quick and quirky account of gender variability*. Oakland: University of California Press.
- Hall, Stuart (2018): *Das verhängnisvolle Dreieck. Rasse, Ethnie, Nation*. Berlin: Suhrkamp.
- Haring, Christian et.al. (2011): *SUPRA. Suizidprävention Austria*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Hark, Sabine (2011): Feministische Theorie - Diskurs - Dekonstruktion. Produktive Verknüpfungen. In: Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider und Willy

- Viehöver (Hg.): *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden*. 3. erw. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 381–400.
- Hintermayr, Michaela M. (2018): *Todernst. Eine Analyse des geschlechtsspezifischen Suiziddiskurses in Österreich (1870 bis 1970)*. Wien: Dissertation an der Universität Wien.
- Hirschauer, Stefan (1992): Hermaphroditen, Homosexuelle und Geschlechtswechsler – Transsexualität als historisches Projekt. In: Friedemann Pfäfflin und Astrid Junge (Hg.): *Geschlechtsumwandlung: Abhandlungen zur Transsexualität*. Stuttgart und New York: Schattauer, S. 55-94.
- Jaworski, Katrina (2014): *The gender of suicide: Knowledge production, theory and suicidology*. Farnham u.a.: Ashgate.
- Kahlert, Heike (2019): Geschlechterwissen: zur Vielfalt epistemischer Perspektiven auf Geschlechterdifferenz und -hierarchie in der sozialen Praxis. In: Beate Kortendiek, Birgit Riegraf und Katja Sabisch (Hg.): *Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 179-189.
- Keller, Reiner (2012): Der menschliche Faktor. Über Akteur(inn)en, Sprecher(inn)en, Subjektpositionen, Subjektivierungsweisen in der Wissenssoziologischen Diskursanalyse. In: Reiner Keller, Werner Schneider und Willy Viehöver (Hg.): *Diskurs - Macht - Subjekt. Theorie und Empirie von Subjektivierung in der Diskursforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 69–108.
- (2011): *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. 4. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- (2006): Wissenssoziologische Diskursanalyse. In: Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider und Willy Viehöver (Hg.): *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden*. 2. akt. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 115–146.
- (2005): *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kral, Michael J./ Links, Paul S./ Bergmanns, Yvonne (2012): Suicide studies and the need for mixed methods research. In: *Journal of Mixed Methods Research* 6/3, S. 236-249.

- Krasmann, Susanne (2007): Gouvernamentalität: Epistemologie, Macht und Subjektivierung. In: Rainer Schützeichel (Hg.): *Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH, S. 281-289.
- Leidinger, Hannes (2012): *Die Bedeutung der SelbstAuslöschung: Aspekte der Suizidproblematik in Österreich von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Zweiten Republik*. Innsbruck, Wien u.a.: Studien-Verlag.
- Lessenich, Stefan (2012): *Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus*. Bielefeld, transcript.
- Lester, David (2012): Culture and suicide. In: Maurizio Pompili (Hg.): *Suicide: A global perspective*. Schardscha: Bentham Science Publishers, S. 9–29.
- Lindner, Reinhard (2012): Aspekte von Depression und Suizidalität bei Männern – Phänomenologie und Erklärungsmodelle. In: *Suizidprophylaxe* 39/3, URL: http://www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/08_heft150_2012.pdf (letzter Zugriff: 04.12.2019).
- Lüders, Christian/ Meuser, Michael (1997): Deutungsmusteranalyse. In: Ronald Hitzler und Anne Honer (Hg.): *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung*. Opladen: Leske + Budrich, S. 57–78.
- Macho, Thomas (2018): *Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne*. 2.Aufl., Berlin: Suhrkamp.
- McDermott, Elizabeth/ Hughes, Elizabeth/ Rawlings, Victoria (2018): Norms and normalisation: Understanding lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth, suicidality and help-seeking. In: *Culture, health & sexuality* 20/2, S. 156–172.
- McNeil, Jay/ Ellis, Sonja J./ Eccles, Fiona J. R. (2017): Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. In: *Psychology of sexual orientation and gender diversity* 4/3, S. 341-353.
- Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Alexander Bogner, Beate Littig und Wolfgang Menz (Hg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71-94.

Plöderl, Martin (2016a): LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle. In: *Psychotherapie-Wissenschaft* 6/2, S. 140–151.

- (2016b): Out in der Schule? Bullying und Suizidrisiko bei LGBTI Jugendlichen. *Suizidprophylaxe* 43, S. 7-13.

Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) (2020): *Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG)*. Wien: Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936> (letzter Zugriff am 09.01.2020).

Sabisch, Katja (2017): Die Denkstilanalyse nach Ludwik Fleck als Methode der qualitativen Sozialforschung – Theorie und Anwendung. In: Forum: *Qualitative Sozialforschung* 18/2, Art. 5, URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2710> (letzter Zugriff am 16.08.2019).

Schneider, Werner (2015): Sterben machen oder Tot machen? Überlegungen zur aktuellen Debatte um Sterbehilfe aus soziologischer Sicht. In: Michael Brand (Hg.): *Sterbehilfe oder Sterbebegleitung?* Freiburg, Basel und Wien: Herder, S. 144–162.

- (2009): Subjektivität und Individualisierung – Reflexiv-moderne Subjektformierung zwischen Handlungsoptionen, -zwängen und institutionellen Zurechnungen. In: Fritz Böhle (Hg.): *Handeln unter Unsicherheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 265–289.

Silverman, Morton M. (2011): Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. In: Rory C. Connor, Stephen Platt und Jacki Gordon (Hg.): *International handbook of suicide prevention. Research, policy, practice*. Chichester, Oxford und Malden: Wiley-Blackwell, S. 9–26.

Sonneck, Gernot/ Kapusta, Nestor/ Tomandl, Gerald/ Voracek, Martin (2016): *Krisenintervention und Suizidverhütung*. 3. akt. Aufl., Wien: Facultas Verlag.

Sonneck, Gernot/ Stein, Claudius/ Voracek, Martin (2002): *Statistisch-epidemiologische Untersuchung zur Suizidproblematik von Männern in Österreich*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

- Statistik Austria (2019): *Gestorbene 2018 nach Todesursachen, Alter, Geschlecht und Bundesländern*. Wien: Statistik Austria Bundesanstalt Statistik Österreich. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html (Letzter Zugriff am 04.02.2019).
- (2012): *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik*. Wien: Statistik Austria Bundesanstalt Statistik Österreich. URL: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html (letzter Zugriff am 28.01.2020).
- Swidler, Ann (1986): Culture in action: Symbols and strategies. In: *American Sociological Review* 51, S. 273-286).
- Taylor, Chloë (2015): Birth of the suicidal subject: Nelly Arcan, Michel Foucault, and voluntary death. In: *Culture, Theory and Critique* 56/2, S. 187–207.
- Teuber, Nadine (2011): *Das Geschlecht der Depression: „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ in der Konzeptualisierung Depressiver Störungen*. Bielefeld: transcript.
- Truschkat, Inga (2013): Zwischen interpretativer Analytik und GTM – Zur Methodologie einer wissenssoziologischen Diskursanalyse. In: Reiner Keller und Inga Truschkat (Hg.): *Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse*. Wiesbaden: Springer VS, S. 69–87.
- Witte, Michael (2001): Psychosoziale Krisenhilfe für Männer. Oder: Wen erreichen Krisendienste ... nicht? In: Regula Freytag und Thomas Giernalczyk (Hg.): *Geschlecht und Suizidalität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 117–129.
- Wolfersdorf, Manfred/ Etzersdorfer, Elmar (2011): *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Wray, Matt/ Colen, Cynthia/ Pescosolido, Bernice (2011): The Sociology of Suicide. In: *Annual review of sociology* 37, S. 505–528.

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Vergleich der standardisierten Suizidraten österreichweit nach Alter und Geschlecht im Fünf-Jahres-Durchschnitt 2013-201. Die X-Achse zeigt Alterskohorten, die Y-Achse die Suizidzahlen pro 100.000 Einwohner*innen (BMASGK 2019: 13)..... 12

Abbildung 2 Vergleich der häufigsten Todesursachen in Österreich in absoluten Zahlen nach Geschlecht und Alter (Statistik Austria 2019, URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html). 14

Abstract

Geschlecht, besonders Geschlechterdifferenz, wird im Suiziddiskurs bereits seit Jahrzehnten problematisiert. Weniger und gesondert thematisiert werden Geschlechtsidentifikationen abseits des Zweigeschlechtermodells. Dies wird nicht nur anhand der Todesstatistik verhandelt, auch in der organisierten Suizidprävention ist eine Beschäftigung zu finden. Diese Arbeit konzentriert sich auf Geschlecht in der Suizidprävention, regional eingegrenzt auf die institutionalisierte, sekundäre Suizidprävention in Wien. Von Interesse ist, wie durch Geschlecht hindurch Professionelle, in Kontakt mit potenziell suizidgefährdeten Menschen, Suizidalität deuten, wie eine Einordnung als suizidale Subjekte stattfindet und so Geschlechtlichkeit in der Suizidpräventionspraxis verfestigt ist.

Es wird mit einer wissenssoziologisch diskurstheoretischen Forschungsperspektive gearbeitet. Die Professionellen der Institutionen werden als Subjektivierungsinstanzen konzipiert. Untersuchungsgegenstand ist diskursives Geschlechterwissen und wie Deutungsmuster und Narrative prozessiert werden, damit wie Genderspezifika der Subjektpositionen (re-)produziert werden. Das Analysematerial stellen teilstrukturierte Expert*innen-Interviews dar, die mit Personen in suizidpräventiven Organisationen in Wien geführt wurden. Für die Analyse wurde die Wissenssoziologische Diskursanalyse (WDA) nach Reiner Keller adaptiert herangezogen. Die Ergebnisse zeigen, dass Subjektpositionierungen, die einem Zweigeschlechtermodell folgen, durch dichotome Deutungs- und Erklärungsmuster vorherrschend bleiben. Geschlechtervielfalt, etwa in Form von Trans* oder Intergeschlechtlichkeit, wird anderen Wissens- und somit gesonderten Verantwortungsbereichen zugeordnet. Der Suizidpräventionsdiskurs hat eine leichte Verschiebung erfahren, da die Gruppe der Männer im Fokus der Expert*innen steht. Die Fokussierung wird durch Statistikwissen gerechtfertigt, besonderes Augenmerk liegt in der Intersektion von Geschlecht und Lebensalter. Anhand von Geschlechterwissen, zugeordnet zu Generationen, werden Männern sowie Frauen unterschiedliche Fähigkeiten und soziale Umfelder zugeschrieben, die auch die Einschätzung der Suizidgefährdung und Maßnahmen der Adressierung einer potenziell suizidgefährdeten Klientel beeinflussen. Diese Praktik erinnert an eine hierarchisch priorisierende Struktur, in der alte Männer ganz oben erscheinen. Frauen werden als soziale Unterstützung, oder in ihrem gelingenden Eingebunden-Sein in ein präventives Versorgungssystem, als selbstverständlich betrachtet. Geschlechtervielfalt erscheint in dieser Struktur geschlechtlich markiert oder unsichtbar. Die Ergebnisse zeigen auch, dass es mehr qualitative Forschung in diesem Bereich braucht, um Wissensbereiche zu erweitern und zu ergänzen.