

Seelsorge, Kirche und Suizidhilfe

Praktisch-theologische Perspektiven

Christoph Morgenthaler

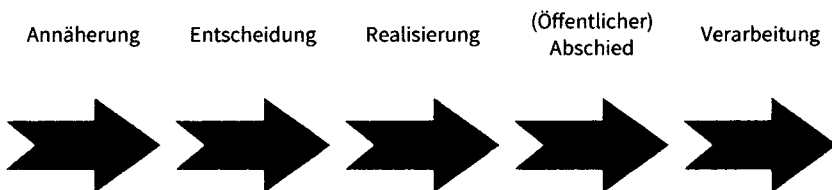
Artikel 115 StGB¹, bereits 1919 ins Schweizer Strafrecht aufgenommen, wurde in den späten 1970er-Jahren als Pforte zur Einführung des assistierten Suizids entdeckt. Die Praxis, die sich in der Folge etablierte, ist in hohem Mass kontextuell bedingt, in gewisser Weise zufällig, Resultat von politischen Weichenstellungen², entwickelt auch nach dem Prinzip «trial and error»³, geleitet von Mehrheitsentscheiden von Vereinsversammlungen der Sterbehilfeorganisationen, gerahmt durch einschlägige juristische Bestimmungen. Seelsorge, wie sie sich im Umfeld des assistierten Suizids in den Schweizer Kirchen entwickelte, ist ebenfalls in hohem Mass kontextbedingt. Zugespitzt gesagt: Erfunden wurde eine neue Sterbepflege, die einen Kontext schafft, in dem Kirchen nun ihre Seelsorge justieren müssen. Durch ihre Praxis konstruieren sie dabei mit am Bild des assistierten Suizids, zwischen Skandalisierung und Normalisierung.

Nur: Was macht diese Praxis genauer besehen aus? Zunehmend wird diese Frage zum Ausgangspunkt von Forschung. Die Sterbehilfeorganisationen beschreiben (und propagieren) aus ihrer Perspektive, worum es geht. Kirchen rücken den assistierten Suizid in Grundlagenpapieren in ein bestimmtes Licht. Auch Seelsorge selbst wird zum Ort der Wahrnehmung der Praxis des assistierten Suizids, resp. der Menschen, die sich auf ihn zubewegen. Dies wird im Folgenden fokussiert.⁴

-
- 1 «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.»
 - 2 Der Bundesrat verzichtete 2012 nach einer Vernehmlassung auf eine spezifische, staatlich verantwortete rechtliche Regelung und setzte stattdessen auf die Entwicklung einer nationalen Strategie für Palliative Care.
 - 3 So setzte sich der Suizid mit Natriumpentobarbital erst nach Versuchen mit anderen Methoden durch.
 - 4 Vgl. zum Ganzen: Christoph Morgenthaler, David Plüss, Matthias Zeindler: *Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen*. Zürich: TVZ 2017.

1. Stadien des assistierten Suizids – ein Orientierungsmodell

Der Weg zum assistierten Suizid ist ein zeitlich sehr unterschiedlich lang erstreckter Prozess.⁵ Aufgrund von Fallbeispielen aus der Seelsorge lässt sich folgendes Orientierungsmodell entwickeln, das aufgrund weiterer Erfahrung und Forschung differenziert werden müsste.



Die Auseinandersetzung mit dem assistierten Suizid setzt biografisch manchmal recht früh ein, und diese Sterbform wird beim Älterwerden als eine mögliche Variante der Sterbevorsorge erwogen. Manchmal kommt es in der Folge zum Beitritt zu einer Sterbehilfeorganisationen, für den «Fall der Fälle».⁶ Schwierigkeiten unterschiedlichster Art – Erkrankungen, Verlust einer nahen Bezugsperson und vieles mehr – können sich später so verdichten und zu Todeswünschen auswachsen, dass Betroffene die Möglichkeit eines assistierten Suizids ernsthaft ins Auge fassen, das Pro und Contra im Auf und Ab des Krankheitsprozesses abwägen, das Gespräch mit der Sterbehilfeorganisation aufnehmen und abklären lassen, ob ein assistierter Suizid in ihrem Fall möglich wäre. Daraus kann der Entschluss wachsen, mit einem assistierten Suizid aus dem Leben zu scheiden. Fällt die Prüfung des Falls durch die Sterbehilfeorganisation positiv aus, hat ein Arzt ein Rezept für das Sterbemittel ausgestellt und ist das Medikament von der Sterbehilfeorganisation eingelagert, beginnt ein nächstes Stadium der Auseinandersetzung. Wie soll der assistierte Suizid nun konkret realisiert werden? Ort, Zeit und anwesende Personen müssen bestimmt, die Modalitäten der Durchführung mit der Sterbehilfeorganisation festgelegt, die Zeitstrecke bis zum Sterbetermin gestaltet, oft darüber hinaus der öffentliche Abschied geplant werden. Nach dem Vollzug des Suizids erfolgt die

5 Nach dem Jahresbericht 2015 von Exit dauerte es vom Erstkontakt zu den freiwillig Mitarbeitenden bis zum assistierten Suizid bei 25,5% der Fälle bis zu 7 Tage, bei 15% zwischen 8 bis 14 Tagen und bei 59,5% mehr als 14 Tage.

6 «Exit» ist die grösste der fünf schweizerischen Sterbehilfeorganisationen (aktuell über 135 000 Vereinsmitglieder).

Untersuchung des Suizids, der als ausserordentlicher Todesfall eingestuft wird, durch Polizei, Amtsarzt und Staatsanwaltschaft. Für die betroffenen Angehörigen kommen nun weitere Schritte, die wieder einer anderen Dramaturgie gehorchen. Der öffentliche Abschied muss vorbereitet und bestanden und der nun unwiderrufliche Verlust verarbeitet werden.

Dieser Prozess variiert in jedem Einzelfall. Todeswünsche werden akut und verschwinden dann wieder, auf ein Stadium folgt nicht notwendigerweise das nächste⁷, die Übergänge zwischen den Stadien sind oft verschwommen, der Prozess bleibt bis zu einem bestimmten Punkt reversibel, wobei sich die Freiheitsgrade oft sukzessive verkleinern (z. B. wegen einer fortschreitenden Krankheit).⁸

Seelsorge kann in allen diesen Stadien unterstützend sein, in der Zeit der Annäherung, wenn um eine Entscheidung gerungen wird, bei der Realisierung, oft auch erst, wenn es um den Bestattungsgottesdienst geht, und manchmal in der Zeit der Trauer. Unterschiedliche Erwartungen an die Seelsorge sind mit diesen Stadien verbunden:

Begleiten Sie mich auf meinem Weg zum assistierten Suizid – und meinen Mann auch, der das nicht will!

Ich habe mich entschieden, brauche eine Wegzehrung und möchte ein letztes Abendmahl feiern!

Übermorgen stirbt unsere Mutter. Übernehmen Sie die Abdankungsfeier?

Ich muss Ihnen etwas sagen, aber Sie dürfen es NIEMANDEM weitersagen!
Helfen Sie mir, meine Schuldgefühle zu verarbeiten!⁹

2. Aus Beispielen lernen

Fallbeispiele aus der Seelsorge sind ein Zugang, Menschen auf dem Weg zum assistierten Suizid besser zu verstehen, die Dynamik dieses Prozesses tiefer zu begreifen und Möglichkeiten der Seelsorge auszuloten. Was Seelsorge bei assistiertem Suizid sein kann, wird in der Begegnung immer neu ausgehandelt. Betroffene und ihre Angehörigen tragen ihre Fragen, Bedürfnisse, ihre Vorstellungen von Würde,

7 Von rund 135 000 Exit-Mitgliedern begingen 2020 913 einen assistierten Suizid, d. h. knapp 0,7%.

8 Das zeigt sich bei einsetzender Demenz besonders drastisch: Da Urteilsfähigkeit Voraussetzung einer Bewilligung ist, müssen sich Betroffene zu einem assistierten Suizid entscheiden, noch bevor die Erkrankung stärker fortgeschritten ist.

9 Zu den einzelnen Situationen vgl. Morgenthaler et al., Suizid, 29–139.

Lebensqualität, Kirche und Seelsorge ins Gespräch, Seelsorger und Seelsorgerinnen ihre persönliche Präsenz und professionelle Kompetenz. Einige der Prozesse, die dabei ablaufen, möchte ich ausgehend von einem Fallbeispiel beschreiben.¹⁰ Ich zögere zwar, es zu verwenden, da es der ethischen Perspektivendominanz in der Wahrnehmung des assistierten Suizids Vorschub leisten und allzu leicht in diesem Sinne rezipiert werden könnte. Es ist aber insofern exemplarisch, als es eine Seelsorgekonstellation zeigt, die sich nicht nur in der Schweiz, sondern überall, wo sich die Praxis des assistierten Suizids zu etablieren beginnt, wiederholt.¹¹

Herr A. wendet sich telefonisch an seine Gemeindepfarrerin. Er erwäge den Beitritt zu einer Sterbehilfeorganisation und möchte mit ihr diskutieren, ob assistierter Suizid ethisch vertretbar sei. Auch Frau A. ist beim Hausbesuch der Pfarrerin anwesend. Herr A. wiederholt seine Bitte um eine ethische Diskussion. Die Seelsorgerin fragt zurück, weshalb er sich denn überlege, einer Sterbehilfeorganisation beizutreten. Herr A. erzählt nun von den ihn überaus belastenden Besuchen bei der Schwester seiner Frau, die, an Demenz erkrankt, in einem Pflegeheim wohnt. Sich vorzustellen, ebenfalls an Demenz zu erkranken, sei für ihn der «Horror». Die Heimbewohner und Heimbewohnerinnen kämen ihm vor wie wandelnde Leichen. Mit dieser Diagnose würde er einen assistierten Suizid vollziehen, solange er noch bei klarem Verstand sei. Was ihm denn am meisten Angst mache, fragt die Seelsorgerin behutsam weiter. Sein Sohn könnte ihn in diesem Zustand sehen und ihn so nicht mehr lieben. Er artikuliert weitere Ängste: seiner Frau zur Last zu fallen; nicht mehr als derjenige erkannt zu werden, der er einmal war; das Essen eingegeben zu bekommen; Windeln zu tragen; unverständliche Worte zu brabbeln. Er spricht auch von der Angst, sich selbst zu verlieren und ausgelöscht zu werden. Was Frau A. denn dazu sage, fragt die Pfarrerin weiter. Es wäre für sie schlimm, ihren Mann mit einem assistierten Suizid zu verlieren. Sicher liessen sich andere Lösungen finden. Sie würde ihn pflegen und wenn nötig Hilfe beiziehen. Wäre ein Heimeintritt unumgänglich, würde sie ihn besuchen. Das höre er in dieser Klarheit so zum ersten Mal, sagt Herr A. Die beiden sprechen weiter. Es tut ihnen sichtlich gut, sich gemeinsam mit ihren Fragen und Ängsten auseinanderzusetzen. Die Seelsorgerin fragt nun

10 Es handelt sich um ein Beispiel, das im Zusammenhang des Abschlusses einer systemischen Seelsorge-Weiterbildung differenziert dokumentiert und reflektiert wurde. Es wurde anonymisiert und für die Publikation in Rücksprache mit der verantwortlichen Pfarrerin gekürzt. Diese hat das Einverständnis zur Publikation erteilt.

11 Zum Beispiel wenn sich Menschen in Deutschland oder Österreich überlegen, ob sie in die Schweiz reisen und mit der Sterbehilfeorganisation Dignitas aus dem Leben scheiden wollen.

Herrn A., was denn sein Sohn, wäre er jetzt hier, zu seinen Befürchtungen sagen würde. Sein Sohn würde ihm wohl versichern, er liebe ihn immer noch. Die Seelsorgerin lenkt das Gespräch dann auf das Thema des Verlöschtens, auf damit verbundene Vorstellungen (für Herrn A. ist, anders als für seine Frau, mit dem Tod alles aus) und bekennt ihren christlichen Auferstehungsglauben. Ihr Angebot, mit ihnen zu beten, nehmen beide gerne an. Sie nimmt ihre Anliegen und Ängste auf und trägt sie vor Gott mit der Bitte um Schutz, Begleitung, Segen und Getragen-Sein über den Tod hinaus. Herr A. sagt am Schluss des Gesprächs, es habe gutgetan, zu reden und die Ängste auszusprechen. Sie seien jetzt weg. Bei einem nächsten Gespräch erzählt Herr A., er habe sich eingehend mit dem assistierten Suizid beschäftigt und belegt dies mit Artikeln, die er der Seelsorgerin zeigt, und wird nun selbst zum dozierenden Experten. Wenn schon würde er sich jetzt dazu entscheiden, freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten. Die Seelsorgerin würdigt dies, was Herrn A. sehr freut. Auch seine Frau ist sichtlich bewegt und erleichtert. Beide haben nun auch eine Patientenverfügung verfasst. Herr A. erzählt zudem von seinem Glauben. Er unterstreicht seine Rede von Gott mit der Geste einer offenen Hand, die im Tod niemanden fallen lässt. In einem weiteren Gespräch geht es um eine neu diagnostizierte Krebserkrankung Herrn A.s und darum, wie er sich – unterstützt von seiner Frau – gegen eine Chemotherapie und für ein «watchful waiting» entschieden hat.¹²

3. Assistierter Suizid im Kontext multipler Sterbeverläufe

Es ist jener schleichende Prozess der Fragilisierung bei zunehmendem Alter, der die Auseinandersetzung mit dem Lebensende vorantreibt. Dabei ist der assistierte Suizid nur eine der Sterbemodalitäten, die Menschen in höherem Alter in Betracht ziehen. Suizid steht in einer Reihe anderer Sterbepformen und -verläufe, die zum Thema werden können (Sterben mit Palliative Care, mit palliativer Sedierung, freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit usw.). Mit ihnen weist assistierter Suizid grössere Ähnlichkeit auf, als es die unterschiedlichen Begriffe suggerieren.¹³ Alle diese Formen des Sterbens sind Abkömmlinge einer Protestbewegung gegen medizinisch dominiertes Sterben, die zurückgeht auf die 1970er-Jahre und in deren Folge das Selbstbestimmungsrecht nicht nur beim

12 Das zweite und dritte Gespräch wurde von der Seelsorgerin ebenfalls ausführlich dokumentiert; diese Teile wurden stark gekürzt, da im Folgenden das Thema des assistierten Suizids im Vordergrund steht.

13 Vgl. dazu den Artikel von Michael Coors in diesem Band.

assistierten Suizid, sondern überhaupt bei medizinischen Entscheiden zum unbestrittenen Grundrecht wurde. Bei den meisten anderen Sterbeverläufen müssen ebenfalls Entscheide getroffen werden, welche den Zeitpunkt und die Art des Sterbens beeinflussen.¹⁴ Das ist Teil des gesellschaftlichen Wandels und des medizinischen Fortschritts: Auch Sterben wird zum «Machsals»¹⁵, die Wahl einer Sterbeform ihrerseits zum Schicksal.

Auch Herrn A.s Auseinandersetzung mit dem assistierten Suizid ist eingebettet in eine ganze Landschaft von Sterbemöglichkeiten.¹⁶ Er nimmt eine Art Güterabwägung vor. Sterben an Demenz provoziert als dunkle Folie seine Frage nach der Opportunität eines assistierten Suizids. Später kommen als Elemente des «advance care planning» Patientenverfügung und der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in den Blick. Palliative Care wird schliesslich im dritten Gespräch zum Thema. Mit anderen Sterbewegen verglichen ist der assistierte Suizid attraktiv, für Herrn A. besonders wichtig: Der erscheint ihm erträglicher als ein langes Sterben an einer Demenz. Allerdings ist er mit normativen Problemen gekoppelt, die Herr A. im Gespräch mit der Seelsorgerin zu klären hofft. Anstatt vor allem auf den Suizid und seine ethischen Implikationen zu fokussieren, stützt die Seelsorgerin Herrn A. bei der Orientierung in diesem komplexen Umfeld.

4. Ein Vereinsbeitritt – erster Schritt auf dem Sterbeparcours

Der Weg hin zu einem assistierten Suizid ist nicht nur ein individueller Parcours. Natürlich ist es für Seelsorge elementar, einzelne Menschen auf der subjektiven Ebene ihres Erlebens sensibel wahrzunehmen. Ebenso wichtig ist ein Verständnis dafür, wie sich bei einem assistierten Suizid diese psychische Dynamik mit sozialen Prozessen verbindet: mit den Reaktionen im Familiensystem, mit institutionellen Regelungen (falls die sterbewillige Person in einem Alters- oder Pflegeheim lebt)

14 Im Jahr 2013 gingen in der Schweiz in 58,7% der medizinisch begleiteten Todesfälle dem Sterben medizinische «end-of-life decisions» voraus (Georg Bosshard, Samia A. Hurst, Milo A. Puhon: Medizinische Entscheidungen am Lebensende sind häufig, in *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum* 16 [2016], 896–898).

15 Odo Marquard: *Schicksal? Grenzen der Machbarkeit, ein Symposium*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag 1977, 67.

16 Die nun folgenden Kommentare stammen von mir, sind aber auch auf die Analyse der Seelsorgerin abgestützt, die in ihrer Reflexion besonders die systemischen Aspekte der Begleitung fokussierte.

und mit dem durch juristische Vorschriften getakteten Ablauf, den die Sterbehilfeorganisationen vorgeben, moderieren und überprüfen.

Ein Vereinsbeitritt, wie ihn Herr A. ins Auge fasst, ist, auch wenn damit vorerst nichts entschieden ist, ein sensibler Moment. Mit ihm verbunden ist die Rollenübernahme als potenzieller Suizident mit Vereinsrechten und -pflichten, eine finanzielle Selbstverpflichtung (wer regelmässig einen Jahresbeitrag leistet, muss später für einen assistierten Suizid weniger bezahlen und ist im Fall der Knappheit des Angebots gegenüber Nichtmitgliedern privilegiert) und der Anschluss an eine kontinuierliche Information via das Kommunikationsorgan des Vereins, in dem der assistierte Suizid regelmässig als Form des guten Sterbens inszeniert wird (mit Abbildungen, Testimonials, Modellverläufen u. a. m.). Es ist zudem eine Art «priming» von assoziativen Verbindungen: Die Dienstleistungen der Sterbehilfeorganisationen, die Bahnung eines berechenbaren Sterbeparcours, verheissen die Bannung des «Horrors», passen wie der Schlüssel zum Schloss der Ängste, Antizipationen und Fantasien, aus denen Herr A. sein Begründungsnarrativ für einen Beitritt ableitet. So beruht die Fokussierung von Gründen für einen Vereinsbeitritt zuungunsten einer ethischen Diskussion auf einer präzisen Einschätzung dessen, was damit in Gang kommen kann.

5. Sterbewünsche, Sterbevorsatz und Sterbepläne

Die somatischen, psychischen, sozialen und spirituellen Belastungen können schwerer werden und sich in Sterbewünschen äussern. Diese fluktuieren, kommen und gehen, sind Ausdruck einer fortlaufenden Evaluation der Lebensqualität durch die Betroffenen und noch nicht mit einem Sterbeplan identisch. Motivational entscheidend ist die Entwicklung eines Sterbevorsatzes. Zusätzlich zu Faktoren, die einen Menschen in Richtung eines Entscheids für assistierten Suizid schieben, sind es andere, die ihn ziehen: Der assistierte Suizid wird attraktiv, weil Sterbehilfeorganisationen konkrete Abläufe vorgeben, wie Sterbewünsche in einen Sterbevorsatz, dann einen konkreten Sterbeplan und schliesslich einen kontrollierbaren Sterbeablauf umgesetzt werden können. Von Sterbewünschen über einen Sterbevorsatz zum Sterbeplan entsteht ein Gefälle hin zur Tat. Ist der entsprechende Plan genügend konkretisiert und sozial kommuniziert, wird er zwar manchmal auf die lange Bank geschoben, selten aber rückgängig gemacht.

Herr A.s Lebenswille ist noch ungebrochen. Die Seelsorgerin stützt diesen Lebenswillen gerade dadurch, dass sie Raum schafft für das, was ihn bedroht.

Seelsorgende sind in späteren Stadien der Begleitung mit Sterbewünschen und noch später mit einem Sterbeplan konfrontiert. Sie können sich nun nicht mehr nur mit dem Lebenswillen verbünden, sondern müssen einen Menschen auch in seinem Sterbewilligen respektieren.

6. Seelsorge auf dem Prüfstand

In allen Stadien des Wegs zum assistierten Suizid ist professionelles Handeln wieder auf andere Weise gefordert. In der Annäherungsphase beratend, wie das Beispiel verdeutlicht, später unterstützend bei der Exploration von Alternativen (z. B. der Palliative Care), beim Umgehen mit Ambivalenzen und bei Coping und Resilienz. Seelsorge kann so (beschränkt) auch zur *Suizidprävention* beitragen. Dies wird anders in der Zeit der Realisierung. Auch hier trägt Seelsorge zum Offenhalten von Optionen bei, wird aber verstärkt auch *Suizidbegleitung*, ist gefragt im Vorfeld des Suizids oder auch in der Sterbeszene selbst. Seelsorge wird schliesslich zum Ort der *Suizidverarbeitung* Angehöriger, wenn der Suizid vollzogen ist und das Geschehen bewältigt werden muss. Das heisst: Hilfreiche Seelsorge im Umfeld des assistierten Suizids ist prozessorientierte Seelsorge, nimmt in den unterschiedlichen Stadien hin zum Suizid die je spezifische Dynamik der Entwicklung präzise wahr und orientiert ihr Handeln daran.

Wichtig ist zudem eine «bifokale» Wahrnehmung von Sterbewilligen und ihren Angehörigen. Leicht führt die Dramatik einer Leidenssituation und der appellative Charakter des Suizidwunsches dazu, dass Angehörige ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen und auch aus dem seelsorglichen Blick geraten. Doch auch sie leiden.¹⁷ Deshalb ist zum einen die personenzentrierte Wahrnehmung der sterbewilligen Person, zum anderen aber auch die Aufmerksamkeit für die Dynamik des Angehörigen-systems notwendig.

Auch im Beispiel ist etwas von dieser sozialen Dynamik zu spüren. Herr A. ist initiativ, seine Frau hat sich offenbar in dieser Sache bisher zurückgehalten. Erst nachdem die Seelsorgerin sie direkt anspricht, erläutert sie ihre Position, was Herrn A. wichtige Informationen vermittelt. Die zirkuläre Frage nach dem Sohn holt auch diesen ins Gespräch. Auch Herrn A.s Frage bezüglich eines Beitritts zu einer Sterbehilfeorganisation hat diese systemischen und persönlichen Kompo-

17 Vgl. Murielle Pott, Claudia von Baalmoos, Julie Dubois, Claudia Gamondi: *Négocier sa participation à une assistance au suicide en Suisse*, in: *Médecine palliative – Soins de Support – Accompagnement – Ethique* 13 (2014), 68–76.

nenen. Die Frage hat für seine Frau (und auch die Pfarrerin) eine Signalwirkung, provoziert Positionierungen, führt dazu, dass sich um Herrn A. ein Problemsystem formt. Sie hat für ihn selbst auch einen höchst persönlichen, emotionalen Tiefgang, wie sich nach dem vorsichtigen, am Sprachgebrauch von Herrn A. orientierten Nachfragen der Seelsorgerin zum «Horror» Demenz zeigt.

Wichtig ist zudem die Auftragsklärung, das Ausmitteln von Erwartungen Betroffener und professionellem Selbstverständnis. Eine kooperative Auftragsklärung ist wichtig, damit eine seelsorgliche Begleitung zugleich an Bedürfnissen Betroffener und an professionellen Standards orientiert in Gang kommt. Es geht in dieser Seelsorge nicht um die möglichst passgenaue Versorgung Betroffener, sondern um deren kooperative Ermächtigung zur Selbstermächtigung.

7. Ethische Beratung in der Seelsorge?

Was Seelsorge in diesen unterschiedlichen Stadien bedeutet, welche Formen sie annimmt und was sie leisten kann, müsste weiter profiliert werden. Ich kann dies, vom Fallbeispiel ausgehend, nur an einer Stelle tun. Ist Seelsorge – gerade auf einem Handlungsfeld, das von so kontroversen Werteorientierungen durchzogen ist – ethische Beratung? Es ist unbestritten: Seelsorgliches Handeln hat ethische Implikationen, ist immer Ausdruck bzw. Folge bestimmter Entscheide, die mit Gründen gefällt werden müssen. Seelsorge kann zudem Raum zur Verhandlung ethischer Fragen werden. Was heisst das aber genauer? Geht es dabei darum, ethische Impulse zur Vermeidung eines Suizids zu geben?¹⁸ Das Fallbeispiel erlaubt es, die Frage nochmals etwas anders zu stellen.

Herr A. spricht die Theologin direkt auf ihre ethische Fachkompetenz an. Das ist natürlich eine Steilvorlage zu einer ausgedehnten ethischen Debatte. Die Pfarrerin hingegen bringt eine andere Rollendefinition ins Spiel: Sie versteht sich hier primär als Seelsorgerin, als «Hebamme», und folgt ihrer Hypothese, dass sich hinter der Bitte um eine ethische Diskussion eine tiefere Not verbergen könnte. Sie nimmt sich zurück, öffnet einen Raum, ist präsent, ohne dem Gang der weiteren Diskussion vorzugreifen, und fragt nach Herrn A.s Meinung (damit fällt sie einen auch ethisch relevanten Entscheid). Es ist, wie wenn Herr A. darauf gewartet hätte. Die personenzentrierte Reaktion der Pfarrerin öffnet die Schleusen. Die Seelsorgerin widersteht also dem Appell an

18 Vgl. den Beitrag von Isolde Karle in diesem Band.

ihre theologisch-ethische Kompetenz, öffnet statt dessen mit ihrer Präsenz einen Raum der Auseinandersetzung auf einer emotionalen, wertbesetzten, motivationalen Ebene, mit dem Vertrauen darauf, auch «halten» zu können, welche ethische Komplexität (auch in der Beziehung von Herrn und Frau A.) und welches Gewirr von Gefühlen, Phantasien und Ängsten in diesem «containment» zum Vorschein kommt.¹⁹ Die Exploration des Bedingungsgefüges, das sich in Herrn A.s ethischer Frage zeigt, ermöglicht es ihm, sich selbst gegen den assistierten Suizid zu entscheiden.

Ethische Beratung erscheint hier nicht im Gewand einer kontroversen Diskussion medizinethischer Kriterien. Das seelsorgliche Vorgehen der Seelsorgerin ist eher Ausdruck einer Care-Ethik: Sie öffnet einen Gesprächsraum, in dem «bottom-up», von bewussten und vorbewussten Wahrnehmungen und Urteilsprozessen aller Beteiligten, in einem Feld gegenseitiger Abhängigkeit und Care gemeinsam eine Lösung entwickelt wird. Sie urteilt nicht, bleibt neutral, kann aber gerade so einen ethischen Suchprozess unter allen Beteiligten initiieren und moderieren. Seelsorge wird so zum Raum «des Umgangs mit den evaluativen ethischen Fragen des guten Lebens»²⁰ – und des «strittigen» Sterbens – gerade dadurch, dass sie sich auf ihre Fachkompetenz konzentriert. Dies bedeutet Verzicht auf theologisch-ethische Deutungshoheit und Ermächtigung von Herrn und Frau A. zur Suche nach einem eigenen Urteil, gerade auch dadurch, dass vorreflexive Dimensionen der ethischen Urteilsbildung wie Wahrnehmungsmuster, Emotionen und Begründungsnarrative im dialogischen seelsorglichen Urteilsraum angesprochen werden.²¹

Es ist erstaunlich, wie sich die Gewichte im Verlauf der seelsorglichen Begleitung verlagern: von Vernichtungsängsten zur kompetenten persönlichen Entscheidung; von der Marginalisierung der Frau zu deren Einbezug; vom schweren Konflikt, an dem das Ehepaar vorbeischrämt, zur Stärkung der Kompetenz, sich gegenseitig zu unterstützen; vom rationalen Urteil, nach dem Tod ist nichts, zum Bild der offenen Hand, die auffängt. Die Seelsorgerin bringt ihre persönliche Position kommunikativ ins Spiel, wo dies hilfreich ist, insbesondere bei der Angst vor dem Verlöschen der eigenen Identität, als Zuspruch, als Hoffnung auf ein «Getra-

19 Zu diesem «Containing», das auf den Psychoanalytiker Wilfried Bion zurückgeht, vgl. Wolfgang Wiedemann: *Seelsorge, Mystik, Psychoanalyse*, in: Isabelle Noth, Christoph Morgenthaler (Hg.): *Seelsorge und Psychoanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer 2007, 176–190.

20 Vgl. Michael Coors: *Gesprächsräume als Urteilsräume. Der Beitrag der Seelsorge zur ethischen Urteilspraxis im Krankenhaus*, in: *Wege zum Menschen* 67 (2015), 451–463.

21 Vgl. a. a. O., 460–463.

gen-Sein über den Tod hinaus», das sie durch ihre Präsenz und im Gebet auch szenisch gestaltet. Damit bezieht sie sich ebenfalls auf ein medizinethisches Prinzip, das Prinzip des «Non-Abandonments», das von ihrem Auferstehungsglauben getragen ist. Der Indikativ geht auch hier dem Imperativ voran.

8. Theologische Antinomien und Ambivalenzen

Eine an ethischen Kriterien orientierte Diskussion führte in der Seelsorge wohl aus einem weiteren Grund nicht weiter: Es sind gegensätzliche Prinzipien im Spiel. Nach Mathwig²² treffen beim Verhandeln eines assistierten Suizids drei unterschiedliche, elementare ethische Prinzipien aufeinander, die je auch dogmatisch unterlegt sein können: Autonomie (Selbstbestimmung, -verantwortung und Respekt gegenüber der Freiheit der und des anderen), Fürsorge (Solidarität, Empathie, Unterstützung, Stellvertretung) und Lebensschutz (Tötungsverbot, Lebensrettung, -erhaltung und -bewahrung). Diese können zusammenspielen, aber auch in Konflikt zueinander treten. Die Prinzipien und ihre Gewichtung sind interpretations-offen. Das schafft für Betroffene und Seelsorgende emotionale Ambivalenzen, die sich oft nicht auflösen lassen.

Seelsorge beim Besuch bei Herrn und Frau A. ist getragen vom Prinzip der Fürsorge. Die Seelsorgerin begleitet Herrn A. zudem zu einem autonomen Entscheid, der nicht mehr von Ängsten bestimmt ist. Zugleich stärkt sie damit auch Herrn A.s Willen zum Leben und wirkt suizidpräventiv. In diesem Fall greifen die Prinzipien ineinander. Anders stellte sich die Situation dar, wenn sich Herr A. für einen Vereinsbeitritt entschiede, später ein Gesuch für assistierten Suizid stellte, noch später einen Besuch der Seelsorgerin am Abend vor dem Suizid wünschte. Hier stehen Lebensschutz, Fürsorge und Autonomie in Konflikt. Die ethischen Kriterien sind zudem interpretationsbedürftig. So lässt sich die Seelsorgerin bei ihrem Handeln von einer bestimmten Interpretation von Autonomie leiten: Sie bezieht von Anfang an das Beziehungsumfeld mit ein und folgt damit einem relationalen Verständnis von Selbstbestimmung (Sterbehilfeorganisationen propagieren demgegenüber einen abstrakteren, grundrechtlichen Autonomiebegriff).

22 Vgl. Frank Mathwig: *Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive* (SEK Position 9). Bern: SEK 2007, 16.

Seelsorge bei assistiertem Suizid heisst deshalb auch: Aushalten theologisch-ethischer Mehrdeutigkeit. Dies wird besonders dann anspruchsvoll, wenn Seelsorge nicht (nur) Suizidprävention bleibt, sondern zur Suizidbegleitung wird. Auch Menschen, die einen assistierten Suizid erwägen oder sich mit dem Sterbewilligen eines Angehörigen auseinandersetzen müssen, sind dieser Mehrdeutigkeit ausgesetzt. Mit solchen Wertorientierungen sind zudem starke Emotionen verbunden, die ebenfalls wahrgenommen und ausgehalten werden müssen. Diese Einstellungen und Ambivalenzen Betroffener und Seelsorgender greifen zudem ineinander, was die Interaktion erschwert und das Beziehungsgeschehen polarisieren kann. So könnte auch eine ethische Diskussion im Fallbeispiel verlaufen: Je mehr die Seelsorgerin sich gegen einen assistierten Suizid stellte, desto mehr würde sich Herr A. wohl provoziert sehen, dafür zu sein.

9. Spannungen im professionellen Selbstverständnis

Selbstreflexion ist deshalb auch im Kontext dieser Seelsorge unverzichtbar: Ein bewusstes Reflektieren der eigenen Position, persönlich, theologisch, ethisch, (kirchen)politisch, im Blick auf deren biografische Bestimmtheit und professionelle Relevanz. Dies ist anspruchsvoll, da diese persönliche Haltung unterschiedlich «geschichtet» sein kann.

Das zeigt sich sehr plastisch, wenn ich die Teilnehmenden einer Weiterbildung bitte, sich bezüglich dreier Aussagen zu positionieren: 1. Ich kann mir gut vorstellen, im «Fall der Fälle» so aus dem Leben zu gehen (= Pol +2 in der Skala unten) / Ich schliesse dies für mich kategorisch aus (= Pol -2 in der Skala). 2. Theologisch, spirituell habe ich keine Mühe mit dieser Form des Sterbens, ich kann sie mit meinem Glauben vereinbaren (= Pol +2 in der Skala unten) / Theologisch, spirituell habe ich grosse Mühe damit, ich kann sie mit meinem Glauben nicht vereinbaren (= Pol -2 in der Skala unten). 3. Ich kann es mit meinem Berufsethos vereinbaren, Betroffene, die mit einem assistierten Suizid aus dem Leben gehen wollen, seelsorglich zu begleiten, wenn nötig bis zum Ende (= Pol +2 in der Skala unten) / Ich kann dies mit meinem Berufsethos nicht vereinbaren (= Pol -2 in der Skala unten).

Die folgende Grafik spiegelt die Stellungnahmen einer Gruppe von deutschen Alters- und Pflegeheimseelsorgerinnen und -seelsorgern (jede Person setzte bei jeder Frage je einen Stern im Bereich zwischen -2 und +2):

Die Einstellungen streuen erheblich, auf allen Ebenen. Am homogensten sind sie im professionellen Bereich. Eine grosse Mehrheit kann eine Suizidbegleitung mit dem Berufsethos vereinbaren. Auf der theologischen Ebene zeigt sich, dass das normative Trilemma Richtung Zustimmung oder Ablehnung eines assistierten Sui-

Aspekt/ Berwertung	- 2	- 1	+ 1	+ 2
Persönlich	* * *	* * * *	* * *	* *
Theologisch	* *	* * *	* * * * *	* * *
Professionell	* *	*	* *	* * * * * * * *

zids vereindeutigt werden kann. Auffällig sind hier aber auch die vielen Einträge auf oder wenig neben der Mittelposition. Sie stammen von Seelsorgenden, die eine theologische Positionierung vermeiden, resp. – was mir wahrscheinlicher scheint – die entsprechenden theologischen und emotionalen Ambivalenzen wahrnehmen und nicht vorschnell in die eine oder andere Richtung auflösen. Betrachtet man zudem die Einträge einer Person auf diesen drei Ebenen, zeigt sich, dass die Haltung in einem Fall sehr spannungsvoll sein kann, im anderen eher in sich selbst kongruent. Dies alles beeinflusst das Handeln im konkreten Fall, macht die Begleitung für die Seelsorgenden psychisch mehr oder weniger konfliktbelastet und muss reflektiert werden. Sichtbar wird auch, wie unterschiedlich das Gemenge von Einstellungen zum Beispiel in einem Seelsorgeteam sein kann und wie heikel und wichtig eine Verständigung darüber ist.

10. Kontext Kirche

Die Entwicklungen in der Schweiz verdeutlichen, was die funktionale Ausdifferenzierung der Seelsorge in Gemeinde-, bzw. Spital- und Heimseelsorge leistet. Das kombinierte Angebot von Gemeinde- und Heimseelsorge macht Kirchen zu wichtigen Akteuren der Zivilgesellschaft, auch im psychosozialen Umgang mit dieser neuen Form des Sterbens.

Ortsgemeinden sind niederschwellige Orte der Thematisierung von Fragen rings um den assistierten Suizid, in der Erwachsenenbildung oder im beratenden Gespräch, wie das Fallbeispiel zeigt. In Ortsgemeinden wird Seelsorge oft auch bei der Vorbereitung und Durchführung bei Bestattungen nachgefragt. Der Entscheidung zum Suizid ist meist gefallen, die Nachfrage nach einem Bestattungsgottesdienst Teil der Planung der Realisierung des Suizids. Seelsorgende müssen sich im Vorfeld einer Beerdigung manchmal geradezu zu jener Person vorkämpfen – oder genauer: systemisch reflektiert vortasten –, die sich das Leben nehmen will.

Zunehmend wird die Seelsorge bei assistiertem Suizid auch in Altersinstitutionen und Pflegeheimen zum Thema.²³ Durch ein Bundesgerichtsurteil abgestützt müssen solche Institutionen assistierte Suizide in ihren Räumlichkeiten zulassen.²⁴ Hier kommt Seelsorge oft in der Zeit der Entscheidung oder der unmittelbaren Vorbereitung eines assistierten Suizids in Gang, aufgrund einer routinemässigen seelsorglichen Kontaktaufnahme oder vermittelt über die Pflegenden. Manchmal ist sie auch integrierender Bestandteil der interdisziplinären, heiminternen Krisenintervention, dient dann auch gezielt der Bearbeitung von Spiritualität und Glauben als Belastungen resp. Ressourcen. Die Angehörigen bleiben eher im Hintergrund.²⁵

In der Schweiz gibt es, was den assistierten Suizid betrifft, zudem beträchtliche regionale Unterschiede in Bezug auf Häufigkeit, Ablaufmodalitäten und konfessioneller Einbettung. Als erste kirchliche Institution hat der Schweizerische Kirchenbund (heute: Evangelische Kirche Schweiz) bezüglich Seelsorge bei assistiertem Suizid vorsichtig positiv Position bezogen, bald auch die Bischofskonferenz, aber mit grundsätzlichen Vorbehalten. Mittlerweile sind Leitbildprozesse in vielen Kantonen in Gang oder abgeschlossen (z. B. in den Kantonen VD, BE, ZH, BL). Dabei erlaubt es die föderale Struktur, Erfahrungen mit unterschiedlichen Kontexten und Vorgehensweisen zu vergleichen, auszutauschen und aus Unterschieden zu lernen. Dieses Lernen voneinander ist eine Art konziliarer Lernprozess. Ethische Grundlagenreflexion, Praxiswagnisse, organisationales Lernen, Weiterbildung, Forschung und mehr verbinden sich dabei.

Wichtig ist dieser gemeinsame Lernprozess auch aus poimenischer Perspektive. Er schafft Öffentlichkeit, die in einem spannungsvollen Gegenüber zur Öffentlichkeit steht, die die Sterbehilfeorganisationen offensiv bewirtschaften. Er schafft einen Diskussionsraum, theologisch-ekkesiologische Plausibilitäten, die auch Seelsorge als Möglichkeitsraum öffnen. Was auf kirchlicher Makroebene geschieht, korrespondiert im besten Fall mit Prozessen auf der seelsorglichen Mikroebene.

23 Vgl. Christoph Morgenthaler: Seelsorge bei assistiertem Suizid, in: *Wege zum Menschen* 71 (2019), 68–81.

24 Ein vom Kanton Neuenburg 2016 erlassenes Gesundheitsgesetz sieht vor, dass öffentlich anerkannte gemeinnützige Institutionen den Wunsch eines Patienten, einer Patientin nach einem begleiteten Suizid in ihren Räumlichkeiten respektieren müssen. Eine Klage der Heilsarmee dagegen wurde vom Bundesgericht abgewiesen.

25 Das ist Resultat einer systemspezifischen Marginalisierung von Angehörigen, wie sie beispielsweise auch in der Spitalseelsorge beobachtet werden kann.

So korrespondiert das Verhalten der Seelsorgerin beispielsweise mit Richtlinien der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn.²⁶ «Solidarität», so wird im kirchlichen Positionspapier formuliert, ist ein Grundmotiv kirchlicher Seelsorge: So folgt die Seelsorgerin nicht einfach der Bitte Herrn A.s nach einer ethischen Diskussion, sondern sondiert nach dem verdeckten Auftrag, riskiert Solidarität bei der kooperativen Suche nach Antworten auf einer tieferen Beziehungsebene, «verdaut» dabei einiges, was für die Betroffenen unverdaulich ist, und gibt theologische Impulse. «Den Weg gemeinsam gehen», ist ein nächstes Regulativ: Die Seelsorgerin lässt sich auf Begleitung ein, geht den Reflexionsweg Herrn und Frau A.s mit, hält Unsicherheit aus. «Miteinander Alternativen suchen», heisst in diesem Fall: Die Seelsorgerin exploriert mit Herrn und Frau A. zusammen Optionen im Fall einer Demenz. Schliesslich korrespondiert sie mit ihrem Handeln mit einem vierten Grundsatz des kirchlichen Positionspapiers: «Für Beziehungen sensibilisieren». So entstehen zwischen kirchlichen Akteuren und Akteurinnen auf unterschiedlichen Ebenen produktive Resonanzen.

11. Dabei sein bis zuletzt – ein Tabu?

Der Bedarf an fundierter Forschung und poimenischer Konzeptbildung zur Seelsorge bei assistiertem Suizid ist weiterhin gross. Hier kann nur kurz noch eine weitere Herausforderung gestreift werden: Seelsorge in der Sterbeszene. Dazu ist noch kaum etwas bekannt, zudem ist die Präsenz der Seelsorge beim Suizid mit vielen Fragen verknüpft. Leistet Seelsorge dem assistierten Suizid so weiteren Vorschub? Lassen sich Begleitung und Mitwirkung unterscheiden oder werden damit falsche Signale ausgesendet? Geraten Seelsorgerinnen und Seelsorger unter Druck, wenn Kirchen diese Präsenz ausdrücklich auch als eine der Möglichkeiten von Seelsorge vorsehen?²⁷ Werden sie damit der Gefahr einer Traumatisierung ausgesetzt? Ist die

26 Vgl. Synodalrat der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn: *Solidarität bis zum Ende. Position des Synodalrats der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn zu pastoralen Fragen rings um den assistierten Suizid*. Bern 2018, 4f.

27 An dieser Frage entzündete sich ein Konflikt zwischen dem Synodalrat der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn, der «Dabeisein bis zuletzt» als Möglichkeit der Seelsorge vorsieht, und einer Gruppe von Pfarrpersonen, die sich dadurch unter Druck gesetzt fühlten, obschon in der Wegleitung ausdrücklich festgehalten ist, dass Pfarrerinnen und Pfarrer in ihrer Entscheidung frei sind und ggfs. eine Stellvertretung organisiert wird.

Verweigerung der Präsenz in der Sterbeszene die einzig mögliche, theologisch verantwortbare Praxis?²⁸

Ich finde es praktisch-theologisch weiterführend, diese Begleitung in der Sterbeszene ergebnisoffen zu diskutieren. Einzelne Erfahrungsberichte lassen vermuten, dass eine reflektierte und sorgfältig gestaltete Präsenz beim Suizid für die Betroffenen hilfreich und für die Seelsorgenden ertragbar und verantwortbar ist. Voraussetzung dafür ist eine sorgfältige Auftragsklärung: Was erwarten und erhoffen Angehörige von der Präsenz der Seelsorge in dieser Situation? Wie kann eine Seelsorgerin darauf eingehen? Welche Anliegen und Impulse wären ihr auch von ihrem Berufsethos her wichtig? Wie könnte gemeinsam eine stimmige liturgische Form gefunden werden? Gäbe es eine Möglichkeit der seelsorglichen Präsenz vor oder nach dem Suizid (und nicht beim Suizid), die den Bedürfnissen der Betroffenen ebenfalls gerecht würde? Wie können Seelsorgende sich psychisch vorsehen und schützen?

Die Diskussion der seelsorglichen Präsenz in der Sterbeszene scheint mir auch deshalb wichtig, weil sie Grundfragen der Seelsorge bei assistiertem Suizid nochmals in aller Schärfe exponiert: Wie kann Konsistenz kirchlichen Handelns in diesem Bereich gesichert werden? Dürfen Menschen, die seelsorglich begleitet wurden, in dieser Situation im Stich gelassen werden? Es gibt auch hier nicht nur medizinethische, sondern auch gute theologische Gründe für ein «Non-Abandonment».

Es stellt sich zudem nochmals die grundsätzliche Frage, wie dieses Sterben mit assistiertem Suizid einzuschätzen ist. Sterbehilfeorganisationen verstehen, propagieren und begleiten den «Freitod» als eine Form des guten Sterbens. Auch Angehörige beschreiben dieses Sterben nicht selten als «gutes Sterben». Anders die Kirchen. Hier wird assistierter Suizid häufig als eine defizitäre Form des Sterbens qualifiziert, als Unglücksfall, Entgleisung, Notfall, Grenzfall, Einzelfall. Beides verdichtet sich auch in der Frage der Präsenz in der Sterbeszene. Sterbehilfeorganisationen sind präsent, müssen es sein. Seelsorgerinnen und Seelsorger sind es meist nicht. Präsenz bei Sterbenden, Versöhnung, Zuspruch und liturgische Einbettung des Sterbens haben aber eine lange kirchliche Tradition. Wollen Kirchen die Gestaltung dieser Szene wirklich der vereinsrechtlich organisierten Monopolistin des «Freitods» überlassen?

Mir scheint es wichtig, auch das schwer Denkbare zumindest zu denken und Seelsorge bei assistiertem Suizid als Teil einer «ars moriendi nova» weiter zu reflektieren und verantwortungsvoll zu gestalten. Dazu gehörte es, sich um diese Sterbeszene ebenso sehr zu bemühen wie um die Diskussion der ethischen Vertretbarkeit und die Verhinderung eines Suizids.

28 So die Haltung der katholischen Kirche. Vgl. Schweizer Bischofskonferenz: *Seelsorge und assistierter Suizid. Eine Orientierungshilfe für die Seelsorge*. Lugano 2019.