

Die Inversion von Suizidprävention in Sterbehilfe

Robin Iltzsche

In diesem Beitrag soll eine Grenze der psychiatrischen Behandlung von Suizidalität ausgelotet und der Fokus auf ein spezifisches Moment des Umschlagens gelegt werden, in dem die Suizidalität Betroffener verschwinden und auch die Anstrengungen der Suizidprävention ausgesetzt werden können. Stattdessen erscheint eine Art nachvollziehbare Lebensmüdigkeit, welche anstelle der Suizidverhinderung gar eine Suizidhilfe möglich macht. Von zentralem Interesse ist somit der Kipppunkt, an welchem aus Suizidprävention ‚plötzlich‘ Sterbehilfe wird oder auch umgekehrt, Sterbehilfe in den Dienst der Suizidprävention gestellt werden kann.

Während Sterbehilfe zwar im fachlichen und öffentlichen Diskurs sehr prominent diskutiert wird, begegnet man weder dem Thema noch dem Prozess der Sterbehilfe in psychiatrischen Kliniken besonders häufig. Doch auf der ethnographischen, mikrosoziologischen Untersuchung genau dieser klinisch-psychiatrischen Praktiken der Suizidprävention basiert dieser Beitrag.¹ Nach einem kurzen einleitenden Umweg soll ein besonderer empirischer Einzelfall analysiert werden, der in kürzester Zeit von einem Fall der psychiatrischen Suizidprävention zu einem Fall der Sterbehilfe transformiert wurde. Es soll anhand dieses psychiatrischen Behandlungsfalls gezeigt werden, wie sich nicht nur Situationsdeutungen sowie Selbst- und Fremdzuschreibungen, sondern auch medizinische Handlungsmaximen der Lebenserhaltung und Lebenssicherung zu Maximen der Sterbebegleitung und Sterbehilfe verschieben können. In einem zweiten Schritt sollen Argumentationen vorgestellt werden, in denen dieser Moment der Inversion von Suizidprävention in Sterbehilfe wiederkehrt oder in denen auch plötzlich Sterbehilfe als eine Form der Suizidprävention gedeutet wird. Abschließend möchte ich den Begriff der *Physiologisierung* vorschlagen, um die grundlegende Rationalität der Sterbehilfe zu beschreiben.

1 Dieser Beitrag stellt eine überarbeitete und gekürzte Version eines Unterkapitels meiner Dissertation dar (Kapitel 6.4. *Suizidalität am Lebensende*), die 2023 unter dem Titel *Die Überzeugung zum Leben* im Psychiatrie Verlag erschienen ist.

Das Motiv der Inversion soll im Laufe dieses Beitrags weiter im Diskurs der Sterbehilfe und Suizidprävention verfolgt werden, da an ihm die enge Verwandtschaft von vermeintlich so Unterschiedenem deutlich wird. Es soll gezeigt werden, wie sehr die Grenzen zwischen diesen Bereichen verschwimmen können und im jeweiligen Einzelfall immer erst hergestellt und gezogen werden müssen. Doch bevor wir dazu kommen, soll im Folgenden ein kleiner anekdotischer Umweg über die Populärkultur eingeschlagen werden, um sich dieses Umschlagsmoments von einer wiederum anderen Seite zu nähern. Es folgt daher nun eine gegenstandsselektive Filminterpretation von *In Bruges* (deutsch: *Brügge sehen ... und sterben*; McDonagh 2008).

I. Das selbstbestimmte Sterben in Brügge

In dem tragikomischen Film *In Bruges* werden zwar viele große Themen wie Schuld, Gewalt, Männlichkeit, Liebe, Sucht und Ehre verhandelt. Doch ich würde argumentieren, dass ein anderes Thema den Film bestimmt, obgleich es bei aller Prominenz dennoch hintergründig bleibt. Es ist das Thema des Suizids, das sich in dem Film in aller Öffentlichkeit versteckt und doch den verbindenden Kern der Geschichte darstellt. Schließlich besteht der Film aus drei Hauptcharakteren, den zwei Auftragsmördern Ray (Colin Farrell) und Ken (Brendan Gleeson) und ihrem Boss Harry (Ralph Fiennes), welche jeweils eine eigentümliche Position zum Suizid einnehmen.² Zentral angelegt ist das Thema des Suizids bei dem in seiner Art kindlich bis adoleszent wirkenden Hauptprotagonisten Ray, welcher nach einem von ihm verübten Attentat, in dem die von ihm abgefeuerte Kugel nicht nur die Zielperson, sondern auch ein unschuldiges Kind tötet, von schwerer Schuld, Depression und Suizidalität gezeichnet ist. Doch tatsächlich ist es nicht er, sondern sind es am Ende die anderen beiden, die Suizid begehen.

Es braucht etwas Kontext, um zu erklären, wie es dazu kam. Die Geschichte beginnt also mit einem traumatischen Erlebnis, dem missglückten Attentat, aufgrund dessen Ray und sein Kollege Ken nach Brügge gehen, um in dieser Stadt für eine Weile unterzutauchen. Im Laufe der Geschichte wird deutlich, dass ihr Boss Harry das malerische, mittelalterliche Brügge deswegen ausgesucht hat, um Ray mit dieser Reise einen letzten Gefallen zu

2 Diese Positionen können in lockerem Anschluss an die Typisierung von Baechler (1981) als die folgenden drei Formen beschrieben werden: I.) eskapistischer Suizid aufgrund von Strafe, Flucht und Trauer (bei Ray), II.) oblativer Suizid aus Altruismus und Opferung (bei Ken) und III.) reputativer Suizid aus Ehrenrettung und Prinzipientreue (bei Harry).

erweisen, bevor er ihn aufgrund seines Fehlers beseitigen lassen will. Nach ein paar Tagen erhält Ken dann den Auftrag, im Namen seines Bosses für ‚Gerechtigkeit‘ zu sorgen. Doch weder Harry noch Ken ahnen, dass Ray selbst entschlossen ist, seinem Leben ein Ende zu setzen. Dies kulminiert in der paradoxen Schlüsselszene des Films, in der Ken sich gerade in einem Hinterhalt darauf vorbereitet, die auf Ray gerichtete Waffe abzufeuern, er jedoch im letzten Moment davon abkommt, als er realisiert, dass Ray auch eine Waffe hat und eben im Begriff ist, sich damit das Leben zu nehmen. Der Mord wird hier durch einen Suizidversuch verhindert. Oder genauer gesagt: Die Mordabsicht schlägt in Suizidprävention um. Denn Ken legt nicht nur die eigene Waffe nieder, sondern verhindert auch den Suizid seines Freundes.

Nachdem Harry, der als Personifikation eines grausamen Gesetzes angelegt ist, dann nach Brügge reisen muss, um nun selbst über seine illoyalen Untergebenen zu richten, kommt es zwischen Ken und ihm zu einer Schießerei im Brügger Belfried, dem höchsten Turm am Marktplatz. Der schwerverwundete Ken nimmt sich hier aus einem altruistischen Motiv das Leben: Er stürzt sich von dem Turm, um seinen Freund Ray, der unten mit seiner neuen Freundin an einem Café sitzt, durch seinen Tod vor Harry und der kommenden Gefahr zu warnen. In der anschließenden letzten Verfolgungsjagd zwischen Harry und Ray kommt es dann zu einer Reinszenierung des ursprünglichen Traumas: Harry schießt von hinten eine Kugel durch Rays Körper hindurch, welche wiederum ebenfalls im Kopf eines ‚Kinde‘ landet. Nachdem der an seine strengen Prinzipien gebundene Harry diese Wiederholung des missglückten Attentats realisiert, richtet er schließlich (seine Waffe auf) sich selbst. Der schwerverletzte Hauptcharakter, um dessen schuldmotivierte Suizidalität der Film sich dreht, ist durch all diese Entwicklungen tief geprägt und verändert. Während Ray auf der Barre des Rettungswagens liegt, schließt der Film mit seinen Worten “I really, really hoped I wouldn't die” (McDonagh 2008).

Mit einem guten Schuss schwarzen Humor wird in *In Bruges* die altbekannte literarische Technik der Peripetie bzw. die filmische Technik des Plot Twists gezielt eingesetzt, um das Publikum zu überraschen und mit der Kontingenz der Handlungsmotive und Geschehnisse zu konfrontieren. Entscheidend für das vorliegende Argument ist, dass es viele Variationen gibt, in denen dieser Moment der Invertierung von Motivlagen im Bereich von Mord, Suizid und Sterben auftauchen kann. Im Film ist es schließlich nicht nur die Mordabsicht von Ken, die in Suizidprävention umschlägt als er mit der Suizidabsicht seines Kollegen konfrontiert wird, sondern letzt-

lich transformiert sich auch die Suizidalität des belasteten Hauptcharakters Rays durch die Todesdrohung in einen Lebenswunsch. Im Folgenden soll nun die Inversion von Suizidprävention in Sterbehilfe anhand eines psychiatrischen Behandlungsfalles dargestellt werden.

II. Ein psychiatrischer Wechsel von Suizidprävention zu Sterbehilfe

Während meiner sechsmonatigen Feldforschung in mehreren psychiatrischen Kliniken kam es zu vielen Aufnahmen und Behandlungen wegen Suizidgedanken und Suizidversuchen. Es kam auch zu mehreren schweren Suizidversuchen während der psychiatrischen Behandlung. Doch es war in dieser Zeit nur ein Todesfall zu beklagen. Während das Sterben zur Medizin gehört, der Kampf gegen den Tod gar als Hauptmovens der Medizin angesehen werden kann, ist das Sterben in der Psychiatrie eher die Ausnahme. Doch auch die Psychiatrie kämpft mit dem Tod, und zwar in Form des Suizids. Dies zeigt sich auch bei diesem speziellen Todesfall, den ich hier beschreiben möchte.

Es handelt sich um den Fall von Herrn Pascal³, der wegen eines Suizidversuchs, bei dem er sich die Pulsadern geöffnet hatte, gegen seinen Willen in die stationäre psychiatrische Behandlung gebracht wurde. Doch im Einverständnis mit dem psychiatrischen Team und seinen Angehörigen verweigerte er im Verlauf der sehr kurzen Behandlung jegliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und verstarb daraufhin fünf Tage später. Es handelt sich um einen besonderen Fall, bei dem der psychiatrische Apparat der Suizidprävention ‚normal‘ angelaufen ist (d. h., notdienstliche Einweisung; Unterbringungsbeschluss aufgrund von Eigengefährdung und akuter Suizidalität; Aufnahme auf eine geschlossene psychiatrische Station), dann aber in kürzester Zeit eine Rekodierung der Ereignisse stattfand und ein einvernehmlicher Prozess der Sterbehilfe eingeleitet wurde. Es folgt nun die Chronologie der Ereignisse, einschließlich einiger Szenen aus meinen Feldtagebüchern.

Zuerst erfahre ich etwas von Herrn Pascal durch ein Gespräch, bei dem sich zwei Pfleger*innen über diese Neuaufnahme unterhalten. Sie meinen, dass gleich ein 93-jähriger Patient mit Prostatakrebs kommt, der versucht habe, sich das Leben zu nehmen und daher eventuell auch eine 1-zu-1-

3 Alle Namen sind natürlich Pseudonyme. Außerdem wurde bei einigen Akteur*innen im Dienst der Anonymisierung die zugeschriebene Geschlechtsrolle geändert.

Betreuung braucht oder zumindest 15-minütige Sichtkontrollen installiert werden müssen. Ein*e Pfleger*in meint, dass sie versteht, dass dieser Patient nicht mehr leben will: „Würde der reanimationspflichtig werden, würde ich mir aber auch schön Zeit lassen. Was soll das denn? Soll der noch drei Monate weiter leiden mit seinem Krebs?“

Schon in dieser ersten Interaktion des Pflegepersonals wird deutlich, dass dieser Patient anders wahrgenommen wird als andere suizidale Patient*innen. Das hohe Alter und die Krebserkrankung dienen als hinreichende Hinweise dafür, dass der Patient wahrscheinlich nicht psychisch erkrankt ist und eine psychiatrische Behandlung damit nicht indiziert ist. Er wird als Eindringling oder Fremdkörper wahrgenommen, der aus den falschen Gründen auf eine psychiatrische Station kommt. Da er wegen akuter Suizidalität eingeliefert wird, befürchtet das Pflegepersonal außerdem eine unnötige Arbeitsbelastung, die durch die damit notwendige, direkte Überwachung entsteht. Der abschließende Kommentar zeugt nicht nur von der Frustration des Pflegepersonals, sondern unterstreicht die Perspektive der anwesenden Pfleger*innen, dass ein alter, kranker Mensch nicht mehr ‚künstlich‘ am Leben gehalten werden müsse, da es das Leiden und den unvermeidlichen Sterbeprozess nur noch verlängern würde. Noch bevor der Patient selbst von der Notaufnahme zur psychiatrischen Station verlegt werden kann, ist seine Akte schon im Stationszimmer angekommen. In dieser Dokumentation wird sein Fall wie folgt beschrieben:

Einsatzprotokoll Rettungswagen

Notfallgeschehen/Anamnese: „Pat., männl., 93 J., wach und bedingt orientiert, versuchte Suizid durch Eröffnung der Pulsadern, ca. 2–3 cm klaffende Wunde Arm Li, Pat gibt an, einschlafen zu wollen, laut Tochter verlor der Pat vor ca. 3 Wo seinen Lebensmut nachdem er körperlich stark abbaute und sich selbst nicht versorgen konnte.“
Erstdiagnosen: „akute Suizidalität.“

Vorläufiger Arztbrief

„Der Pat selbst berichtete er habe Prostata Ca und starke Schmerzen diese kann er nicht aushalten deswegen wolle er einschlafen. Laut Tochter seit 2 Wo habe der Pat Antriebslosigkeit und Suizidgedanken geäußert“. Der Patient wohnt allein, die Ehefrau ist vor ein paar Jahren verstorben. Psychopathologischer Befund: „Aktuell von Suizidalität nicht klar distanziert.“

Im Gegensatz zu den Einschätzungen des Pflegepersonals lesen sich das Einsatzprotokoll sowie der vorläufige Arztbrief als eher typische anamnestische Beschreibungen mit Informationen zum Suizidversuch und ersten angenommenen Gründen. Der vielleicht einzige Hinweis auf eine besondere Einschätzung der Suizidalität findet sich in der Formulierung, welche den Suizidversuch als Wunsch des Patienten klassifiziert, „einschlafen“ zu wollen. Doch schon zwischen diesen zwei Typen von Erstdokumentationen finden sich kleinere semantische Unterschiede, die den Verdacht nahelegen, dass die Suizidalität auf dem Weg in die Psychiatrie an Bedeutung verliert. Wird im notärztlichen Einsatzprotokoll noch klar von einem Suizidversuch gesprochen und jener auch in der notwendigen Kürze (Methode und Verletzungen) beschrieben, so findet sich im vorläufigen Arztbrief nur noch die eher romantische Formulierung des Wunsches einzuschlafen. Auch die Begründungsstruktur scheint sich etwas zu verändern: Wird erst von einem schnellen, körperlichen Abbauprozess und einer Unfähigkeit der Selbstversorgung gesprochen, findet die Begründung durch die „starken Schmerzen“, die nicht mehr auszuhalten seien, erst im Arztbrief eine Erwähnung. Damit findet eine Einbettung in die Begründungsmuster der Sterbehilfe statt. Denn in allen Ländern, in denen Sterbehilfe erlaubt ist, findet sich in der gesetzlichen Regelung das zentrale Legitimationskriterium des ‚unerträglichen Leidens‘, welches meist als durch körperliche Schmerzen und Beschwerden induziertes Leiden verstanden wird. Es scheint außerdem eine Verschiebung in der Diagnostik stattzufinden, wenn im Einsatzprotokoll noch von einer „akuten Suizidalität“ und im Arztbrief nur noch von einer unklaren Distanzierung von Suizidalität gesprochen wird. Diese feinen Unterschiede verweisen schon auf einen Prozess der Rekodierung und Umschreibung dieses psychiatrischen Falles vom ambulanten Erstkontakt zur ersten stationären Beurteilung: Von einem Fall von bedrohlicher und zu verändernder Suizidalität hin zu einem Fall von einer nachvollziehbaren Lebensmüdigkeit am Ende eines langen sowie aktuell sehr leidvollen Lebens. Ich begleite dann die Visite mit der Assistenzärztin Dr. Abels.⁴

Herr Pascal, ein alter, weißhaariger, etwas eingefallener Mann, liegt im Bett und seine vielleicht 65-jährige Tochter sitzt vor dem Bett auf einem Stuhl. Dr. Abels fragt ihn betont laut und deutlich nach Schmerzen und wie lang sie schon bestehen. Er meint seit mehreren Monaten. Dr. Abels fragt ihn, was er für Medikamente nimmt. Er nimmt nur Paracetamol

4 Alle folgenden Einschübe ohne Quellenangaben sind Auszüge aus meinen Feldtagebüchern.

und Ibuprofen, hat aber starke Rückenschmerzen. Die Medikamente helfen zwar schon dagegen, aber leider nicht immer. Sie sprechen kurz über die Schmerzen und dann leitet Dr. Abels über zur Suizidalität und fragt: „Jetzt sind Sie ja noch am Leben. Ist das gut oder ist das blöd?“. Herr Pascal antwortet nicht direkt, sondern spricht von Freunden, die mit 80 gestorben sind. Dr. Abels: „Die haben Sie ja zumindest 10 Jahre überlebt“. Sie reden weiter über sein Leben, wie lang es angenehm war. Er meint, dass er erst seitdem er nicht mehr laufen kann „ein bisschen meinen Lebensmut verloren“ habe. Er kann auch nicht mehr in seinen Fernsehraum. Dr. Abels erwidert: „Das war nicht nur ein bisschen, anscheinend haben Sie ja heute einen Suizidversuch unternommen. Das war doch ein Suizidversuch?“ – „Ja. Ja.“ – „Und wenn wir das mit den Schmerzen hinkriegen und mit dem Laufen, ist das Leben dann wieder lebenswert?“ – „Ja. Wenn ich meine Familie jeden Tag mal sehe und mit denen reden kann, dann schon“. Herr Pascal hätte halt gedacht, dass er irgendwo hingehet, wo er nichts essen und nichts trinken muss und dann sterben kann. Dr. Abels sagt, dass er das aber auch zuhause machen könnte. Doch hier hätten seine Kinder darauf bestanden, dass er essen und trinken muss. Dr. Abels erwidert, dass man mit 93 aber sterben darf und die Kinder erstmal so alt werden sollen wie er, um da mitzureden, worauf Herr Pascal auflachend zustimmt. Die Tochter scheint Tränen zu unterdrücken und wirkt sehr berührt von dem Gespräch und dem Zustand ihres Vaters. Dr. Abels schlägt vor, dass sie auch noch mal gemeinsam mit den Kindern reden können, jetzt muss sie leider los zu einem Gespräch. Sie will aber mit dem Chef wiederkommen. Draußen auf dem Gang sagt Dr. Abels zu mir, dass der „ja nun nicht wirklich suizidal“, eher einfach „Lebensmüde“ wäre.

In diesem Erstgespräch zwischen der Assistenzärztin der Station und dem Patienten erfolgt am Anfang die übliche anamnestische Erhebung. Doch schon in der Wahl der Formulierung „Ist das gut oder ist das blöd?“ zeigt sich eine andere Art des Sprechens über den Suizidversuch. Es mag nur eine Anpassung an die zu erwartende Aufnahmefähigkeit des Patienten sein, doch haftet dieser Sprache eine infantilisierende Konnotation an, die das Thema der Suizidalität, im Gegensatz zu der sonst auch performativ hergestellten Pietät und Seriosität, harmloser erscheinen lässt. Es wird im Gespräch deutlich, dass der Patient eine ambivalente Einstellung zum Sterben hat, da er mit nur ‚wenigen‘ Verbesserungen seines körperlichen Zustands (keine Schmerzen und wieder laufen) und seiner familiären

Einbindung (jeden Tag besucht werden) durchaus das Leben wieder als lebenswert betrachten würde.

Nach Canevascini stützt die Psychiatrie die Legitimität ihrer Intervention auf die angenommene und vorausgesetzte Ambivalenz in jedem Suizidwunsch (2012, 395ff.). Diese Ambivalenz sichtbar zu machen und zu stärken, ist in der Praxis auch eine der primären Techniken der psychiatrischen Behandlung der Suizidalität. In der Visite mit Herrn Pascal fällt aber auf, dass die Ambivalenz in seinem Suizidwunsch nicht weiter elaboriert und vertieft wird. Jener Ambivalenz wird hier wenig Raum gegeben, sie wird nicht taktisch ins Visier genommen und der Patient in seinen Zweifeln bestärkt. Ganz im Gegensatz dazu wird er stattdessen mit geschlossenen Fragen dazu angehalten, sich kurz zu halten und es scheint zwischen ihm und der Ärztin eine stillschweigende Einigkeit zu bestehen, dass seine Wünsche nach einem schmerzfreien und sozial eingebundenen Leben nicht mehr umsetzbar sind. Daher kommen sie auf den ‚Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit‘ (FVNF), wie es im Fachjargon heißt, zu sprechen. Deutlich wird, dass die Familie lange eine suizidpräventive Funktion übernommen hat, indem sie dem Vater keinen FVNF gewährt hat. Außerdem bildet sich hier ein Bündnis zwischen dem Patienten und der Psychiaterin, indem Letztere die moralische Entscheidung, ob er in einem solchen Alter „sterben darf“, unterstützt und sich in eine ironisch-allwissende Position begibt. Aus dieser Position heraus spricht sie den Kindern, hier v. a. der anwesenden Tochter, die Fähigkeit ab, über den Todeswunsch urteilen zu können, da diese aufgrund ihres geringen Alters die Wünsche und Bedürfnisse eines 93-Jährigen nicht nachvollziehen könnten (und das obwohl die Tochter wahrscheinlich mindestens zwei Jahrzehnte mehr Lebenserfahrung hat als die Psychiaterin). Das Bündnis wird abschließend durch das Angebot eines gemeinsamen Gesprächs mit den Angehörigen besiegelt, wobei durch die vorherige Interaktion klar zu sein scheint, dass die Ärztin als Anwältin des Patienten und nicht der Familie agieren wird. Ganz im Gegensatz zu Uexküll, nach dem „sich der Arzt vor allem als ‚Anwalt des Lebens‘ [versteht]“ (1973, XIV), wird er hier eher zum Anwalt des Sterbens.

Das klinische Setting scheint einen Rahmen zu bieten, in dem die Dinge anders verbalisiert und kommuniziert werden können als beispielsweise im privaten oder familiären Rahmen. Der Wunsch nach dem Sterbefasten wurde von den Kindern vorher vielleicht nicht einmal als möglicher Handlungsspielraum wahrgenommen, da es nicht der romantischen Vorstellung eines sanften Todes entspricht, den Vater verhungern und verdursten zu

lassen. Das klinische Setting ermöglicht eine nüchterne und ‚objektive‘ Position der Ärztin. Letztlich ist auch nicht mehr der Patient Ziel der psychiatrischen Behandlungsanstrengungen, sondern die Angehörigen müssen überzeugt werden, dass der Suizid hier nicht mehr verhindert werden muss.

Die Rekodierung dieses Falles durch die behandelnde Ärztin findet auf dem Flur seinen Fortgang, indem sie bekräftigt, dass dieser Patient „nun nicht wirklich suizidal“ wäre. Herr Pascal ist in der Logik der psychiatrischen Akutversorgung nicht suizidal, da Suizidalität als Symptom einer psychischen Krankheit verstanden wird, die der Patient nicht zu haben scheint bzw. nicht zugeschrieben bekommt. Er sei nicht suizidal, sondern einfach seines Lebens müde und das aus intuitiv nachvollziehbaren, da rationalen und objektiven, d. h. gesellschaftlich anerkannten Gründen. Wer so alt und so krank ist, hat keinen pathologischen, sondern einen physiologisch hervorgerufenen Wunsch zu sterben. In gewisser Weise fehlt es Herrn Pascal somit auch an Leben, das er sich nehmen kann.

Ein paar Tage später wird bei Herrn Pascal die Oberarztvisite durchgeführt: Nach einer eigenen Vorstellung fragt die Oberärztin, wie es ihm geht und ob sie was für ihn tun können. Als er nicht (schnell genug) reagiert, fragt Dr. Abels, ob er seinen Lebensmut verloren hat. Er sagt „Ja“. Als Dr. Abels nachfragen will, ob er lebensverlängernde Maßnahmen haben will, unterbricht die Tochter ihn und berichtet davon, dass sie am Wochenende eine Patientenverfügung aufgesetzt haben. Die Tochter will, dass er auf die Palliativstation kommt. Dr. Abels meint, dass das nicht gehen würde. Am besten sollte er nach Hause, mit einer Kurzzeitpflege. Dieser Teil des Gesprächs wird halb geflüstert. Dann betritt die Sozialarbeiter*in den Raum und die Oberärztin fragt nochmal laut und deutlich Herrn Pascal, ob sie was für ihn tun können. Er meint „Ja. Ja.“ – „Was denn?“ – „Mir helfen [unverständlich]“ und als es die Oberärztin fragend wiederholt „Mir helfen ...?“, ergänzt die Tochter „zu sterben“.

In dieser oberärztlichen Visite wird deutlich, dass nunmehr auch die anwesende Tochter den Sterbewunsch ihres Vaters akzeptiert und unterstützt. Sie haben dafür eine Patientenverfügung aufgesetzt, die Herrn Pascal auch in einer Situation der Entscheidungsunfähigkeit, z. B. wenn er aufgrund seines dehydrierten Zustands nicht mehr klar bei Bewusstsein wäre, weiterhin das vermittelte Entscheidungssubjekt sein ließe. Sein Wille, dass ihm keine Nahrung oder Flüssigkeit zugeführt werden soll, wird durch die Patientenverfügung schriftlich fixiert und stabilisiert. Mit einer Patienten-

verfügung wird nicht einfach der Wille einer Person festgehalten, sondern gleichzeitig eine ganz bestimmte Form des Willens produziert:

Patientenverfügungen als Ausdruck des jeweils *aktuellen gültigen* Willens zu verstehen setzt [...] voraus, dass dieser als *kohärent* (eindeutig, nicht widersprüchlich), *kontinuierlich* (nicht veränderbar durch existenzielle Erfahrungen wie Sterben oder Koma) und damit der jeweiligen konkreten Situation gegenüber *geschlossen* konzipiert wird. (Graefe 2008, 248)

Die kategoriale und dichotome Struktur der Patientenverfügung (d. h. entweder Zustimmung oder Ablehnung von lebensverlängernden Maßnahmen) ermöglicht es, Herrn Pascals unsichere und ambivalente Grundhaltung gegenüber dem Sterben zu überschreiben. Durch die Patientenverfügung trägt er auch im Moment der völligen Entscheidungsunfähigkeit die vereinheitlichte Entscheidungsverantwortung. Somit herrscht (Rechts-) Sicherheit für die Behandelnden und Angehörigen. Bezeichnenderweise unterstützte die Tochter ihren Vater dabei nicht nur in der Verschriftlichung der Patientenverfügung, sondern auch in der Artikulation dieses Wunsches („zu sterben“) gegenüber der Oberärztin.

Später, als ich mit Dr. Abels alleine in ihrem Arztzimmer bin, frage ich nach, was jetzt eigentlich mit Herrn Pascal geplant ist. Sie meint, ihm wird nun immer Trinken mit einem Strohhalm angeboten und wenn er es verweigert, dann wird ihm nicht intravenös Flüssigkeit zugeführt. Als ich das als Sterbehilfe deklariere, korrigiert sie mich, dass das keine Sterbehilfe sei, wenn überhaupt sei es passive Sterbehilfe: So sterben halt Leute, wenn der Lebenswille weg ist. Verdursten sei auch nicht so schlimm, wie man sich das vorstellt. Der Mund wird ja benetzt und ansonsten döst man irgendwann weg. Sterbebegleitung machen sie hier zwar selten, aber in der Somatik sei das gang und gäbe.

Ich habe nach der Visite noch einige offene Fragen. Der ganze Prozess des FVNF ist mir unbekannt. Außerdem stelle ich es mir als sehr unangenehmen Sterbeprozess vor und bin überrascht, mit welcher Schnelligkeit und Leichtigkeit der ‚Suizid‘ eines Menschen einvernehmlich auf einer psychiatrischen Station verabschiedet werden kann. Die Assistenzärztin nimmt eine Verteidigungshaltung ein, als ich diesen Vorgang als Sterbehilfe deklariere. Sie negiert diese Einschätzung, um sie gleich darauf mit einer Einschränkung wieder-

einzuführen: Es sei *passive Sterbehilfe*.⁵ Sie antizipiert meine Vorurteile gegenüber dieser Weise des Sterbens und versucht mich gleichzeitig (wieder aus einer vermeintlich allwissenden Position heraus) sowohl darüber aufzuklären, dass Verdursten „nicht so schlimm“ sei, als auch mich von der Alltäglichkeit und Normalität dieser Vorgänge zu überzeugen („so sterben halt Leute, wenn der Lebenswille [sic] weg ist“; „in der Somatik sei das gang und gäbe“). Auch die Bundesärztekammer stellt in ihren *Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung* fest, dass die „Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr für Sterbende eine schwere Belastung darstellen k[ann]“ (BÄK 2004, 277; zit. nach Graefe 2008, 238). In diesem Sinne dient das Verdursten und Verhungern durch den FVNF damit nicht nur dem Ziel des Sterbens, sondern wird selbst zu einem humanitären Akt, der die Qual der Sterbenden verringert. Am nächsten Tag gehe ich morgens ins Stationszimmer und erfahre dort, dass Herr Pascal in der letzten Nacht gestorben ist.

Dr. Abels ist gerade am Telefon, vermutlich mit dem Personal der klinischen Kodierung und des Medizincontrollings: „Diagnose? Tod. [...] Grund sei Erlöschen des Lebenswillens gewesen. [...] Er hat zwar einen Suizidversuch gemacht, aber daran ist er nicht gestorben. Der hat nicht mehr gegessen und nicht mehr getrunken“. In seiner ausrangierten Akte befindet sich der Leichenschauchein, auf dem vermerkt ist: „Diagnose/Todesart: Fortgeschrittenes Prostata-Carzinom.“ In dem als „Vertraulicher Teil“ Markierten steht hingegen: „Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen: Aufn. wg Suizidversuch (Schnittv. U-Arm); lehnte weitere med. Behandl. ab, PatVerfü, trank nicht mehr“.

Herr Pascal ist nur fünf Tage nach der Aufnahme wegen „akuter Suizidalität“ verstorben. Inwieweit für den Tod der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ausschlaggebend war, der nur einen Tag vorher beschlossen wurde, lässt sich nicht mit Sicherheit bestimmen – aber ist für meine Argumentation auch unerheblich. Sein Tod löst auf der Station und in der Klinik kaum Betroffenheit aus. So kann Dr. Abels nüchtern und abgeklärt die Frage nach der Diagnose mit der simplen Feststellung „Tod“ zurückweisen und dann in wenigen Sätzen den Kontext erklären. Während andere besondere Ereignisse wie Suizidversuche oder gewalttätige Übergriffe sehr schnell in der Klinik zum gossip werden, über die sich in vielen offiziellen und inoffiziellen Sitzungen ausgetauscht wird, so wurde ich von keinem weiteren

5 Anmerkung der Herausgeber*innen: Die übliche Differenzierung zwischen *passiver*, *aktiver* und *indirekter Sterbehilfe* wird im Vorworts dieses Bandes kurz erläutert.

Gespräch über den Tod von Herrn Pascal Zeuge. Einen Tag später beginnt der Fall damit auch schon Geschichte zu werden. Es werden die letzten Übersetzungsversuche dieser Vorgänge in die klinischen und krankenkassenrelevanten Kategorien vollzogen und seine Patientenakte ist auch schon ausrangiert worden. Die Antwort von Dr. Abels, die auf die Frage nach der Diagnose nur die Antwort „Tod“ liefert, verweist dabei noch einmal auf die besondere Bewertung dieses Falls. Die Ärztin verweigert an dieser Stelle die psychiatrische Diagnostik des Patienten, welche aber die Voraussetzung für die Abrechnung einer stationären Behandlung darstellt. Damit betont sie, dass es sich hierbei um keinen psychiatrischen Fall gehandelt hat. Im Leichenschauschein findet sich noch eine weitere bemerkenswerte Unterscheidung, welche diese Kategorisierung stützt: Der nicht-vertrauliche Brief des Totenscheins bestimmt die Ursache des Todes durch den fortgeschrittenen Prostatakrebs und erwähnt weder den Suizidversuch noch den FVNF. Der vertrauliche Teil hingegen erwähnt die Vorgänge in aller Kürze. Für die Hinterbliebenen und auch für das Statistische Bundesamt, welche über die Standesämter die Informationen des nicht-vertraulichen Teils für die Bevölkerungsstatistik erhalten, wird hiermit der Tod urkundlich als Folge einer Krebserkrankung dokumentiert. Öffentlich ist dieser psychiatrische Fall, der mit einem Suizidversuch angefangen und mit passiver Sterbehilfe geendet hat, damit letzten Endes zum Fall eines Krebstoten umgeschrieben worden. Nur im vertraulichen Teil, der an das Gesundheitsamt geschickt wird, finden sich noch „nähere Angaben zur Todesursache“, welche den Suizidversuch und die passive Sterbehilfe dokumentieren.

Herr Pascals Sterbewunsch führte zu einem Suizidversuch und markierte damit eine Suizidalität, die zu einer psychiatrischen Aufnahme führte. In der psychiatrischen Verarbeitung wurde dieser Fall rekodiert und nach den nötigen Vorkehrungen, wie der Einverständnisproduktion der Familie sowie der vertraglichen Fixierung des Patientenwillens, ein Prozess der Sterbehilfe eingeleitet. Die drei Komponenten der Suizidalität, der Suizidprävention und der Sterbehilfe brachten sich dabei nacheinander zum Verschwinden. Die anfängliche Suizidalität des Patienten verschwindet in einem natürlichen und vernünftigen Sterbewunsch, die anfänglichen Maßnahmen der Suizidprävention verschwinden in einem Prozess der Sterbebegleitung und schließlich verschwindet auch die Sterbehilfe in ihrer eigenen Passivität sowie durch die Hervorhebung der karzinomen Verursachung. Es ist das Besondere an diesem Fall, dass ihn in seinem Verlauf eine umgreifende Negation kennzeichnet. Der suizidpräventive Auftrag der Psychiatrie wird durch die passive Sterbehilfe genauso negiert wie zuvor die

Suizidalität des Patienten. Schließlich verschwindet selbst der Prozess der Sterbehilfe, sowohl im Gespräch mit mir als auch in der Dokumentation.

Der Tod von Herrn Pascal hinterlässt keine Spuren im klinischen Alltag. Es scheint ein fast unsichtbarer Vorgang gewesen zu sein, der relativ still und unbemerkt vonstattengeht. Dabei ist weder das Sterben von Patient*innen noch die Sterbebegleitung oder passive Sterbehilfe ein normaler Vorgang für eine Station der psychiatrischen Akutversorgung. Es ist also nicht die alltägliche und routinierte Arbeitsnormalität, sondern vielleicht eher eine kollektiv geteilte, normative Auffassung des Sterbens alter und kranker Menschen („so sterben halt Leute, wenn der Lebenswillen [sic] weg ist“), die hier zum Verschwinden dieses Falls beiträgt. In gewisser Weise erlitt der Patient schon vor der Aufnahme seinen sozialen Tod, da er von vornherein in einem terminalen Status wahrgenommen wurde. Im Gegensatz zu der Betroffenheit, die beispielsweise durch andere schwere Suizidversuche ausgelöst wurde, besteht hier eher Erleichterung oder sogar Dankbarkeit, dass dieser Mensch nicht noch weiter leiden musste. Der Suizid wird hier zur willkommenen Erlösung.

Im Folgenden soll dieser Einzelfall in einen größeren Rahmen gestellt werden und die konfligierenden Diskurse der Suizidprävention und der Sterbehilfe gegenübergestellt werden, und zwar genau an den Schnittstellen, an denen es zu einer Verschränkung dieser zwei meist separaten Diskurse kommt.

III. Die Grenzen von Suizidprävention und Sterbehilfe

Könnte es nicht sein, dass Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in Zukunft deshalb zunehmend mehr Akzeptanz und Normalität gewinnen, weil man sich dadurch einen Kosteneinspareffekt im Gesundheitshaushalt verspricht [...]? Oder anders gefragt: ‚Lohnt‘ es sich, in Suizidprävention und Krisenhilfe bei suizidgefährdeten, insbesondere alten Menschen, Mittel zu investieren, die in der Akutmedizin und medizinischen Forschung dringlicher gebraucht werden? (Erlemeier/Wirtz 2002, 153)

Sterbehilfe und Suizidprävention stehen in einem gewissen Spannungsverhältnis zueinander. Erlemeier und Wirtz nutzen hier die Vermittlungsebene der Ökonomie und setzen die jeweiligen Maßnahmen mit der Triage, d. h. Kosten-Nutzen-Überlegungen, in ein Verhältnis. Dabei erscheinen Sterbehilfe und Suizidprävention als zwei Seiten der gleichen Medaille, was auf den ersten Blick alles andere als selbstverständlich ist. Immerhin umfasst

die Suizidprävention Maßnahmen zur Verhinderung und die Sterbehilfe Maßnahmen zur Ermöglichung des Suizids.

Betrachtet man die zwei Diskurse der Suizidprävention und der Sterbehilfe, so fällt schnell auf, dass letzterer wesentlich stärker in der Öffentlichkeit präsent ist (Woellert/Schmiedebach 2008, 68). Dies mag zum einen an der einfacheren Identifikationsmöglichkeit mit dem Thema liegen, da ein Szenario, in dem man selbst oder eine Person aus dem sozialen Umfeld Sterbehilfe fordert, vielleicht leichter zu imaginieren ist als der Fall, dass man selbst oder eine nahestehende Person ohne Unterstützung Suizid begeht. Zum anderen wird Sterbehilfe als ethisches und politisches Problem verhandelt, während Suizidprävention hingegen als ethische Selbstverständlichkeit oder ethische Verpflichtung gewertet wird (Wolfersdorfer/Schneider/Schmidtke 2015). Nur an der erzwungenen Suizidprävention durch Hospitalisierung oder Zwangsbehandlung gibt es vereinzelte Kritik (Large et al. 2014; Szasz 2011). Bezüglich der Sterbehilfe stehen sich hingegen mehrere unvereinbare Positionen gegenüber. Wird Sterbehilfe von der einen Seite als eine medizinisch angeleitete und mit Mitleid rationalisierte Tötung betrachtet, wertet die andere Seite sie als eine humane Form des Sterbens, die die Autonomie und Würde des Einzelnen respektiert (Finzen 2009, 38ff.; Wittwer 2020). Diese entgegengesetzten Positionen tragen dazu bei, dass die Debatten rund um das Thema der Sterbehilfe oft sehr emotional geführt werden.

Obwohl die Themen der psychiatrischen Suizidprävention und der Sterbehilfe meist separat verhandelt werden, bestehen doch mehrere grundsätzliche Berührungspunkte zwischen diesen Praktiken und Diskursen, von denen ich zwei nur nennen und auf einen weiteren etwas näher eingehen werde: 1.) Der erste offensichtliche Berührungspunkt liegt zwischen den Debatten um Sterbehilfe und dem spezifischen Strang der Suizidprävention im Alter. Da alte Menschen als besonders suizidgefährdet gelten, sind sie eine der ausgewiesenen Ziel- und Risikogruppen für suizidpräventive Maßnahmen. Gleichzeitig betrifft der Bereich der Sterbehilfe im Kern gerade die Alterssuizidalität, die nur je nach Position und Bewertung des Einzelfalls verhindert oder als nachvollziehbarer Ausdruck der individuellen Lage der Betroffenen gewertet wird. 2.) Der zweite Berührungspunkt betrifft die medizinische oder psychiatrische Macht in der Entscheidung über die Entscheidungsfähigkeit einer Person. Schließlich fällt der Medizin oder Psychiatrie die Aufgabe zu, im Zweifelsfall darüber zu richten, ob der Suizidwunsch irrationalen und psychopathologischen oder rationalen und physiologischen Gründen entspringt. Wird die Suizidalität als Folge einer

psychischen Störung oder emotionalen Belastung infolge einer psychischen Krise verstanden, müsste der Suizid im Prinzip verhindert werden. Wird die Suizidalität hingegen als legitime Lebensmüdigkeit verstanden, kann mit psychiatrischer Autorität eine Art ‚Sterbehilfegenehmigung‘ erteilt werden. 3.) Drittens gibt es eine Begegnung der Diskurse in der argumentativen Gestalt des Widerspruchs. Die Sterbehilfe kann demnach, indem sie die Suizidalität der Betroffenen ernst nimmt, eine wichtige suizidpräventive Funktion übernehmen. Gleichzeitig befürchten manche, dass eine Liberalisierung der Sterbehilfe zu einem Anstieg der Suizidraten führen wird. Diese beiden letztgenannten Argumente will ich nun kurz darstellen.

Ein paradox anmutendes Argument für Sterbehilfe lautet, dass sie unter gewissen Umständen eine wichtige suizidpräventive Funktion übernehmen kann. Diese Argumentation findet sich beispielsweise in der psychiatrischen Praxis wieder. Es gibt vereinzelte Fallbeschreibungen von paradoxen Interventionen mit suizidalen Patient*innen. Die Anthropologin Lorna Rhodes beschreibt in ihrer Psychiatrie-Ethnographie *Emptying Beds* beispielsweise die Behandlung eines obdachlosen, psychotischen und suizidalen Patienten, der von seinem Psychiater fordert, dass er ihn mit einer Spritze umbringen solle (1991, 161ff.). Nach einer langen unfruchtbaren Behandlung lässt sich der Psychiater in einer Art sozialem Experiment auf das Spiel ein. Er sichert ihm also zu, dass er seinen Suizidwunsch unterstützen wird, was wiederum einige letzte Taten des Patienten mobilisiert (so z. B. die Kontaktaufnahme mit der Familie, um sich bei ihnen zu entschuldigen), die den Patienten letztendlich dazu bringen, sich doch nicht das Leben nehmen zu wollen. Auch im Werk von Nicholas Cummings, der im Jahr 1979 Präsident der *American Psychiatric Association* wurde, finden sich mehrere Fallbeispiele, bei denen er Patient*innen eine Zyankalikapfel zur Verfügung stellte, um ihre suizidale, nach innen gerichtete Aggression zu externalisieren und sie damit wieder vom Leben zu überzeugen (vgl. Thomason 2012). Solche paradoxen Interventionen werden in der klinischen Praxis sicherlich sehr selten angewandt, da sie erhebliche Risiken bergen. Doch sie offenbaren eine praktische Relevanz der Möglichkeit der Sterbehilfe: Wenn die Suizidalität als solche ernst genommen und tatsächlich die Möglichkeit für einen Suizid bereitgestellt wird, so kann dies dazu führen, dass für die Betroffenen der Suizid als nunmehr *eine* Möglichkeit hinter Andere zurücktritt oder gar verschwindet.

Im medizinischen und psychiatrischen Diskurs begegnet man diesem Argument immer wieder (Erlemeier/Wirtz 2002, 153; Naudts et al. 2006, 408; Verhofstadt et al. 2019, 155). In den Ländern, in denen *aktive Sterbe-*

hilfe legalisiert ist, müssen sich die Betroffenen einem aufwendigen medizinisch-psychiatrischen Begutachtungsprozess aussetzen, an dessen Ende entschieden wird, ob sie einen ärztlich assistierten Suizid erhalten oder nicht. Ein Argument für aktive Sterbehilfe ist, dass für diejenigen, deren Antrag abgelehnt wird, der ganze Prozess suizidverhindernd wirken kann. Denn der Wunsch zu sterben wird als solcher ernst genommen, intensiv und professionell überprüft und mit medizinischer Autorität abgelehnt. Schließlich werden den Betroffenen Alternativen wie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgezeigt. So stellt die Suizidprävention bei psychiatrischen Patient*innen für manche Autor*innen sogar das hauptsächliche Argument für aktive Sterbehilfe dar: „A liberal approach to assisted suicide may thus prevent irrational suicide“ (Kerkhof 2000, 452). Von ähnlichen Erfahrungen berichten auch Palliativmediziner*innen: Viele Menschen fürchten einen langwierigen und schmerzhaften Sterbeprozess und bitten daher die Behandelnden um ein Mittel zum Sterben oder machen Pläne, in die Schweiz zu fahren und sich dort von einem Sterbehilfeverein helfen zu lassen. Werden die Betroffenen nun aber über die Möglichkeit einer palliativen Sedierung aufgeklärt, können die Suizidwünsche oder Suizidtourismuspläne verschwinden. So schreibt etwa Sitte (2015, 153):

[A]us meiner eigenen Erfahrung heraus scheint es im ehrlichen, intensiven, verlässlichen Austausch mit dem Patienten suizidpräventiv zu sein, ihm Wege offen zu lassen und gegebenenfalls auch aufzuzeigen, wie er sich denn wirklich das Leben selbst nehmen könnte, wenn er es denn wirklich selbst wollte.

Auch Advokaten der Sterbehilfe wie Phillip Nitschke vertreten die Ansicht, dass technische Hilfsmittel wie der *Exit-Bag*⁶ das Leben von terminal Kranken verlängern wird, da sie damit ein Gefühl der Kontrolle über ihre Zukunft zurückerhalten:

That idea of giving people access to a means of feeling that they're back in control of this issue is actually a way of prolonging life [...]. It may

6 Technische Hilfsmittel für das selbstbestimmte Sterben werden seit den 1990er Jahren von Sterbehilfeaktivisten wie Jack Kevorkian, John Hofsess und Philip Nitschke entwickelt und propagiert. Das Entscheidende an diesen Hilfsmitteln ist nicht nur, dass sie einen schnellen und möglichst schmerzfreien Tod ermöglichen sollen, sondern dass die Betroffenen die Tatherrschaft über den Sterbeprozess erlangen. Indem nur noch ein Knopf gedrückt – oder wie beim *Exit-Bag* nur eine Tüte über den Kopf gezogen und mit freiverkäuflichem Gas gefüllt werden muss – werden die juristischen und ethischen Probleme der aktiven Sterbehilfe umgangen.

seem paradoxical, but what we find is when people feel that they're back in control, they're less likely to do desperate things in desperate ways. (ABC News, 18.12.2008)

So weit verbreitet diese Argumentationsstruktur auch ist, so bleibt sie doch umstritten. Dabei wird der korrelative Zusammenhang zwischen der allgemeinen Suizidrate und der Sterbehilferate als Beleg für, aber auch als Beleg gegen einen suizidpräventiven Effekt der Sterbehilfe angeführt. Denn je nach bemühter Statistik ist die Korrelation eine positive oder negative. Während die Suizidraten in einigen US-amerikanischen Staaten und in den Niederlanden seit der Einführung der aktiven und assistierten Sterbehilfe anstieg (Boer/Lic 2017; Jones/Paton 2015), so fiel die sie hingegen in Belgien, der Schweiz und Luxemburg (Lowe 2017).

Schließlich gibt es auch das diametrale Argument: Durch die Enttabuisierung des Suizids, die mit einer Liberalisierung der Sterbehilfe einhergeht, entfallen auch die protektiven Aspekte des Tabus. Der Suizid rücke damit eher in ein Feld des Sag- und Machbaren. Durch subtilen gesellschaftlichen Druck und Mechanismen der sozialen Ansteckung von Suizidalität führe die Sterbehilfe nicht zur Suizidprävention, sondern zum sogenannten ‚Dammbruch‘ und einem Anstieg der Suizidraten (Kheriaty 2015). Das Argument der ‚schiefen Ebene‘, das besagt, dass eine Liberalisierung der Sterbehilfe zu weiteren negativen Folgen führe, beinhaltet eben auch das Argument einer verstärkenden Interferenz der Sterbehilfe mit der allgemeinen Suizidalität (Daub 1994; Guckes 1997).

Die Praktiken und Diskurse der Suizidprävention und der Sterbehilfe stehen sich nicht nur dann in Form eines Widerspruchs gegenüber, wenn es darum geht, den selbstbestimmten Tod alter Menschen zu verhindern oder zu ermöglichen, sondern interferieren an gewissen Punkten miteinander. Sie sind dialektisch ineinander verschränkt: Sie widersprechen sich und heben sich in gewissen Punkten gegenseitig auf. Der Sterbehilfe kann sowohl eine suizidpräventive als auch eine suizidverstärkende Funktion zugeschrieben werden. Die disparaten und antagonistischen Bereiche sind zugleich produktiv und wesentlich aneinandergespleißt.

Ist der Diskurs der Suizidprävention zwar auf das Leben ausgerichtet, so können präventive Effekte doch gerade dadurch erzielt werden, dass die Themen des unvermeidlichen Todes und der Gestaltung des Sterbens integriert werden. Sobald das Sterben aber als natürliche Unvermeidlichkeit einbezogen wird, kann die Bewertung und Verarbeitung der Suizidalität von Suizidprävention in Suizidassistenz umschlagen, und zwar durch eine

Rationalität, die ich im letzten Schritt als *Physiologisierung der Suizidalität* beschreiben möchte.

IV. Die Physiologisierung der Suizidalität

In diesem Abschnitt möchte ich die *Physiologisierung von Suizidalität* als einen Vorgang beschreiben, der im Sterbehilfediskurs als Antonym zur *Pathologisierung von Suizidalität* in Erscheinung tritt. *Pathologisierung* bezeichnet die Medikalisierung bestimmter sozialer Phänomene, die als Symptome einer ursächlich zugrundeliegenden (psychischen) Krankheit gedeutet und behandelt werden. Der Begriff ist in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts aufgekommen und hat sich seit den 1980er Jahren besonders in den Bereichen der Geschlechtlichkeit und Sexualität (z. B. die Pathologisierung von Homosexualität, Weiblichkeit, Transsexualität etc.) aber auch im Bereich der allgemeinen Medizin- und Psychiatriekritik (z. B. Pathologisierung atypischer Lebensweisen, Handlungen und Erfahrungen) zu einem politischen Begriff entwickelt, der dazu genutzt wird, die diagnostische Kultur zu kritisieren und die medizinische Deutungshegemonie infrage zu stellen (Brinkmann 2020; Groß/Müller/Steinmetzer 2015; Liebert 2014; Tosh 2014).

Ich möchte auf den gegenteiligen Prozess aufmerksam machen und hierfür den Begriff der *Physiologisierung* (physiologisch im Sinne der altgriechischen Etymologie *phýsis*, d. h. *Natur* im Sinne von ‚natürlich‘, ‚natürliche körperliche Beschaffenheit‘ oder ‚den natürlichen Lebensvorgängen entsprechend‘) einführen. Unter Physiologisierung verstehe ich die Re-/ Interpretation von Verhältnissen, Handlungen, Erlebnissen, Gefühlen und Denkweisen als ‚natürliche‘ körperliche Begebenheiten oder Vorgänge⁷. Sie ist also eine spezifische Form der Entpathologisierung, die durch eine Betonung der körperlichen Natürlichkeit bzw. der körperlichen Bedingt-

7 Die Psychiatrie bemüht sich seit jeher um Wahrnehmung und Anerkennung als eine *medizinische* Disziplin und versucht dies in immer wiederkehrenden Euphorie- und Enttäuschungszyklen über den Weg der Biologie (Brink 2010; Ruppel 2020). Von der Phrenologie des 19. Jahrhunderts zur Biomarkerforschung des 21. Jahrhunderts versucht die psychiatrische Forschung psychische Erkrankungen in der materiell-biologischen Anlage des Menschen zu identifizieren. Mit dem Term der Physiologisierung bezeichne ich aber etwas anderes: Eine Begründungsstruktur und eine Handlungs- und Legitimationsgrundlage, die dazu dienen, ein spezifisches Erleben (wie Suizidwünsche) nicht mehr als Zeichen einer psychiatrischen Erkrankung zu verstehen, sondern als Folge einer natürlichen körperlichen Entwicklung und Verfassung.

heit vollzogen wird. Die Physiologisierung weist Verhältnisse und Prozesse nicht als gesund aus, wie die Pathologisierung sie als krank ausweist, sondern sie schreibt ihr eine körperliche Normalität zu, wie die Pathologisierung eine Normabweichung markiert. Die Physiologisierung verstehe ich somit als einen Prozess der dezidiert körperbezogenen Normalisierung und Rationalisierung.

Der Prozess der *Physiologisierung der Suizidalität* konnte in der psychiatrischen Behandlung und Verarbeitung der Suizidalität von Herrn Pascal beobachtet werden. Hier kam der Moment des Umschlagens in den Blick, in dem die Beurteilung von einer psychopathologisch motivierten und somit behandlungswürdigen Suizidalität zu einer, seinem präfinalen körperlichen Alters- und Leidenszustand entsprechenden, nachvollziehbaren, rationalen und in diesem Sinne physiologischen Suizidalität wechselte. Die Suizidalität der Betroffenen verschwindet somit in einem ‚normalen‘ körperlichen Sterbeprozess, zu dem nicht nur die Wünsche nach dem eigenen Tod gehören können, sondern auch passive Unterlassungen oder aktive Handlungen, die diesen Prozess beschleunigen.

Die *Pathologisierung der Suizidalität* geht mit einem Absprechen der Handlungs- und Entscheidungssouveränität einher. Die Suizidalität ist im psychiatrischen Sinne zumeist durch eine gewisse Grunderkrankung oder -störung motiviert und kein Ergebnis einer wohlüberlegten und freien Entscheidung. Die vielzitierte Formel von Ringel aufgreifend, stellt der Suizid den „Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung“ (1953) dar, was Suizidalität als Symptom einer psychischen Erkrankung ausweist. Die *Physiologisierung der Suizidalität* geht hingegen mit einer Zuschreibung der Handlungs- und Entscheidungssouveränität einher. Die Lebensüberdrüssigkeit und die Suizidwünsche der Betroffenen gelten hier als rational nachvollziehbare Konsequenz ihrer körperlichen Verfassung. Der Entschluss Sterben zu wollen ist an dieser Stelle nicht mehr Resultat einer krankhaften psychischen Entwicklung, sondern Resultat einer freiwilligen, bilanzierenden und ausgewogenen Entscheidung, welche durch einen als objektiv erklärten, perspektivlosen und unerträglichen körperlichen Zustand motiviert ist.

Liegt die medizinpolitische Rationalität der Suizidprävention also in der Pathologisierung, liegt sie bei der Sterbehilfe in der *Physiologisierung der Suizidalität*. Durch einen Prozess der körperbezogenen Naturalisierung und Normalisierung erscheint der Suizid hier als Mittel, den unvermeidlichen Sterbeprozess selbst zu regulieren. Die Ambivalenz, die in der Suizidprävention normalerweise den zu verstärkenden Ansatzpunkt für eine *Überzeugung zum Leben* darstellt (Iltzsche 2023), wird im Kontext der Ster-

behilfe durch eine Vereindeutigung negiert. Nicht mehr die pathologische, irrationale und ambivalente ‚Natur‘ der Suizidalität, sondern die physiologische und rationale ‚Natur‘ der Sterbewünsche wird hervorgehoben.

V. Wer stirbt, wer lebt und wer entscheidet?

„Oh, my God ... you were gonna kill me.“ – „No, I wa/... You were gonna kill yourself!“ – „Well ... I'm allowed.“ – „No, you're not!“ – „What? I'm not allowed, and you are? How's that fair?“

(Dialog zwischen Ray und Ken aus *In Bruges*, McDonagh 2008)

Im Hollywoodfilm *In Bruges* werden die Fragen aufgeworfen, wer sterben will und wer sterben muss, wer leben darf oder gar leben muss und wer darüber entscheiden darf. Der Film ist somit eine nicht nur ironische Erzählung über Suizidprävention in einer mörderischen Welt. Vielleicht ist es daher auch kein Zufall, dass er gerade in Belgien spielt, einem der wenigen Länder weltweit, in denen selbst *aktive Sterbehilfe* erlaubt ist. Dabei thematisiert der Film auch, wie sich unter besonderen Umständen die vergleichbaren Handlungsziele von Mord und Selbstmord gegenseitig zum Verschwinden bringen. Bei einer etwas anderen Variante von Suizidalität, in der oftmals gar nicht so lustigen Welt der klinisch-psychiatrischen Praxis, ließ sich durch die Analyse des psychiatrischen Behandlungs- und Todesfalles von Herrn Pascal zeigen, wie die Bereiche der Suizidalität, Suizidprävention und Sterbehilfe nacheinander zum Verschwinden gebracht wurden. Ein konkreter Fall hat uns vor Augen geführt, wie sich durch ein kollektives und performatives Tun aus einem Suizidversuch zunächst suizidpräventive Bemühungen ergaben, die dann zu Maßnahmen der passiven Sterbehilfe transformiert wurden und schließlich all dies unter der Kodierung eines krebsbedingten Todesfalls verschwinden konnte. Auch auf der Ebene der diskursiven Berührungspunkte von Sterbehilfe und Suizidprävention ließen sich diese Momente der Invertierung wiederfinden. Die so disparaten und widersprüchlichen Bereiche, die mit völlig unterschiedlichen Setzungen und Ansprüchen die gleiche ‚Zielgruppe‘ anvisieren, scheinen auch hier an gewissen Stellen zu interferieren. Auf der einen Seite kann Sterbehilfe demnach eine suizidpräventive Funktion übernehmen, indem sie die Sterbewünsche der Betroffenen tatsächlich anerkennt und nicht von vornherein pathologisiert. Auf der anderen Seite findet sich das gegensätzliche Argument, dass eine Liberalisierung der Sterbehilfe auf eine ‚schiefe Ebene‘ und zu einem Anstieg der allgemeinen Suizidrate führe. Der

psychiatrische Apparat ist in erster Linie auf Suizidprävention ausgerichtet und nur an seinen Grenzen mit dem Komplex der Sterbehilfe konfrontiert. Doch die Transition von Suizidprävention zu Sterbehilfe wirft viele schwerwiegende Fragen danach auf, wer die Macht hat oder haben sollte, über Leben und Tod zu entscheiden.

Nach Thomas Macho (2017) ist die Frage nach dem Suizid ein Leitmotiv der Moderne. Die Fragen, wer über den Erhalt und seine Beendigungen bezüglich des eigenen oder fremden Lebens bestimmen darf, wann die Grenzen des im Namen der Selbsterhaltung tolerierbaren Leidens erreicht werden, also wann und wie gestorben werden darf und welche Rollen die medizinischen und psychiatrischen Apparate dabei einnehmen sollen, sind keine leicht zu klärenden Fragen – und doch Fragen, die immer wieder zu stellen sind und deren Antworten *praktisch* zu geben weder gescheut werden kann noch sollte. Die immer wieder neu aufkommende Debatte um Sterbehilfe zeigt vielmehr, dass die liberale Demokratie gerade bei der Frage des selbstbestimmten Todes in widersprüchliche rechtlich-normative Ansprüche und Maximen verstrickt ist, da hier grundlegende bürgerliche Rechte, Pflichten und Freiheiten verhandelt und hergestellt werden. Die hier angeführten Beispiele und Überlegungen sollen vielmehr aufzeigen, dass die Stränge der Suizidprävention und Sterbehilfe nicht nur Gegensätze sind, sondern sich auch gegenseitig bedingen und sogar ineinander umschlagen können. Gerade anhand der empirischen Einzelfallanalyse konnte deutlich gemacht werden, wie sehr die *Pathologisierung der Suizidalität* ein performativer Darstellungs- und Deutungsakt ist, der mit nur wenig Anstrengung durch Umdeutung auch wieder revidiert werden kann. Die Grenze zwischen dem suizidalen Leiden, das sich aus einer psychischen Erkrankung ergibt und verhindert werden muss, und dem suizidalen Leiden, das sich aus einer körperlichen Bedingtheit ergibt und sogar medizinpolitische Legitimität erhält, ist also nicht von vornherein gegeben, sondern wird erst durch gewisse Praktiken konstituiert.

Literaturverzeichnis

- ABC News (18.12.2008): Nitschke's suicide machine slammed. <https://www.abc.net.au/news/2008-12-18/nitschkes-suicide-machine-slammed/243744>, [03.09.2023]
- Baechler, Jean (1981): *Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord*. Ullstein. Frankfurt am Main, Berlin, Wien.
- Boer, Theo A./Lic, Theol (2017): Does Euthanasia Have a Dampening Effect on Suicide Rates? Recent Experiences from the Netherlands. In: *Journal of Ethics in Mental Health*, 10, 1–9.
- Brinkmann, Svend (2020): *Diagnostic cultures. A cultural approach to the pathologization of modern life*. Routledge. London.
- Canevascini, Michela (2012): *Le suicide comme langage de l'oppression. Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques*. Dissertation. University of Lausanne Open Archive. <http://serval.unil.ch>, [22.02.2023]
- Daub, Ute (1994): *Des Lebens Wert. Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde. Forum Gegen die neue Lebensunwert-Diskussion*. Lambertus. Freiburg im Breisgau.
- Erlemeier, Norbert/Wirtz, Markus Antonius (2002): *Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Deutschland*. Kohlhammer. Stuttgart.
- Finzen, Asmus (2009): *Das Sterben der Anderen. Sterbehilfe in der Diskussion*. Mabuse. Frankfurt am Main.
- Graefe, Stefanie (2008): *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*. Campus-Verlag. Frankfurt am Main.
- Groß, Dominik/Müller, Sabine/Steinmetzer, Jan (2015): *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- Guckes, Barbara (1997): *Das Argument der schiefen Ebene. Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion*. Fischer. Stuttgart.
- Illtzsche, Robin (2023): *Die Überzeugung zum Leben. Eine Ethnographie der psychiatrischen Suizidprävention*. Psychiatrie Verlag. Köln.
- Jones, David Albert/Paton, David (2015): How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide? In: *Southern medical journal*, 108(10). 599–604.
- Kerkhof, Ad J. F. M. (2000): How to deal with requests for assisted suicide: Some experiences and practical guidelines from the Netherlands. In: *Psychology, Public Policy, and Law*, 6(2). 452–466.
- Kheriaty, Aaron (2015): Social Contagion Effects of Physician-Assisted Suicide: Commentary on "How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide?". In: *Southern medical journal*, 108(10). 605–606.
- Large, Matthew/Ryan, Christopher/Walsh, Gerard/Stein-Parbury, Jane/Patfield, Martyn (2014): Nosocomial suicide. In: *Australasian psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 22(2). 118–121.

- Liebert, Rachel (2014): Pathologization. In: Thomas Teo (Hrsg.), *Encyclopedia of critical psychology*. Springer. New York. 1327–1333.
- Lowe, Matthew (2017): Does Legalization of Medical Assistance in Dying Affect Rates of Non-assisted Suicide? In: *Journal of Ethics in Mental Health*, 10. 1–9.
- Macho, Thomas (2017): *Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne*. Suhrkamp. Berlin.
- McDonagh, Martin (2008): *In Bruges*. Produktion von Graham Broadbent und Peter Czernin. Regie und Drehbuch von Martin McDonagh. Großbritannien, USA.
- Naudts, Kris/Ducatelte, Caroline/Kovacs, Jozsef/Laurens, Kristin/van den Eynde, Frederique/van Heeringen, Cornelis (2006): Euthanasia: the role of the psychiatrist. In: *The British journal of psychiatry. The journal of mental science*, 188. 405–409.
- Rhodes, Lorna A. (1991): *Emptying beds. The work of an emergency psychiatric unit*. University of California Press. Berkeley.
- Ringel, Erwin (1953): *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern*. Maudrich. Wien.
- Sitte, Thomas (2015): *Palliative Versorgung statt Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen? Über eine mögliche Notwendigkeit lebensverkürzender Maßnahmen*. Dissertation. Universität des Saarlandes.
- Szasz, Thomas (2011): *Suicide prohibition. The shame of medicine*. Syracuse University Press. New York.
- Thomason, Timothy C. (2012): Paradoxical treatment of severe depression: An unconventional therapy. In: *Scientific Review of Mental Health Practice*, 9(1). 41–52.
- Tosh, Jemma (2014): *Perverse psychology. The pathologization of sexual violence and transgenderism*. Routledge. New York.
- Uexküll, Thure von (1973): Das Verhältnis der Heilkunde zum Tode – Einleitung zur deutschen Ausgabe. In: David Sudnow (Hrsg.), *Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung*. Fischer. Frankfurt am Main.
- Verhofstadt, Monica/van Assche, Kristof/Sterckx, Sigrid/Audenaert, Kurt/Chambaere, Kenneth (2019): Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. In: *International journal of law and psychiatry*, 64. 150–161.
- Wittwer, Héctor (2020): *Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid. Grundlagen zur ethischen Debatte*. Verlag Karl Alber. Freiburg im Breisgau.
- Woellert, Katharina/Schmiedebach, Heinz-Peter (2008): *Sterbehilfe*. Reinhardt. München.
- Wolfersdorf, Manfred/Schneider, Barbara/Schmidtke, Armin (2015): Suizidalität: ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung. In: *Der Nervenarzt*, 86(9). 1120–1129.

