

Assistierter Suizid als theologische, ethische und pastorale Herausforderung

Selbstbestimmtes Sterben als neues Paradigma

Bis in die jüngste Vergangenheit war Sterben der Inbegriff eines fremd verfügtten Schicksals, gegen das die Betroffenen und die involvierten Ärzte nichts ausrichten konnten.¹ Der Tod war eine Realität, die sich menschlicher Verfügungs- und Entscheidungsgewalt entzog. Sterben galt deshalb in der antiken hippokratischen Tradition als etwas, das nicht in den Zuständigkeitsbereich von Ärzten gehörte.

Mit dem Aufkommen der naturwissenschaftlich orientierten Medizin vollzog sich diesbezüglich ein fundamentaler Wandel. Sterben und Tod wurden nun als etwas verstanden, in das grundsätzlich medizinisch eingegriffen werden kann. Der Weg zur Medikalisierung des Sterbens war beschritten. Durch die Entwicklung der modernen Medizin steht heute ein eindrückliches Arsenal von Möglichkeiten zur Verfügung, Sterben zu verhindern und den Tod immer weiter hinauszuschieben. Patienten am Lebensende befinden sich aus medizinischer Sicht selten in einer Situation, in der keine Behandlung mehr möglich ist. Das führt dazu, dass Krankheitsverläufe auf das Lebensende hin immer mehr in vielfältige, oft komplexe Entscheidungssituationen führen. Sog. *end-of-life decisions* gehören heute zum Normalfall des Sterbens unter den Bedingungen eines modernen Gesundheitswesens. Im Jahr 2013 wurden in der Schweiz von Ärzten, die Sterbende begleiteten, 58,7 % aller Todesfälle als Folge einer vorausgegangenen bewussten Entscheidung, den Sterbeprozess zuzulassen, deklariert.² Der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio geht davon aus, dass – hätten die befragten Ärzte wirklich alle Entscheidungssituationen wahrgenommen und angegeben – dieser Prozentsatz sogar bei 75 % liegen würde.³ Das bedeutet, dass heute nicht mehr einfach gestorben wird, sondern dass sterben gelassen werden muss. Sterben wurde immer mehr von einem Schicksal zu einem 'Machsal' (O. Marquard), von einem ohnmächtigen Sich-Schicken in das Unabwendbare zu einem eigenmächtigen Gestalten nach eigenen Präferenzen. Dabei geht es nicht um Phänomene assistierten Suizids, sondern um Fragen des Umgangs mit lebensverlängernden Massnahmen (sog. passive Sterbehilfe) resp. einer medikamentösen Schmerztherapie mit in Kauf genommenem tödlichem Ausgang (sog. indirekt aktive Sterbehilfe).

Die Ausweitung medizinischer Möglichkeiten zur Lebensverlängerung spielte der Ärzteschaft grosse Entscheidungsmacht zu. Sterben oder Lebensverlängerung wurden zu einer ärztlich kontrollierten und dominierten Entscheidung. Diese Situation war ambivalent: Sie entlastete die Betroffenen zwar, weil schwierige Entscheide über Leben und Tod an Experten delegiert werden konnten. Zugleich führte sie aber zu einer Entmündigung von Sterbenden, die sich ohnmächtig der Eigendynamik einer medizinischen Logik ausgeliefert sahen, die davon ausging, dass im Kampf gegen den Tod alle zur Verfügung stehenden Mittel eingesetzt werden sollten. Dies führte zu der heute nicht ohne Grund beklagten Übertherapie am Ende des Lebens und zur Befürchtung vieler Zeitgenossen, moderne Medizin verhindere ein rechtzeitiges, würdiges Sterbenkönnen, wenn es Zeit dafür wäre. Daraus entwickelte sich die Forderung

¹ Dieser Aufsatz geht zurück auf einen Vortrag an der Tagung der Evangelischen Akademie Kärnten über «Recht auf Leben – Recht auf Sterben? Ethische Orientierungen zum Thema assistierter Suizid» am 10. Juni 2021.

² G. Bosshard et al., Medizinische Entscheidungen am Lebensende sind häufig, *Swiss Medical Forum* 2016; 16(42): S. 896-898; Ders. et al., *Medical End-of-Life Practices in Switzerland: A Comparison of 2001 and 2013*, *JAMA Internal Medicine* April 2016; 4(176): S. 555f.; M. Zimmermann et al., *Das Lebensende in der Schweiz. Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven*, Basel 2019, S. 67.

³ G. D. Borasio, *Selbstbestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*, München 2014, S. 41.

nach dem „Recht auf den eigenen Tod“ bzw. nach der Möglichkeit eines „selbstbestimmten Sterbens“, die durch das inzwischen rechtlich wie ethisch verbindliche Prinzip der Patientenautonomie abgestützt wird.

Entscheide, das Sterben zuzulassen oder weiter um Lebenszeit zu kämpfen, sind heutzutage nur ethisch legitim und rechters, wenn sie vom Patienten selbst oder – bei dessen Urteilsunfähigkeit – von einer autorisierten Vertretungsperson getroffen werden. Sie liegen nicht in der Kompetenz der Ärzteschaft. Das heisst, dass von Patienten heute erwartet wird, dass sie selbst über ihren Sterbeprozess entscheiden, auch wenn sie keinen Suizid beabsichtigen. Aus dem eingeforderten Anspruch auf selbstbestimmtes Sterben ist eine Zumutung des Gesundheitssystems an die Patienten geworden, selbst über Art und Zeitpunkt ihres Sterbens zu entscheiden. Selbstbestimmtes Sterben wurde zum neuen Paradigma der Lebensbeendigung.⁴ Auf rechtlicher Ebene hält in der Schweiz ein Bundesgerichtsentscheid vom 03.11.2006 fest: „Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 EMRK gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden.“⁵ Und das in der Schweiz durchgeführte Nationale Forschungsprogramm NFP 67 „Lebensende“ kommt zum Schluss: «Der Tod hat nicht länger den Charakter eines Schicksalsschlags, sondern wird immer mehr zu einer Folge individueller Entscheide: Wie, wann und wo will ich sterben? Diese Fragen zu stellen und zu entscheiden bringt zwar einen Freiheitsgewinn, aber auch eine Verantwortung mit sich, die in Überforderung münden kann.»⁶

Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an das Gottesverständnis

Traditionelle religiöse Vorstellungen im Christentum gingen von der Heiligkeit des Lebens und von Gott als alleinigem Herrn über Leben und Tod aus, der bestimmt, wann das Leben eines Menschen an sein Ende kommt. Das hatte zur Konsequenz die Überzeugung, dass das Leben dem Menschen nicht zu seiner Disposition steht.⁷ Nur Gott darf über den Anfang und das Ende menschlichen Lebens entscheiden. Dahinter stehen Vorstellungen wie die aus Ps 90,3+5, wo der Psalmist zu Gott sagt: «Du lässt den Menschen zum Staub zurückkehren und sprichst: Kehrt zurück ihr Menschen. Du raffst sie dahin, wie das Gras, das vergeht;» oder aus Dtn 32,39b: «Ich töte, und ich mache lebendig.»

Diese naive Gottesvorstellung mag in alten Zeiten nahegelegen haben. Spätestens seit der Aufklärung wirkt sie eigenartig: Gott als Buchhalter, der fein säuberlich allen Menschen einen Todeszeitpunkt zuweist. Gott als Theaterregisseur, der in jedem Einzelfall das Auftreten und Abtreten eines Menschen von der Bühne des Lebens plant und orchestriert. Der Mensch demgegenüber als Marionette, die das fremd verfügte Schicksal ohnmächtig über sich ergehen lassen muss. Diese Klischees entsprechen der heutigen Realität des Sterbens schon lange nicht mehr.

Moderne Medizin macht überdeutlich: Wann Menschen sterben, hängt ganz wesentlich von kulturellen, zivilisatorischen und medizinischen Faktoren ab, und das heisst auch: von menschlichen Interventionen oder von menschlichen Entscheiden, auf solche Interventionen zu verzichten. Nicht weil es Gott gefällt, uns zu sich zurückzurufen, sterben wir, sondern wir sterben in der Regel, wenn die Biologie unseres Lebens zusammenbricht und/oder – in der

⁴ H. Rügger/R. Kunz, Über selbstbestimmtes Sterben. Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung, Zürich 2020.

⁵ BGE 133 I 58, S. 67.

⁶ Leitungsgruppe des NFP 67, Synthesebericht NFP 67 Lebensende, Bern 2017, S. 9; M. Zimmermann et al., Das Lebensende in der Schweiz, S. 18f.

⁷ K.-P. Jörns, Art. Selbsttötung, EKL IV, Göttingen 1996, Sp. 202-207, dort Sp. 203.

Mehrheit der Fälle – wenn wir es für sinnvoll halten, auf weitere lebenserhaltende und lebensverlängernde medizinisch-pharmakologische Massnahmen zu verzichten. Sterben ist ein gutes Stück weit in unsere eigene Hand gegeben. «Wo noch vor nicht allzu langer Zeit Menschen zum passiven Hinnehmen und Erwarten verurteilt waren, müssen heute aktiv Entscheidungen getroffen werden. Immer weniger geschieht einfach so. Sogar der Entschluss, auf intensivmedizinische Massnahmen zu verzichten, ist eine Entscheidung und nichts, was von selbst passiert. Wir kommen um Entscheidungen nicht herum. Wir können nicht nicht entscheiden.»⁸

Damit gilt es auch theologisch radikal ernst zu machen: Gott hat uns zu Menschen mit einem zeitlich begrenzten, endlichen Leben gemacht. Und er hat uns die Freiheit gegeben, durch wissenschaftliche Entdeckungen medizinische Möglichkeiten der Lebensverlängerung zu entwickeln und von ihnen nach unserem eigenen Gutdünken Gebrauch zu machen. Nun sollen wir mit dieser Freiheit mündig und verantwortlich umgehen. Um es pointiert auszudrücken: ob wir kürzer oder länger leben, ob wir früher ins Sterben einwilligen oder länger dagegen ankämpfen und den Tod hinausschieben, ist Gott wohl ziemlich egal. Das lässt er unsere Angelegenheit sein. Das in Freiheit zu entscheiden, mutet er uns selber zu. Weil Gott ein Gott ist, der des Menschen Freiheit will, der in ihm ein mündiges, selbstverantwortliches Gegenüber haben will.

Insofern gilt: dass wir selbstbestimmt sterben können und dürfen, ist zutiefst mit dem Willen Gottes als unserem Schöpfer kompatibel. Das theologisch und frömmigkeitsmässig radikal ernst zu nehmen, fordern uns nicht zuletzt die heutigen medizinischen Möglichkeiten heraus.

Suizid als eine Option selbstbestimmten Sterbens

Eine Möglichkeit selbstbestimmten Sterbens ist der Suizid. Dieser wurde durch alle Kulturen und Religionen hindurch ambivalent beurteilt. Christliche Theologie und kirchliches Handeln hatten durch ihre ganze Geschichte hindurch ein weitgehend negatives Verhältnis zum Suizid. Und dies obwohl die Bibel den Suizid nicht als ethisches Problem thematisiert und ihn nirgends verurteilt, sondern nur gelegentlich von einem Suizid (etwa von Saul oder von Judas) berichtet. Auch das 5. Gebot des Dekalogs («Du sollst nicht töten»⁹) hat mit Homizid, nicht mit Suizid zu tun.

In der Kirche wurde vor allem die strikte Ablehnung des Suizids durch Augustin und Thomas von Aquin bestimmend. Augustin sah im Suizid einen Verstoss gegen das 5. Gebot und setzte ihn mit Mord gleich. Und im Gefolge von Thomas von Aquin galt der Suizid im christlichen Abendland über Jahrhunderte als Frevel gegen Gott, den Geber des Lebens, als Verstoss gegen die natürliche Selbsterhaltung des Menschen und als ein Unrecht gegenüber der Gemeinschaft. Suizid galt als eine Todsünde. Frömmigkeitsprägend wurde bis in die Gegenwart hinein die Vorstellung, Suizid sei ein sündiger Eingriff in die göttlichen Herrschaftsrechte über Leben und Tod. Entsprechend wurde Suizidenten auf katholischer wie protestantischer Seite lange Zeit ein kirchliches Begräbnis verweigert. Nicht nur unter theologisch-ethischen, auch unter psychologisch-seelsorglichen Aspekten herrschte in der Kirche ein undifferenziert-negatives Verhältnis zum Suizid vor. So ist der Sozialethiker Martin Honecker überzeugt, «Suizid

⁸ F. Mathwig, *Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht*, Zürich 2010, S. 80. Weiter führt Mathwig aus: «Sterben 'geschieht' nicht einfach, sondern wird in vielen – und immer mehr – Fällen 'gemacht'. Kaum ein Mensch stirbt unabhängig oder jenseits menschlichen *Tuns* und *Unterlassens*. (...) Leben und Tod sind in vielfältiger Weise 'künstlich' hergestellte, manipulierte und technologisch gesteuerte Prozesse, denen sich in unserer Zivilisation kaum jemand entziehen kann und in vielen Situationen aus guten Gründen auch nicht verweigern wollen kann» (187f.).

⁹ Ex 20,13.

(sei) in jedem einzelnen Fall eine persönliche Tragödie.»¹⁰ Auch wenn – mindestens auf protestantischer Seite – inzwischen davon abgesehen wird, Suizid als Sünde zu deklarieren, wird Suizid doch weitestgehend immer noch grundsätzlich abgelehnt. Auf dem Hintergrund dieser Geschichte tun sich Kirche und Theologie bis heute schwer, ethisch und pastoraltheologisch ein differenziertes Verständnis von Suizid zu entwickeln, das es erlauben würde, konstruktiv mit dem umzugehen, was assistierter Suizid ganz grundsätzlich einmal ist: eine – wenn auch seltene – Form selbstbestimmten Sterbens.¹¹

Unterscheidung zwischen affekthaftem Suizid und wohl überlegtem Suizid

Grundsätzlich gilt es zwei Formen von Suizid zu unterscheiden:

- Zum einen *Suizid als affekthafte Reaktion* auf eine Notsituation, in der der Suizident keinen Ausweg mehr sieht und Hilfe bräuchte, die ihm eine Problemlösung eröffnen und wieder Lebensmut und Lebenswillen verschaffen könnte. Diese Gruppe von Suizidalen stellt den Adressatenkreis von allen möglichen Massnahmen der Suizidprävention dar. Hier geht es nicht zuletzt auch um jüngere Menschen, die noch einen Grossteil des Lebens vor sich haben könnten, an diesem Leben aber verzweifelt sind.
- Zum anderen *Suizid als wohl überlegter sog. Bilanzsuizid* insbesondere bei Menschen im höheren Alter, die aufgrund von Krankheit, Leiden oder Lebensüberdruß zur wohl überlegten Überzeugung gelangen, dass es für sie wünschbar sei, das Leben auf eine planbare, friedliche Art zu beenden und nicht weiterführen zu müssen. Menschen, die einen assistierten Suizid vollziehen, gehören zu dieser zweiten Kategorie, die nicht undifferenziert mit der ersten in einen Topf geworfen werden darf.¹²

In der Schweiz machten im Jahr 2018 allein vollzogene, also solitäre Suizide 1.5 % aller Sterbefälle aus, assistierte Suizide 1.8 %. Die Entwicklung ist deutlich: Begleitete Suizide überwiegen immer mehr solitäre Suizide, wobei v.a. Frauen diese assistierte Form der Selbsttötung wählen.¹³ Im schweizerischen Recht wird der assistierte Suizid nicht eigens geregelt. Bloss Art. 115 des Strafgesetzbuches hält fest, „wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet“ mache sich eines Straftatbestandes schuldig. Bei anderer Motivlage ist Suizidbeihilfe grundsätzlich straffrei.

Wer einen assistierten Suizid begeht, beschreitet einen Weg, auf dem er oder sie gegenüber einer Begleitperson Rechenschaft ablegt über seine Motive und mithilfe eines kundigen Gegenübers nochmals abklärt, ob ihm bewusst ist, was für Hilfen (z.B. palliativer Art) ihm zur Wiedererlangung des Lebenswillens oder zu einer anderweitigen, nicht durch Suizid geschehenden Lebensbeendigung zur Verfügung stünden und ob er sich der Tragweite seines Vorhabens bewusst ist. Zudem lässt er oder sie sich von einem Arzt die eigene Urteilsfähigkeit

¹⁰ M. Honecker, Art. Suizid V. Ethisch, RGG 7, Sp. 1855-1857, dort Sp. 1857.

¹¹ Selbst die an und für sich offene, differenzierte reformierte Position von Ch. Morgenthaler et al. meint allen Ernstes behaupten zu müssen, jedes Nein zum Leben zeuge immer von tiefster Unfreiheit (Assistierter Suizid und kirchliches Handeln, S. 167).

¹² In seiner Stellungnahme «Perspektiven am Lebensende» unterstreicht der Schweizerische Evangelische Kirchenbund, dass «die Gruppe der Suizidenten und das Klientel von Suizidhilfeorganisationen nicht identisch sind. Während in der ersten Gruppe Affektsuizide vorherrschen, stehen in der zweiten Gruppe – allein aufgrund des Verfahrens – Bilanzsuizide im Mittelpunkt.» Zum staatlichen Auftrag des Lebensschutzes gehören Präventionsmassnahmen gegen Affektsuizide, nicht aber Verpflichtungen zur Abwehr wohl erwogener individueller Sterbewünsche (Vernehmlassung des Rates des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes SEK zur Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe (1. März 2010), S. 7. Download: https://www.evref.ch/wp-content/uploads/2019/09/sek_perspektiven-am-lebensende.pdf [25.05.2021]).

¹³ 2018: 499 Männer, 677 Frauen.

bestätigen. Eine beachtliche Zahl von Suizidwilligen, die sich in der Schweiz z.B. bei Exit für einen solchen Weg entscheiden, nehmen nach entsprechender Beratung durch Mitarbeitende von Exit wieder Abstand von ihrem Vorhaben, einen Suizid zu begehen. Wer sich nach solchen Beratungsgesprächen in seinem Willen, durch begleiteten Suizid sein Leben zu beenden, bestätigt fühlt, geht den eingeschlagenen Weg als eine Option heute möglichen selbstbestimmten Sterbens zu Ende.

Modalitäten des Sterbens machen theologisch-ethisch keinen relevanten Unterschied

Theologisch-ethisch scheint mir wichtig, davon auszugehen, dass Gott uns ein endliches Leben schenkt, das dazu bestimmt ist, irgendwann *auf irgendeine Art und Weise* zu Ende zu gehen. Dass das Leben ein «Sein zum Tode» ist, wie Martin Heidegger formuliert hat,¹⁴ ist so von Gott gewollt, ist also gerade nicht, wie Eberhard Jüngel meinte, «widernatürlich» und «ein Fluch»;¹⁵ ist auch nicht, wie Paulus und ein Grossteil der kirchlich-theologischen Tradition nach ihm dachte, eine göttliche Strafe (quasi eine Todesstrafe) für die Sündhaftigkeit des Menschen.¹⁶ In der archaischen Bildsprache der Bibel: Der Mensch (hebr. 'adam') ist ein aus Erde (hebr. 'adamah') geschaffenes Wesen, ist aus Staub geschaffen, um nach einigen Jahren des Lebens wieder zu Staub zu werden.¹⁷

Wann und wie dieses begrenzte Leben an sein Ende kommt, wird nicht von Gott bestimmt. Das hängt von allerlei biologischen, zivilisatorischen, medizinischen, kurz: kontingenten Bedingungen ab und lässt sich durch menschliche, medizinische Interventionen beeinflussen. Und es gibt theologisch gesehen keine Verpflichtung, möglichst lange am Leben zu bleiben. Die drei Berner Theologieprofessoren Christoph Morgenthaler, David Plüss und Matthias Zeindler betonen zurecht, dass aus seelsorglich-theologischen Gründen alles daran gesetzt werden muss, den Eindruck zu vermeiden, ein Verständnis von Leben als Gabe Gottes impliziere einen Zwang zum Leben.¹⁸ Wenn uns das geschenkte Leben zuviel wird, dürfen wir in selbstverantworteter Freiheit auf seine Weiterführung verzichten.

Die Aufgabe von uns Menschen liegt darin, diese uns zugewachsene Freiheit der Mit- und Selbstbestimmung beim Sterben verantwortlich zu leben. Verantwortlich gegenüber unserem sozialen Umfeld, damit dieses so gut wie möglich mit unserem Ableben umgehen kann. Verantwortlich gegenüber uns selbst, indem wir unser Sterben so gestalten, dass es für uns einigermassen erträglich bleibt. Verantwortlich auch gegenüber Gott, insofern unser Sterben nach Möglichkeit zu einem Ab-danken, zu einem in Dankbarkeit zu Ende geführten Leben werden kann. Zu solchem Abdanken gehört für einen glaubenden Menschen die vertrauensvolle Gewissheit, dass unser Leben in Gottes Händen gehalten und geborgen ist,¹⁹ und zwar wie und wann immer unser Sterben sich vollziehen wird. Dabei machen die Modalitäten des Sterbens: ob durch plötzliches somatisches Versagen des Körpers, ob durch Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen, ob durch bewussten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Sterbefasten) oder durch einen verantwortlich geplanten und vollzogenen Suizid, *theologisch-ethisch* keinen relevanten Unterschied. Psychologisch gesehen kann ein Sterben durch Verzicht auf lebensverlängernde Interventionen, also durch *Zulassen* des biologischen Sterbeprozesses, sehr wohl anders empfunden werden als ein Sterben durch das aktive *Tun* eines

¹⁴ M. Heidegger, *Sein und Zeit*, Tübingen 2001 (18. Aufl.), §§ 52f.

¹⁵ E. Jüngel, *Tod*, Gütersloh 1993 (5. Aufl.) (GTB Siebenstern, Bd. 1295), S. 93f.

¹⁶ Rö 6,23.

¹⁷ Gen 3,19.

¹⁸ Ch. Morgenthaler et al., *Assistierter Suizid und kirchliches Handeln*, S. 161.

¹⁹ Ps 31,16a.

Suizidvollzugs. Aber dieser psychologische Unterschied scheint mir theologisch-ethisch irrelevant zu sein, macht also keinen Unterschied in der Wertung des Sterbemodus unter theologischen und ethischen Gesichtspunkten. In den meisten Fällen werden Sterbende heute nicht mehr darum herum kommen, sich bewusst für die eine oder andere Option zu entscheiden. Das führt unweigerlich zu einer Responsibilisierung des Sterbens: «Weil wir entscheiden können, tragen wir Verantwortung für die Entscheidungen, die wir treffen und denen wir ausweichen.»²⁰

Seelsorgliche Begleitung

Dass selbstbestimmtes Sterben – weit über die relativ kleine Zahl von assistierten Suiziden hinaus – zum neuen Paradigma des Sterbens geworden ist, stellt mentalitätsgeschichtlich einen Wandel dar, auf den wir heute noch weitgehend nicht vorbereitet sind. Die meisten Zeitgenossen gehen noch immer davon aus, sterben vollziehe sich einfach ‘von Natur aus’, indem der Körper sein Funktionieren einstellt und man nichts mehr dagegen tun kann. Oder der ‘Herr über Leben und Tod’ (also Gott) rufe einen aus dem Leben und bestimme die Todesstunde. Oder die ‘Götter in weiss’ (also die Ärzteschaft) entscheide, wann therapeutisch sinnvollerweise nichts mehr zu machen sei. Dass wir selbst über unser Sterben entscheiden können, dass wir selber verantwortlich darüber befinden sollen, wann und auf welche Art und Weise wir auf den Tod zuzugehen bereit sind, das ist für die meisten ungewohnt, eine Zumutung und grenzt zuweilen wohl auch an eine Überforderung.

In einer solchen Situation sind wir auf die sensible und verständnisvolle Begleitung durch Mitmenschen angewiesen. Hier tut sich der Aufgabenbereich der Seelsorge oder der Spiritual Care in ihren vielfältigen Formen auf. Angesichts von Lebensende-Entscheidungen brauchen wir Gesprächspartner, die uns helfen, herauszufinden, was wir überhaupt wollen, die uns Mut machen, Selbstbestimmung wahrzunehmen, und die uns dessen vergewissern, dass wir – wie immer wir uns entscheiden – in Gottes Händen sind. Angesichts dieser Gewissheit wird die Frage, für welche Option selbstbestimmten Sterbens wir uns entscheiden wollen, zwar nicht unwichtig, aber zweitrangig. Weil sie das besorgte Fragen zu überwinden vermag, was wir als Christenmenschen oder als ethisch verantwortliche Zeitgenossen denn dürfen und was nicht, wodurch wir unsere Bestimmung erfüllen oder allenfalls verfehlen könnten.

Dass die Kirchen auf dem Hintergrund ihrer langen, schwierigen Geschichte im Umgang mit Suizid sich noch nicht dazu haben durchringen können, Suizid, vor allem in der Form eines assistierten Suizids, als mögliche, theologisch legitime Option selbstbestimmten, verantwortlichen Sterbens anzuerkennen, scheint mir bedauerlich und eine bisher verpasste Chance zu sein. Es ist darum nicht verwunderlich, dass – jedenfalls in der Schweiz – immer wieder die Frage zur Diskussion steht, wie weit kirchliche Seelsorge denn in der Begleitung von Menschen, die sich für den Weg eines assistierten Suizids entschieden haben, gehen soll. In der Schweiz haben sich in jüngster Zeit die evangelisch-reformierte Kirche der Kantone Bern, Jura und Solothurn²¹, die Evangelische Landeskirche des Kantons Thurgau²² sowie auf römisch-

²⁰ F. Mathwig, Zwischen Leben und Tod, S. 100.

²¹ Solidarität bis zum Ende. Position des Synodalrats der reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn zu pastoralen Fragen rund um den assistierten Suizid, Juni 2018. Download: https://www.refbejuso.ch/fileadmin/user_upload/Downloads/Publikationen/Broschueren/SR_PUB_Assistierter-Suizid_180917.pdf [25.05.2021].

²² Den Weg zu Ende gehen. In der Begegnung mit dem Sterben Lebendigkeit erfahren, Frauenfeld 2019. Download: https://www.evangel-tg.ch/fileadmin/user_upload/Den_Weg_zu_End_gehen/Den_Weg_zu_End_gehen_ganzes_Buch.pdf [25.05.2021].

katholischer Seite die Schweizer Bischofskonferenz²³ in eigenen Stellungnahmen dazu geäußert.

Das reformierte Papier der Kirchen Bern-Jura-Solothurn fragt: «Kann assistierter Suizid für die Kirche ein grundsätzlich möglicher Umgang mit der Frage des eigenen Sterbens sein?» und gibt dann die typisch kirchliche Antwort: «Nein und Ja. (...) Assistierter Suizid kann aus biblisch-theologischer Sicht *keine Option* sein.» Aber ganz ausschliessen lässt sich diese Option in gewissen Fällen trotzdem nicht. «Dieser Fall kann aber immer nur ein Grenzfall sein.» Denn Leben hat stets Vorrang. Andererseits gibt es keinen Zwang, leben zu müssen. Das bedeutet nach dieser reformierten Sicht: «Wenn Pfarrpersonen Menschen begleiten, die auf diesem Weg aus dem Leben zu scheiden planen, dann ist dies keine ethische Beurteilung dieser Absicht. Pfarrerinnen und Pfarrer respektieren die Entscheidung ihres Gegenübers und seinen Wunsch, auf dem weiteren Weg Begleitung zu erhalten. (...) Der Synodalrat sieht seine Pfarrerinnen und Pfarrer deshalb in der Verantwortung, suizidalen Menschen und ihren Angehörigen seelsorglich und liturgisch-homiletisch beizustehen.» Denn für die Seelsorge gilt das Prinzip der bedingungslosen Solidarität bis zum Sterben. «Pfarrerinnen und Pfarrer sollen Menschen, die sie begleiten, auch im schwierigsten Moment, dem Akt der Selbsttötung, Beistand leisten, wenn diese es wünschen.» Dabei wird allerdings festgehalten, dass kein Seelsorger und keine Seelsorgerin zur Begleitung bis ins Sterbezimmer verpflichtet werden kann, sondern dass deren Gewissensfreiheit zu respektieren ist. Wer aber eine seelsorgliche Begleitung selber nicht glaubt leisten zu können, hat für eine Vertretung besorgt zu sein.

Die Stellungnahme des Thurgauer Kirchenrates bleibt ebenfalls in einer gewissen Vagheit. Sie betont, man wolle sich «nicht zu Richtern über Entscheidungen von anderen Menschen aufspielen, wir wollen und können aber unsere Glaubenshaltung auch nicht verbergen.» Und diese Glaubenshaltung, die sich vor allem auf die theologische Position der Theologen Dietrich Bonhoeffer und Wolfgang Huber bezieht, steht der Option eines assistierten Suizids grundsätzlich kritisch gegenüber. Sie soll auf gar keinen Fall zu einer normalen, theologisch-ethisch legitimen Option des Lebensendes werden. Soweit die jüngsten reformierten Positionen.

Sie stehen mit diesem etwas unbestimmten gleichzeitigen «Nein und Ja» in der Tradition der Position, die der Schweizerische Evangelische Kirchenbund (jetzt umbenannt in Evangelisch-reformierte Kirche Schweiz) seit längerer Zeit vertritt, wenn er sich bewusst jeder Pauschalantwort auf die Frage nach der theologisch-ethischen Legitimität von Suizidhilfe enthält, um niemandem eine selbstverantwortete Entscheidung abzunehmen oder eine moralische Haltung aufzudrängen.²⁴ Unklar bleibt die Position des Kirchenbundes, wenn er Suizidhilfe einerseits als letzte, legitime Option im Rahmen von Palliative Care versteht,²⁵ andererseits aber betont, es gebe keine menschliche Rechtfertigung, das eigene Leben zu beenden,²⁶ ein Suizid könne nur im Zusammenhang mit der menschlichen Möglichkeit des Scheiterns am Leben gesehen werden²⁷ und es sei zu hoffen, dass begleitete Suizide durch flächendeckend

²³ Schweizer Bischofskonferenz, Seelsorge und assistierter Suizid. Eine Orientierungshilfe für die Seelsorge, Dezember 2019. Download: https://www.bischoefe.ch/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/191213_ao326_Attitudepastoraleface%C3%A0lapratiquedusuicideassist%C3%A9_d.pdf [25.05.2021].

²⁴ Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Leben dürfen – Sterben können. Zur aktuellen Diskussion um die Suizidbeihilfe. 10 Fragen – 10 Antworten, Bern 2010, S. 6. Download: https://www.evref.ch/wp-content/uploads/2019/09/10_fragen_antworten_leben_duerfen_de.pdf [25.05.2021].

²⁵ Ebd.

²⁶ Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive (SEK-Position 9), Bern 2007, S. 26. Download: https://www.evref.ch/wp-content/uploads/2019/10/das_sterben_leben.pdf [25.05.2021].

²⁷ Ebd., S. 22.

angebotene Palliative Care über kurz oder lang bedeutungslos werden.²⁸ Als Ziel seelsorglicher Begleitung auf dem Wege eines assistierten Suizids sieht der Kirchenbund nicht primär eine ethische Beurteilung der getroffenen Entscheidung, sondern «die Befähigung der begleiteten Person zu einer selbstverantwortlichen Lebensführung, Entscheidungsfindung und Konfliktbewältigung.»²⁹ Dabei wird präzisiert: «Eine Person zu begleiten, bedeutet nicht, ... ihre Entscheidung zu rechtfertigen. Seelsorge meint nicht Komplizenschaft. Seelsorgerliche Begleitung fordert und leistet Solidarität und nicht ethische Legitimation.»³⁰

Sehr viel schärfer im Ton und eindeutiger in der inhaltlichen Stossrichtung äussert sich die römisch-katholische Stellungnahme. Sie hält fest, dass «Suizid objektiv betrachtet eine schlechte Handlung ist», ja «der assistierte Suizid ist eine moralisch falsche Handlung, die im Widerspruch zum Evangelium steht.» Aus diesem Grunde «fühlt sich die Seelsorge dazu gezwungen, allen beteiligten Personen klar zu kommunizieren..., dass sie diesen Akt (sic. eines assistierten Suizids) radikal ablehnt.» In dieser Perspektive kann das Ziel seelsorglicher Begleitung nur darin bestehen, eine Person wenn irgend möglich vom Weg des assistierten Suizids abzubringen. Dass Seelsorgende deshalb beim Akt des Suizids nicht anwesend sein dürfen, ergibt sich von selbst.

Diese Haltung entspricht den Aussagen des Katechismus der Katholischen Kirche, demzufolge Menschen verpflichtet sind, das ihnen von Gott geschenkte Leben dankbar entgegenzunehmen und zu bewahren, nicht aber darüber verfügen dürfen. Selbstmord, wie der Suizid im Katechismus bezeichnet wird, gilt theologisch-ethisch als schwere Verfehlung sowohl gegen die Eigenliebe, als auch gegen die Nächstenliebe und gegen die Gottesliebe.³¹

Nimmt man solche Positionierungen zur Kenntnis, wundert man sich nicht über den bedauerlichen «Hiatus zwischen den mehrheitlich kritischen öffentlichen kirchlichen Stellungnahmen und der Notwendigkeit, Menschen, die von einem assistierten Suizid betroffen sind, nicht vor den Kopf zu stossen, sondern sie von kirchlicher Seite kompetent zu begleiten.»³²

Sozialethische Rahmenbedingungen

Zu einer theologisch-ethischen Haltung gegenüber dem assistierten Suizid, der ja primär ein Alterssuizid ist,³³ gehört zweifellos das Anliegen, dass in einer Gesellschaft

²⁸ Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Perspektiven am Lebensende. S. 10f.

²⁹ Ganz ähnlich formuliert eine Empfehlung des Synodalrates der Evangelisch-reformierten Kirche des Kantons Waadt aus dem Jahr 2016: «Il n'est pas question ici de juger si la décision de demander l'assistance au suicide est justifiée ou non, mais d'offrir une écoute attentive pour permettre à chacun de faire un bout de chemin vers la compréhension de ce qui se joue en lui-même» (Conseil synodal de l'Eglise Evangélique Réformée du canton de Vaud, Recommandation «Assistance au suicide et accompagnement pastoral». Download: https://www.ref.ch/wp-content/uploads/2017/01/161125_recommandation_assistance-au-suicide.pdf [25.05.2021]).

³⁰ Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Das Sterben leben, S. 28.

³¹ Katechismus der katholischen Kirche, München 1993, Art. 2280-2283.

³² Ch. Morgenthaler/D. Plüss/M. Zeindler, Assistierter Suizid und kirchliches Handeln, S. 9f. Diese Autoren weisen auch darauf hin, dass den Kirchen in der heutigen Diskussion um den Umgang mit assistiertem Suizid ihre «beschämende Geschichte» mit dem Thema Suizid anhaftet, die über lange Zeit eine Geschichte der moralischen Verurteilung von Menschen war, die aus eigenem Willen aus dem Leben schieden. Die Kirchen werden heute darum «von vielen Menschen vor allem als 'moralisierende', urteilende Instanzen wahrgenommen, die als Raum, in welchem man schwierige Lebensfragen offen zur Sprache bringen kann, nicht infrage kommen» (ebd., S. 183). Zum problematischen Verständnis des Todes generell in der christlichen Theologie vgl. H. Rügger, Das eigene Sterben. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst, Göttingen 2006, S. 42-48.

³³ Das Durchschnittsalter bei begleiteten Suiziden von Exit in der Schweiz im Jahr 2020 war 78,7 Jahre.

Rahmenbedingungen existieren, die den verantwortlichen Umgang mit dem Phänomen assistierter Suizide sichern. Dazu gehört insbesondere zweierlei:

Bestimmung ethischer Kriterien: Zum einen gilt es, sich darum zu bemühen, dass die Institutionen und Personen, die Begleitung und Beratung bei der Durchführung solcher Suizide anbieten, klare Abläufe einhalten und sich an zentralen ethischen Kriterien orientieren. Für die Schweiz hat z.B. die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK im Jahr 2006 Sorgfaltskriterien vorgelegt, die ihrer Meinung nach als Mindestanforderungen erfüllt sein müssen, damit aus ethischer Sicht Suizidbeihilfe geleistet werden darf:³⁴

- Die Urteilsfähigkeit muss gegeben sein.
- Es muss ein schweres körperliches oder psychisches Leiden vorliegen.
- Der Suizidwunsch darf nicht Ausdruck einer behandelbaren psychischen Krankheit sein.
- Der Suizidwunsch muss dauerhaft und konstant sein (nicht Ausdruck eines spontanen Affektes).
- Der Suizidwunsch muss frei von äusserem Druck entstanden sein.
- Alle möglichen Optionen der Leidenslinderung müssen ausgeschöpft sein oder nicht akzeptabel erscheinen.
- Es müssen mehrmalige persönliche Kontakte und intensive Abklärungsgespräche stattgefunden haben.

Auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat in ihren medizinethischen Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod (2018) ähnlich wie die NEK Voraussetzungen benannt, die erfüllt sein müssen, damit Ärzte und Ärztinnen sich an einem assistierten Suizid beteiligen dürfen:³⁵

- Urteilsfähigkeit des Patienten
- Suizidwunsch ist wohlwogen, dauerhaft und ohne äusseren Druck entstanden
- subjektiv unerträgliches Leiden des Patienten
- alternative Optionen fehlen oder erscheinen nicht akzeptabel
- der Wunsch, nicht mehr weiterleben zu wollen, erscheint dem Arzt nachvollziehbar.

Wieweit solche Kriterien von Fachorganisationen genügen oder wie weit wünschbar wäre, entsprechende Kriterien in durchsetzbaren Rechtstexten festzuschreiben, ist sicher zu prüfen. Der Schweizerische Evangelische Kirchenbund hat sich klar dafür ausgesprochen, einheitliche Sorgfaltskriterien für die organisierte Suizidhilfe gesetzlich festzulegen.³⁶ Auch muss die Frage gestellt werden, wieweit Organisationen, die Suizidbeihilfe anbieten, von Rechtes wegen beaufsichtigt und überprüft werden sollten.

Gesellschaftliche Einstellung zu alten, kranken und behinderten Menschen: Ob alte und leidende Menschen Lebenswillen bewahren, hängt immer auch vom gesellschaftlichen Klima ab. Wie Menschen, die an Krankheiten, Gebrechen und Behinderungen leiden, in einer Gesellschaft behandelt und thematisiert werden, kann eher suizidfördernd oder suizidpräventiv sein, je nach dem, ob sich die betroffenen Personen von der Gesellschaft entwürdigt und diskriminiert oder bejaht und solidarisch unterstützt fühlen. Darum sollte dafür Sorge getragen werden, dass leidende Menschen in der Gesellschaft nicht das Gefühl haben müssen, dem Kollektiv unerwünscht zur Last zu fallen und deshalb unter den vermeintlichen Erwartungsdruck eines «sozialverträglichen Frühablebens» geraten (so das Unwort des Jahres 1998 in Deutschland).

³⁴ NEK, Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe (Stellungnahme Nr. 13/2006), S. 4-6. Download: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/Sorgfaltskriterien_d_mit_Datum.pdf [25.05.2021]

³⁵ SAMW, Umgang mit Sterben und Tod. Medizin-ethische Richtlinien. Bern 2018, S. 25-27. Download: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/richtlinien_samw_sterben_und_tod_d%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/richtlinien_samw_sterben_und_tod_d%20(1).pdf) [25.05.2021].

³⁶ Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Perspektiven am Lebensende, S. 2.

Ein klares Engagement für die unverlierbare Würde und ein uneingeschränktes Lebensrecht auch schwer leidender und beeinträchtigter Menschen ist ethisch gefordert als integraler Teil einer notwendigen gesellschaftlichen Suizidprävention. Dies allerdings nicht als Gegensatz, sondern als Kehrseite der Sicherstellung, dass leidenden Menschen, die das aus freien Stücken wollen, auch die Option selbstbestimmten Sterbens durch assistierten Suizid offen steht.

Die bleibende Herausforderung

Mir scheint wünschbar, wegzukommen von fragwürdigen Alternativen wie Suizid-Prävention vs. Suizid-Assistenz oder Palliative-Care vs. Suizid-Assistenz.³⁷ Das greift zu kurz. Anzustreben scheint mir vielmehr ein differenziertes, ethisch und auch theologisch verantwortbares Mit- und Nebeneinander von Suizid-Prävention, Suizid-Akzeptanz und Suizid-Assistenz. Und das Ganze auf dem Hintergrund eines Verständnisses von Sterben, das damit ernst macht, dass Selbstbestimmung beim Sterben längst zu einem neuen, nicht mehr aus der Welt zu schaffenden Paradigma geworden ist³⁸ und dass «ein assistierter Suizide heute in einem Kontinuum unterschiedlicher Sterbepformen steht, bei denen allen in der einen oder anderen Weise Entschiede über Länge und Art des Sterbens bestimmend sind».³⁹ Eine solche Haltung stellt zweifellos eine noch lange nicht abgegoltene ethische Herausforderung an Theologie und pastorale Praxis unserer Kirchen dar.

*Dr. Heinz Rügger, Zollikerberg/CH
frei schaffender Theologe/Ethiker/Gerontologe
h.rueegger@outlook.com*

³⁷ Die Sicht des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes ist darum zu begrüßen, dass Suizidhilfe im Rahmen eines umfassenden Palliative Care-Konzeptes integriert werden sollte (Perspektiven am Lebensende, S. 12). Auch die neuste Studie aus dem Raum der reformierten Kirchen der Schweiz, die Ch. Morgenthaler et al. über Assistierten Suizid und kirchliches Handeln (2017) vorgelegt hat, sieht Palliative Care und assistierten Suizid als sich ergänzende Möglichkeiten (S. 16.290-294), die nicht gegeneinander ausgespielt werden sollten.

³⁸ H. Rügger/R. Kunz, Über selbstbestimmtes Sterben.

³⁹ Ch. Morgenthaler et al., Assistierter Suizid und kirchliches Handeln, S. 14f.