

Selbstbestimmung – und nun?

Zur aktuellen Diskussion über Suizidhilfe

I. Stand der Dinge

In einem Urteil vom 13. März 2024 hat das Bundesgericht den Arzt und Vizepräsidenten von Exit Westschweiz, Pierre Beck, freigesprochen. Er hatte im Jahr 2017 einer 86-jährigen urteilsfähigen, gesunden Frau zum gemeinsamen Suizid mit ihrem kranken Mann verholfen. Anschliessend war er von zwei Genfer Gerichten wegen Verstösse zuerst gegen das Heilmittelgesetz und dann gegen das Betäubungsmittelgesetz angeklagt worden. Das schriftliche Urteil der öffentlichen Beratung des Bundesgerichts ist noch nicht publiziert, aber die offizielle Medienmitteilung hält fest: «Die ärztliche Abgabe von Natriumpentobarbital an eine gesunde Person ist nicht medizinisch indiziert und dient keinem therapeutischen Zweck. Vielmehr stellen sich dabei ausschliesslich ethische und moralische Fragen. [...] Gegebenenfalls wäre es am Gesetzgeber, die gesetzlichen Grundlagen für die ärztliche Abgabe von Natriumpentobarbital an eine gesunde Person den ethischen und moralischen Konzeptionen anzupassen, die in der Gesellschaft mehrheitlich geteilt werden. Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass ein Arzt trotz fehlender Strafbestimmungen im geltendem Recht Natriumpentobarbital nicht ohne weiteres an gesunde Personen abgeben darf. Er läuft Gefahr, seine berufliche Verantwortung als Arzt übernehmen zu müssen, sei dies in zivil- oder verwaltungsrechtlicher Hinsicht.»¹

In seinem Kommentar in der NZZ am Sonntag vom 7. April 2024 begrüsst Ludwig A. Minelli, den Freispruch und wendet sich gleichzeitig gegen die, vom Gericht erwähnte Option einer rechtlichen Regelung der ärztlichen Abgabe des Suizidmittels.² Der Gründer der Suizidhilfeorganisation «Dignitas» resümiert: «Das Urteil bedeutet, dass in der Schweiz ein Arzt einer Person, die nicht an einer Krankheit leidet, für einen begleiteten Suizid das dafür optimale Mittel verschreiben darf.»³ Und dann folgt das, was bei Minelli so sicher ist, wie das Amen in der Kirche: «Auslöser der Genfer Anklage waren Aussagen der privaten Stiftung Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die unter dem Einfluss eines katholischen Moralthologen an der Universität Freiburg i. Ü. meinte, Ärzte dürften in solchen Fällen keine Rezepte ausstellen.»⁴ Bei dem Freiburger Moralthologen handelt es sich um Markus Zimmermann, einer der renommiertesten Kenner:innen der schweizerischen und internationalen Sterbehilfediskussion, langjähriges Mitglied der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Präsident der Leitungsgruppe Nationalfondsprojekts 67 Lebensende und Präsident der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK). Die realitätsfremde Affektlogik von Suizidhilfeaktivist:innen gegen die Theologie hat eine längere Geschichte und ihre Attraktivität als antiliberales Feindbild bis heute nicht eingebüsst.

Bemerkenswert an der reichlich angestaubten Attacke ist die Sippenhaft von Theologie und SAMW. 1976 legte die SAMW erstmals Richtlinien zur «Sterbehilfe» vor, die 1981, 1995, 2003, 2004, 2013, 2018 und zuletzt 2021 entweder revidiert und angepasst, komplett überarbeitet oder durch komplementäre Richtlinien zu Einzelaspekten von Entscheidungen am Lebensende ergänzt wurden. Eine neuartige Situation ergab sich im Rahmen der Überarbei-

tung im Jahr 2018, weil erstmals eine medizinisch-ethische Richtlinie der SAMW nicht vom schweizerischen Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte (FMH) übernommen wurde. Der Dissens bestand in der aus Sicht der FMH ungenügenden Abgrenzung der Medizin gegenüber dem assistierten Suizid. Der von einer aus Mitgliedern beider Institutionen bestehenden Arbeitsgruppe vorgelegte Kompromissvorschlag, der von der FMH 2021 angenommen wurde, enthält zwei wesentliche Ergänzungen: Für die ärztliche Beteiligung beim assistierten Suizid gilt ausdrücklich: Die Ärztin oder der Arzt «kann jedoch in keinem Fall dazu verpflichtet werden».⁵ Und im Blick auf die medizinischen Kriterien für die assistierte Suizidhilfe wird explizit festgehalten: «Ethisch nicht vertretbar im Sinn dieser Richtlinien ist Suizidhilfe bei gesunden Personen.»⁶ Gegen die letzte Formulierung, die immer wieder Gegenstand kontroverser Debatten in SAMW und FMH gewesen war, steht der Entscheid des Bundesgerichts, der die SAMW-Position offenbar unter die «ethischen und moralischen Konzeptionen [...] die in der Gesellschaft mehrheitlich geteilt werden» verbucht.⁷

Das Urteil des höchsten Gerichts problematisiert eine gut etablierte und funktionierende Praxis mit einem erheblichen rechtlichen Haken. Das Ständesrecht hat eine prominente Bedeutung für die Rechtslage. Für über 90 % der schweizerischen Ärzt:innen, die Mitglieder der FMH sind, ist die Ständesordnung mit den von der SAMW übernommenen Richtlinien verbindlich.⁸ Darüber hinaus beziehen sich Gerichte bei der Auslegung von Gesetzen und Verordnungen und die kantonale Gesetzgebung auf das Ständesrecht. Gegen diese Praxis wird eingewendet: «Das Abstützen von staatlichen Behörden auf Richtlinien, die von einer privaten Vereinigung erarbeitet worden sind, ist aus rechtsstaatlicher Sicht problematisch. Die Richtlinien der SAMW werden von Kommissionen erarbeitet, denen keine demokratische Legitimation zukommt. Zwar wird vor der Verabschiedung durch den Senat der SAMW jeweils eine Vernehmlassung durchgeführt, an der sich alle Interessierten beteiligen können. Nach der Vernehmlassung bleibt es jedoch im Ermessen der Kommission, was sie von der allfällig geäußerten Kritik in den Richtlinien aufnimmt. Diese Kritik richtet sich jedoch nicht an die FMH oder die SAMW, sondern an den staatlichen Gesetzgeber, der es regelmässig unterlässt, in ethisch heiklen Bereichen Regeln zu erlassen.»⁹ Die Kritik an die Adresse des Bundesrats, die in der Sache auch in der Medienmitteilung zum jüngsten Bundesgerichtsentscheid anklingt, weist auf einen heiklen Punkt hin: Sollte der Gesetzgeber «bei einem so umstrittenen und sensiblen Thema» auf eine explizite gesetzliche Regelung drängen und damit eine rechtliche Normalität schaffen? Oder sollte er in Anbetracht des Gegenstands in einem höchst persönlichen und existenziellen Grenzbereich gerade darauf verzichten?

Die Diskussion ist nicht neu, sondern taucht zyklisch in unterschiedlichen Varianten auf, irritiert aber nicht ein verblüffend unspektakuläres Gesamtbild. Die rechtlichen Grundlagen für den assistierten Suizid wurden mit dem ersten eidgenössischen Strafgesetzbuch geschaffen, das 1942 in Kraft getreten ist. Genau in der Zeit, als im nationalsozialistischen Nachbarland die Euthanasie zur sozialdarwinistischen Staatsdoktrin erhoben wurde, etabliert die Schweiz den Artikel 115 StGB, der den assistierten Suizid für straffrei erklärt, wenn die Beihilfe nicht aus eigennützigen Beweggründen erfolgt. Seither ist der Strafgesetzbuchartikel äusserst selten zum Gegenstand politischer Diskussionen geworden: in der Debatte von 1994–2004 über eine Revision von Art. 114 StGB, Tötung auf Verlangen und in der Diskussion von 2008–2010 über eine Verschärfung von Art. 115 StGB zur besseren Kontrolle der Suizidhil-

feorganisationen. Beide Anliegen lösten sich durch personelle Umbesetzungen im Bundesrat buchstäblich in Luft auf. Die wenigen Entscheide des Bundesgerichts behandeln in der Mehrzahl die Frage der Zulässigkeit der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital bei Personen mit einer psychischen Erkrankung.¹⁰ Grössere öffentliche Aufmerksamkeit erhielten zwei Urteile, die die beiden roten Linien des assistierten Suizids betreffen: einerseits bei Personen mit einer psychischen Erkrankung und andererseits bei gesunden oder sich in keiner terminalen Krankheitsphase befindenden Personen.

In seinem Leitentscheid von 2006 über die Beschwerde einer Person, die an einer schweren bipolaren affektiven Störung litt, und erfolglos für die rezeptfreie Abgabe des Suizidmittels geklagt hatte, stellt das Bundesgericht fest: «Basiert der Sterbewunsch auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid, darf unter Umständen auch psychisch Kranken Natrium-Pentobarbital verschrieben und dadurch Suizidbeihilfe gewährt werden [...] Ob die Voraussetzungen dazu gegeben sind, lässt sich wiederum nicht losgelöst von medizinischen – insbesondere psychiatrischen – Spezialkenntnissen beurteilen und erweist sich in der Praxis als schwierig; die entsprechende Einschätzung setzt deshalb notwendigerweise das Vorliegen eines vertieften psychiatrischen Fachgutachtens voraus».¹¹ 2010 hatte das Bundesgericht einen Entscheid des Zürcher Verwaltungsgericht bestätigt, der die Verschreibung des Suizidmittels für eine urteilsfähige 82-jährige Frau abgelehnt hatte, weil sie sich nicht im Sinn der SAMW-Richtlinien in einer Krankheitsphase am Lebensende befand. Die Frau klagte daraufhin vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) wegen Verletzung ihres Rechts auf Wahl von Art und Zeitpunkt der Lebensbeendigung. In seinem Urteil vom 14. Mai 2013 erkennt der EGMR eine Verletzung von Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) durch die Schweiz an, weil der Gesetzgeber keine genügend klare Regelung des Umgangs des Rechts auf Lebensbeendigung erlassen habe.¹² Das Gericht trifft weder eine Entscheidung, ob der Frau ein Anrecht auf die Rezeptausstellung hat, noch wie eine angemessene Rechtslage aussehen müsste, sondern stellt lediglich die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung fest.

Was für juristisch unmusikalische Ohren reichlich abstrakt klingt, hat weitreichende normative Konsequenzen. Denn nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung verstösst die Verschreibung des Suizidmittels für eine gesunde Person *nicht* gegen das Heilmittel- und Betäubungsmittelschutzgesetz. Eine Ablehnung kann sich deshalb nicht auf derzeit geltendes Recht berufen, sondern allein auf die Medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW bzw. die FMH-Standesordnung. Und diese normative Referenz wird zunehmend in Frage gestellt: «Inwiefern die Abgabe von NaP an kranke oder gesunde Sterbewillige zulässig sein soll, ist eine normative Frage. Diese hat der Gesetzgeber zu regeln. Zur Beurteilung der Frage, inwieweit Suizidhilfe zulässig ist, kann deshalb nicht auf die Richtlinien der SAMW zum «Umgang mit Sterben und Tod» abgestellt werden; ansonsten läge eine verfassungswidrige Rechtssetzungsdelegation an eine private Organisation in einer wichtigen Materie vor.»¹³ Die zurückhaltenden Urteile des Bundesgerichts könnten als Hinweis darauf gelesen werden, «dass es für ein Verbot der Suizidhilfe zugunsten von urteilsfähigen gesunden Personen an einem hinreichenden gesundheitspolizeilichen Interesse fehlt».¹⁴

2. Zur theologisch-ethischen Diskussion des assistierten Suizids

Die ethische Diskussion der Sterbe- und Suizidhilfe ist geprägt durch die jeweils geltende Rechtslage, die in Europa grosse Unterschiede aufweist. Das lange Zeit bestehende Nord-Süd-Gefälle mit einer liberalere(n) Gesetzgebung in den stärker säkularisierten Staaten im Norden und strikten Verboten in den katholisch geprägten südeuropäischen Ländern, löst sich langsam auf. Nach wie vor heben sich die liberalen Regelungen in den Benelux-Staaten gefolgt von der Schweiz gegenüber den anderen Ländern Europas ab. Die Unterschiede begegnen auch in den ethischen und kirchlich-theologischen Diskussionen. Besonders interessant sind die Entwicklungen im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz), in denen die ethischen und theologischen Diskurse länderübergreifend geführt werden und bei denen die Schweiz nicht eine Vorreiterinnenrolle innehatte, die immer stärker nivelliert wird. Die Geschichte der ethischen und theologisch-ethischen Diskussion über den assistierten Suizid lässt sich – ausgehend von der Schweiz – grob in vier Phasen aufteilen:¹⁵

1. *Widerstandsphase*: aus der traditionellen Vorstellung des Lebens als Gabe Gottes folgt die unbedingte Pflicht zur Lebenserhaltung (Suizid als Auflehnung gegen Gott und seine Gebote);
2. *Medizinkritische Phase*: gegen eine medizinische Funktionslogik, die Menschen ohnmächtig an ihr Leben bindet (1968: Hirntoddefinition des Ad Hoc Committee der Harvard Medical School; 1982: EXIT-Gründung);
3. *Individualisierungsphase*: sukzessive Entkoppelung des krankheitsbedingten Leidens am Lebensende von der medizinischen Diagnose (Inkommensurabilität zwischen persönlichem Leiden und medizinisch-ethischer Entscheidung);
4. *Privatisierungsphase*: institutionelle Funktionalisierung und Entmoralisierung des assistierten Suizids und der Begleitung (liberale Privatisierung des Guten).

Der rote Faden der Entwicklung besteht – kurz gesagt – (1.) in einer Umfokussierung von der Gemeinschaft auf die einzelne Person und (2.) in der Transformation von negativen Abwehrrechten (darauf, was keiner Person angetan werden darf) in positive Anspruchsrechte (darauf, was keiner Person verweigert werden darf). Kritische Stimmen sahen darin einen ethischen Dammbbruch (*slippery slope*), ein ethisches Argumentieren auf der schiefen Ebene. Ausgehend von einem Geltungsvorrang oder Geltungsmonopol der Tradition erscheinen die gesellschaftlichen Moraldynamiken als normative Subtraktions- oder Verfallsgeschichte. Das Dammbbruch-Argument folgt dem Motto «Wehret den Anfängen»: Die Aufgabe eines kategorischen Verbots müsse selbst in einer Situation, in der sie angemessen wäre, unterbleiben, weil damit eine Entwicklung in Gang gesetzt würde, die auf völlig unakzeptable Konsequenzen hinausliefe. Die auch in anderen bioethischen Diskussionen etablierte Argumentationsfigur beruht auf einem vierfachen Irrtum. Sie unterstellt fälschlicherweise (1.) die Stabilität von moralischen, sozialen und rechtlichen Normen unabhängig von den gesellschaftlichen Entwicklungen; (2.) die Geltung moralischer Pflichten vollständig abgelöst von den damit verbundenen Folgen und Wirkungen; (3.) einen normativen Automatismus, der keiner ethischen Reflexion und Normierung zugänglich ist und (4.) die Gleichsetzung von moralischen und rechtlichen Pflichten.

Freilich sind mit der Zurückweisung des Dambruch-Arguments die ethischen Fragen nicht vom Tisch. Im Kern geht es um vier Fragen:¹⁶

1. Ist es erlaubt, aufgrund des *eigenen Leidens sich selbst* zu töten?
2. Ist es erlaubt, aufgrund des *eigenen Leidens jemand anderen* zu töten?
3. Ist es erlaubt, aufgrund des *Mitleidens mit dem Leiden einer anderen Person diese* zu töten?
4. Ist es erlaubt, aufgrund des *Leidens einer anderen Person, diese zu töten oder bei ihrer Selbsttötung* zu assistieren?

Hinter den vier Varianten steht die grundsätzliche Frage: Ist die Tatsache eines Leidens relevant für die Beantwortung der Frage, ob Töten erlaubt ist oder nicht? Anders gefragt: Kann der Akt der (Selbst-)Tötung konditional mit einer bestimmten Form von Leiden verbunden werden? In dem Sinne: *Wenn* du leidest, *dann* darfst du dich selbst töten; *wenn* dir eine Person bestimmte Leiden zufügt, *dann* darfst du sie töten; *wenn* du mit einer in einer bestimmten Weise leidenden Person mitleidest, *dann* darfst du sie töten oder *wenn* eine Person leidet, *dann* darfst du sie töten oder bei ihrer Selbsttötung assistieren. Unabhängig davon, wie jemand zum assistierten Suizid steht, wird niemand – von einem reflektierten Standpunkt aus – einem dieser Konditionalsätze zustimmen. Eine prinzipielle Erlaubnis zum Töten widerspricht unseren grundlegenden moralischen Intuitionen und unserem tief internalisierten Rechts- und Unrechtsbewusstsein. Dass Dritte nicht über die Existenz und Nichtexistenz einer Person entscheiden dürfen (Tötungsverbot), gehört zweifellos zu den grössten Errungenschaften unserer Kultur. Wenn Empathie, Solidarität, Affekte und andere mentale Zustände im Blick auf den assistierten Suizid zählen sollen, dann weil sie kategorisch *gegen* das Leiden und *gegen* die Zerstörung der Person, *auf* das Leben und *nicht auf* den Tod gerichtet sind. Und wenn Mitgefühl und Solidarität das Gewicht haben sollen, das wir ihnen geben, dann müssen sie auf konkrete und singuläre soziale Verhältnisse oder Beziehungen bezogen und können nicht generalisiert werden. Wenn also das konkrete Mitleiden eine Person dazu veranlasst, eine konkrete, leidende Person bei ihrem Sterbewunsch zu unterstützen, dann aus dem kontrafaktischen Motiv der festen Überzeugung, dass Mitgefühl und Solidarität eindeutig auf die Lebensermöglichung der anderen Person gerichtet sind. Nur wer das Leben für sich und die andere Person unbedingt will, kann *gute* Gründe haben, eine Person mit einem Sterbewunsch zu unterstützen und zu begleiten.

Die Formulierungen erscheinen widersprüchlich, wenn sie durch eine konsequentialistische Brille gelesen werden, die der Logik folgt: Wenn du das Leben für dich und die andere Person willst, widersprichst du dir selbst, wenn du ihren Sterbewunsch respektierst oder zu ihrer Selbsttötung beiträgst. So funktioniert eine traditionelle Verbotsmoral, die entweder auf den Effekt der *biologischen Lebenserhaltung* oder des *individuellen Weiterlebens* schaut. Biologisches Leben hat keinen intrinsisch moralischen Wert und Weiterleben ist weder ein ethisches Ziel noch eine theologische Forderung. Wird einmal die moralische Patina von den traditionellen Bibellektüren abgekratzt, tritt eine ambivalente Sicht auf das Leben zutage. Die Bibel nimmt bereits die Einsicht aus Friedrich Schillers «Braut von Messina» vorweg: «Das Leben ist der höchsten Güter nicht». Dietrich Bonhoeffer zitiert den Satz aus dem Trauerspiel¹⁷ und Karl Barth paraphrasiert theologisch: «Das Leben ist kein zweiter Gott.»¹⁸ Das gilt

selbst für die Suizide in der Bibel, deren Darstellungen keine moralischen Bewertungen enthalten. Weil der Bibel eine Selbstzweckhaftigkeit des Lebens fremd ist, stellt sich die Frage: Wenn das Leben nicht um des (Über)Lebens willen kategorisch schützenswert ist, worin besteht dann seine besondere und unbedingte Schutzwürdigkeit? Sie ergibt sich aus der konstitutiven Relationalität des Lebens in seinen beiden Dimensionen (1.) als biographisch-soziales Leben in Beziehungen und (2.) als transzendentes Leben in der Gott-Mensch-Relation, die die Bibel als Bundesverhältnis beschreibt und entfaltet. Biblisch-theologisch geht es um die Treue nicht gegenüber dem eigenen und fremden Leben *an sich*, sondern gegenüber dem im Gottesbund eingeschlossenen und darauf ausgerichteten, relationalen Leben. Dabei wird das Gottesverhältnis höchst ambivalent erlebt, dargestellt und gedeutet. Gott schenkt, fördert, nimmt und zerstört Leben und das alles geschieht ohne erkennbare Logik oder Regel.

Der ethischen Spannung zwischen den Prinzipien der Selbstbestimmung, des Lebensschutzes und der Fürsorge¹⁹ begegnet die Diskussion über den assistierten Suizid mit einer Reihe von Entschärfungen. Die grösste moralische Entlastung bietet die nach wie vor verbreitete Defizitperspektive auf die sterbewillige Person. Drei Narrative tragen wesentlich zur moralischen Legitimierung des Sterbewunsches bei:²⁰ 1. die medizinische Pathologisierung der Krankheitssituation der sterbewilligen Person, 2. der moralische Ausnahmestatus ihrer mitleiderweckenden und erbarmungswürdigen Lebens- und Entscheidungssituation und 3. die autonomieethisch begründete Nichteinmischung als Ausdruck des Respekts gegenüber ihrer Selbstbestimmung und Handlungssouveränität. Die Stereotype zielen auf eine dreifache moralische Entlastung oder ethische Immunisierung: 1. Die medizinische Pathologisierung erklärt die ethischen Fragen zur Suizidhilfe und ihrer gesellschaftlichen Organisation an die suizidwillige Person und ihren Sterbewunsch für sachlich unangemessen oder situativ deplatziert. 2. Die Mitleidsmoral überspringt den fundamentalen Konflikt zwischen dem Suizidwunsch und einem wesentlich zukunftsorientierten Lebenswillen. 3. Die Privatisierung des Suizidwunsches entlastet Politik und Gesellschaft von kritischen Rückfragen, weil der Entschluss als freie, höchstpersönliche Entscheidung stilisiert wird.

Diesen ethischen Entschärfungsstrategien korrespondieren auf theologisch-ethischer Seite eine Entmündigung und eine doppelte Bagatellisierung der Suizidhilfe: 1. Die theologisch-ethische Entmündigung zeigt sich in einer Sichtweise, die die suizidwillige Person als vollständig durch ihre mitleidserregenden Lebensumstände determiniert betrachtet. Ihre gesamte Existenz erscheint nur noch durch den Filter der ausweglosen Lebenssituation. 2. Die eine Form der Bagatellisierung reduziert den Suizidwunsch auf einen Akt persönlicher Selbstbestimmung. Dagegen hat Johannes Fischer eingewandt: «Ist das alles, was in ethischer Hinsicht dazu zu sagen ist? Bleibt nicht auch bei einem freiverantwortlichen Suizid ein Gefühl der Verstörung oder der Trauer darüber, dass ein Mensch diesen Weg gewählt oder in einer Notlage keinen anderen Ausweg gehabt hat? Ist es nicht dieses Spannungsverhältnis zwischen der Bedeutung, die ein Suizid in der gesellschaftlichen Wahrnehmung hat, [...] und der Bedeutung, die wir der Selbstbestimmung eines urteilsfähigen Menschen zumessen, das den Suizid so konfliktreich macht und aus dem dessen ethische Problematik resultiert.»²¹ 3. Die entgegengesetzte Form der Bagatellisierung erklärt alle Zustände des Leidens, der Perspektivlosigkeit, der Einsamkeit und der Verzweiflung als medizinisch behandlungsbedürftige

Zustände, die therapiert, gedämpft oder palliativmedizinisch bearbeitet werden können. Kritisch bemerkt Peter Dabrock dazu: «Als unerträglich wird vor allem das Dahinvegetieren in unwürdigen Pflege- und Krankenanstalten, aber auch die Befürchtung eines Kontrollverlusts über den eigenen Körper, das Fehlen von Beziehungserfahrungen und das Wegbrechen von Lebenssinn eingeschätzt. Solche Befürchtungen und Ängste nicht ernst zu nehmen, sondern mit Vertröstungen oder allein dem Hinweis auf den Ausbau palliativer Maßnahmen abzuspeisen, wäre zynischer Paternalismus.»²²

Um eine Entmündigung und Bagatellisierung der Person mit einem Sterbewunsch zu vermeiden, muss die ethische und theologisch-ethische Diskussion drei Kurzschlüsse vermeiden: 1. Der Suizidwunsch darf nicht als selbstbestimmte Präferenzwahl einer sterbewilligen Person legalistisch abgehakt und ethisch neutralisiert werden. 2. Die suizidwillige Person darf nicht als Opfer unzumutbarer Lebensumstände autonomie- und verantwortungsethisch entmündigt werden. 3. Der ethische Konflikt darf nicht resilienzstrategisch aufgelöst werden, indem an Stelle «des Widerstands gegen die schlechten Umstände [...] die flexible Anpassung an diese», durch therapeutische und medizinische Unterstützung tritt.²³

3. Ethik und Ambivalenz

Nach einem heute verbreiteten Verständnis lautet die moralische Kernfrage «Was soll ich tun?» Die Frage zielt auf das für eine Person oder Gruppe in einer bestimmten Situation gute oder richtige Handeln. Mit der Frage verbindet sich die normative Vorstellung, dass – wie im Recht – klar zwischen «gut» und «schlecht» sowie «richtig» und «falsch» unterschieden werden könne. Dem Wunsch nach Eindeutigkeit kollidiert mit der moralischen Pluralität in liberalen und individualisierten Gesellschaften. Fragen der erstrebenswerten Güter und Lebensführung gehören zur Privatsphäre der Person und werden (zumindest gemäss dem liberalen Selbstverständnis) nur dann öffentlich relevant, wenn sie gegen geltende Ordnungen und geltendes Recht verstossen. Die Privatisierung der Moral widerspricht aber dem Anspruch, dass moralischen Überzeugungen, also die Art und Weise, die Welt zu beurteilen und in resp. an der Welt zu handeln, von einer Gemeinschaft geteilt werden, die sich nicht zuletzt über die gemeinschaftliche Zustimmung (swürdigkeit) und moralische Konditionierung konstituiert und stabilisiert. Eine Pippi Langstrumpf-Moral nach dem Motto «Ich mach' mir die Welt, wie sie mir gefällt» gibt es deshalb nur aus der prinzipiellen Perspektive des liberalen Rechts, nach der keiner Person irgendwelche Moralvorstellungen aufgezwungen werden dürfen. Weil Personen aber immer in moralische Gemeinschaften hinein geboren und sozialisiert werden, sind sie niemals Produzentinnen, sondern stets Produkte einer Sozialmoral, der sie sich zunächst bewusstwerden müssen (= ethische Reflexion), um – in der Regel gegen grössten Widerstand der sozialen Gemeinschaft – dagegen aufbegehren zu können.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, mit dieser Spannung umzugehen: etwa durch (1.) Relativierung der Bedeutung der Übereinstimmung von moralischen Überzeugungen; (2.) Differenzierung zwischen wesentlichen und unwesentlichen normativen Überzeugungen (analog zur theologischen Unterscheidung zwischen Bekenntnis- [*status confessionis*] und Mitteldingen [*adiaphora*]); (3.) Politisierung und Verrechtlichung moralischer Normen oder (4.) durch die Kritik der normativen Eindeutigkeit moralischer Überzeugungen. Die genannten Strate-

gien zielen auf die Operationalisierbarkeit einer Praxis, in der Urteile gefällt, Entscheidungen getroffen werden müssen und gehandelt werden muss. Dabei besteht die besondere Herausforderung bei Entscheidungen über Leben und Tod darin, dass sie – im Gegensatz zu jedem anderen Entscheid – nicht auf Zukunft gerichtet sind, sondern diese in einem nicht revidierbaren, endgültigen Sinn ausschliesst. Weil zukünftige Möglichkeiten prinzipiell nicht gesehen und kalkuliert werden können, sind Entscheidungen, die Zukunft ausschliessen, grundsätzlich prekär (und in einem gewissen Sinn unentscheidbar). Deshalb haben Sterbewünsche in einer hoffnungslosen Krankheitssituation am Lebensende die grösste Plausibilität, weil bei ihnen keine (medizinische) Aussicht auf Zukunft besteht. Darin besteht der ethische Graben zwischen einem Sterbewunsch bei einer aussichtslosen, zum baldigen Tod führenden Krankheit und einem Sterbewunsch in einer Lebenssituation mit einer grundsätzlich offenen Zukunft.

Das Kriterium der Zukunftsfähigkeit von Leben bemisst sich nicht nur an objektiven Zuständen und erfahrungsbasierten, statistisch-wahrscheinlichen Zukunftsaussichten, sondern hängt wesentlich ab von den Einstellungen der Person im Blick auf ihre Zukunft. Diese können völlig unabhängig und im Gegensatz zu objektiv(ierbar)en Prognosen bestehen. Die Befunde über das biologische Leben geben keine abschliessende Auskunft über die Art und Weise, wie das biografische Leben selbst erlebt wird. Das biologische Leben-in-der-dritten-Person (Gegenstand der beschreibenden Naturwissenschaften) gehört zwar zum Leben-in-der-ersten-Person, das und in dem eine Person lebt (ihre Biografie), ohne darin aufzugehen und es abschliessend zu bestimmen. Davon nochmals zu unterscheiden ist das Leben-in-der-zweiten-Person, an dem die Person mit ihrer sozialen Zugehörigkeit (Familie, Gemeinschaft, Gesellschaft) und transzendenten Dimension (Religion) Anteil hat und das über das eigene biologische und biografische Leben hinausgeht (bleibende Erinnerung an die verstorbene Person, Lebensvorstellungen nach dem Tod). Konflikte bei Entscheidungen am Lebensende ergeben sich in der Regel nicht innerhalb einer, sondern zwischen den drei Dimensionen. Sofern solche Konfrontationen nicht durch eine strikte normative Hierarchisierung der Dimensionen umgangen werden (Primat der Ehrfurcht vor dem biologischen Leben, kategorische Pflicht zur Erhaltung des eigenen biographischen Lebens, unbedingter Gehorsam gegenüber einer transzendenten Instanz), erzeugen Spannungen zwischen den Dimensionen eine unumgehbare Ambivalenz.

«Von Ambivalenzen kann man sprechen, wenn Menschen auf der Suche nach der Bedeutung von Personen, sozialen Beziehungen und Tatsachen, die für Facetten ihrer Identität und dementsprechend für ihre Handlungsbefähigung wichtig sind, zwischen polaren Widersprüchen des Fühlens, Denkens, Wollens oder sozialer Strukturen oszillieren, die zeitweilig oder dauernd unlösbar scheinen. Dabei können persönliche Beeinflussung, Macht und Herrschaft von Belang sein.»²⁴ Ambivalenzen kennzeichnen alltägliche Erfahrungen, etwa «dass wir in einer dynamischen Gleichzeitigkeit anderen Menschen sowohl nahe als auch fern sein können, uns selbst mit dem eigenen Handeln [...] identifizieren und uns davon [...] distanzieren» können.²⁵ Ambivalenzdynamiken spielen auch für die spätmodernen Verständnisse der autonomen und selbstbestimmten Person eine wichtige Rolle. Gegensätzliche Wünsche, Überzeugungen und Gefühle, die nicht in ein kohärentes Verhältnis gesetzt werden können, gelten nicht mehr in jedem Fall als pathologische Phänomene eines zerfallenden Selbst. Viel-

mehr wird «die Fähigkeit zur Ambivalenztoleranz [...] als zentrale Fähigkeit im Zusammenhang mit Entwicklungs- und Veränderungsprozessen angesehen».²⁶ «Wenn in einer Gesellschaft bestimmte Voraussetzungen für das Führen eines autonomen Lebens gegeben sind, treten Ambivalenzkonflikte zumindest sehr viel häufiger auf als in Gesellschaften, in denen das nicht der Fall ist. Und es scheint sogar ein untrügliches Zeichen dafür zu sein, dass in einer Gesellschaft Autonomie nicht respektiert oder als zentraler Wert anerkannt wird, wenn in ihr niemals Ambivalenzkonflikte auftreten. Man könnte also sagen, dass Ambivalenzkonflikte eine Errungenschaft des «Kampfes um Autonomie» sind und sie zunächst einmal als etwas Positives deuten.»²⁷ Das Verhältnis zur eigenen Ambivalenz bleibt dabei selbst ambivalent. «Menschen können sich als ambivalent erfahren, als «*homines ambivalentes*» und [...] können gegenüber diesen Erfahrungen von Ambivalenzen wiederum ambivalent sein.»²⁸

Ins Zentrum rückt damit die Frage, wie Ambivalenzerfahrungen und -konflikte in das Selbstverständnis und die Biografie einer Person integriert und verarbeitet werden können. Aus analytischer Perspektive unterscheidet Holger Baumann drei Typen des autonomen Selbst:

1. «*das eindeutige, beständige und ängstliche Selbst*»,²⁹ das Ambivalenzkonflikte unterdrückt, weil sie als Angriff auf die eigene Souveränität und als Bedrohung für die Kontrolle über sich und seine Umwelt erlebt werden;
2. «*das beliebige, ungebundene und tollkühne Selbst*»,³⁰ dass Unordnung und Unbeständigkeit als Voraussetzung für Veränderung versteht und das weniger darauf zielt, selbst zu bestimmen, als negativ darauf, sich nicht von anderen und anderem bestimmen zu lassen, und
3. «*das verstehende, lebendige und mutige Selbst*»,³¹ das Ambivalenzkonflikte weder fürchtet noch sucht, sondern sich von ihnen in doppelter Weise herausfordern lässt im Blick darauf, ob das Selbst und die Welt nicht auch anders sein könnten.

Das dritte integrative Ambivalenzverständnis konfrontiert die Ethik mit der Dialektik von Selbstbestimmung und Bestimmt-Werden resp. Sich-bestimmen-Lassen. Wir können bestimmen, *wie* wir uns sorgen, aber haben keine Kontrolle darüber, *wofür* wir uns sorgen. Wir sorgen uns nicht um Menschen oder Dinge, weil sie uns wichtig sind, sondern Menschen und Dinge sind uns wichtig, weil wir uns um sie sorgen.³² Dieses Bedingungsverhältnis gilt auch im Blick auf die eigene Person: «Durch Ambivalenzkonflikte sind Personen in einer anderen – persönlicheren und drängenderen – Weise als durch Wertkonflikte herausgefordert. Während man sich bei der Wahl zwischen inkompatiblen wertvollen Optionen am Ende etwa dafür entscheiden könnte, keine der Optionen zu wählen, ist dies mit Blick auf Dinge, die Teil der praktischen Identität sind, keine Option. Ambivalenzkonflikte und Wertkonflikte unterscheiden sich also in ihrem Charakter und ihrer Dringlichkeit, und darin liegt die besondere Bedeutung von Ambivalenzkonflikten.»³³

Strukturell bilden Ambivalenzkonflikte die Nebenprodukte normativer Ordnungen und Orientierungen. Moral und Ethik sind also selbst ambivalent, als sie Eindeutigkeit herstellen und damit zugleich (an anderer Stelle oder in anderer Hinsicht) Ambivalenz generieren. Letztere entsteht genau dort, wo die internalisierten oder selbstgewählten normativen Ordnungen und Orientierungen mit dem kollidieren, was sich der Person aufdrängt und ihr sowohl unverfügbar ist als auch ihr Selbstbild subversiv unterlaufen kann. Dasjenige, wodurch die Person

neben aller Selbstbestimmung auch noch oder zuallererst bestimmt wird, lässt sich weder ethisch einholen und legitimieren noch kohärent in die bestehenden normativen Ordnungen integrieren. Darin besteht das unhintergehbare ethische Risiko kirchlicher Seelsorge, das um der Begegnung mit der anderen Person willen eingegangen werden muss. Dahinter steht eine doppelte Entmoralisierung: Dem Verzicht auf das moralische Urteil über die Person, die begleitet wird, korrespondiert der Verzicht auf die ethische Legitimation der Motive und des Handelns der begleitenden Person. Dietmar Mieth hat die daraus resultierende Spannung im Blick auf das Tötungsverbot und die Sterbehilfe konkretisiert: «Denn die Grammatik unserer Moral reicht nicht, um den Gebrauch ihrer <Sprache> bis ins Letzte hineinzubestimmen. So lässt sich unsere Sehnsucht nach moralischer Klarheit nicht erfüllen, ohne dass wir mit moralischen Impulsen wie dem Mitleid und der Liebe in Widerstreit geraten. Das ändert nichts daran, dass wir diese Impulse reinigen müssen: vom Selbstmitleid, von der tödlichen Mitleidsfalle und einer Liebe, die dem anderen weder das Leben noch die Freiheit zur eigenen Entscheidung lässt.»³⁴

In den einschlägigen ethischen Diskussionen taucht die Frage, *welchem* Leben eine Person ein Ende setzt, wenn sie ihr Leben beenden will, zwar nicht explizit auf, bestimmt aber die normative Beurteilung assistierten Suizids. Die Formulierung klingt ungewöhnlich, weil wir uns daran gewöhnt haben, das Leben aus naturwissenschaftlicher (Leben-in-der-dritten-Person) und/oder aus biographischer Perspektive (Leben-in-der-ersten-Person) zu betrachten. Entsprechend fremd erscheint der jüdisch-christliche Blick auf die konstitutive Relationalität von Leben als Teilhabe und Teilgabe des einen göttlichen Lebens. Das Sein Gottes ist ungeschaffen, das Lebendige und ewig Lebende selbst (Dtn 5,23; Ps 42,3; Dtn 32,40 u.ö.). Gott handelt, indem er «seinen Geschöpfen an seinem Leben teil gibt. Alles, was lebt, lebt eben dadurch, dass es an Gottes Lebensfülle teilhat. So begriffen ist das Leben als das Eine und Selbige, das in der Vielfalt des Lebendigen gegenwärtig ist, Gottes verborgene Präsenz im Leben seiner Geschöpfe».³⁵ Leben kommt nicht nur als (subjektiv) mein, (intersubjektiv) dein oder (objektiv) ihr oder sein Leben in den Blick, sondern zuerst und zugleich als umfassender Beziehungs- und Lebensraum – als Biotop Gottes: «ich bin [...] das Leben» (Joh 14,6). Das Leben-im-Singular ist in allen Manifestationen und jedem Erleben als Leben-im-Plural präsent.

Leben im biblischen Verständnis ist intrinsisch ambivalentes Leben, das nicht auf intrapersonale Kohärenz, sondern auf interpersonale Begegnung zielt. Die radikalste Vorstellung von Ambivalenz bietet die bekannte erste Frage/Antwort des Heidelberger Katechismus: «Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben? Dass ich mit Leib und Seele im Leben und im Sterben [...] nicht mir [...] sondern meinem getreuen Heiland Jesus Christus gehöre.»³⁶ Die für bioethische Ohren seltsame Formulierung enthält eine fundamentale Einsicht für die kirchliche Seelsorge und Begleitung: Die Antwort kann weder von der anderen Person (oder Institution) kommen, noch kann sie sich die Person selbst geben. Die Antwort gibt die Instanz, der sich die Person als zugehörig erlebt. Der reformierte Katechismus war sich sicher, dass es zum Sterben weniger eine passende Moral braucht als eine Gewissheit, die nicht bewiesen werden, aber deren Trost erlebt werden kann.

Bern, 30.04.2024

frank.mathwig@evref.ch

-
- 1 Medienmitteilung des Bundesgerichts. Urteil vom 13. März 2024 (6B_393/2023), Lausanne, 13. März 2024.
 - 2 Ludwig A. Minelli, Die Schweiz braucht auch künftig kein Spezialgesetz für Sterbehilfe: NZZaS vom 07. April 2024.
 - 3 Ebd.
 - 4 Ebd.
 - 5 SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien. Umgang mit Sterben und Tod, 2. Aufl., Februar 2019, Online-Veröffentlichung mit Anpassungen unter 6.2. und 6.2.1., Mai 2022, 24.
 - 6 SAMW, Umgang, 27.
 - 7 Medienmitteilung.
 - 8 Verstösse gegen die Richtlinien können standesrechtlich sanktioniert werden (Art. 47 FMH-Standesordnung).
 - 9 Daniel Hürlimann, Recht und Medizin am Lebensende. Menschenrechtliche Anforderungen und Regulierungsvorschläge, Basel 2022, 67.
 - 10 Vgl. Hürlimann, Recht, 116–121.
 - 11 BGE 133 I 58 E. 6.3.5.2.
 - 12 Urteil des EGMR vom 14. Mai 2013 (Gross gegen Schweiz, Ziff. 67; vgl. Daniel Hürlimann, Kommentar zum jüngsten Suizidhilfe-Entscheid des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte. SÄZ 94/2013, 1173–1175).
 - 13 Bernhard Rüttsche/Daniel Hürlimann/Marc Thommen, Ist Suizidhilfe für Gesunde mittels Natrium-Pentobarbital strafbar?: sui generis 2022, 113–121, Ziff. 31.
 - 14 Rüttsche/Hürlimann/Thommen, Suizidhilfe, Ziff. 34; das Resümee der Autoren bezieht sich zwar auf Bundesgerichtsurteile bis einschliesslich 2021, wird aber auch durch die späteren Entscheide bestätigt.
 - 15 Vgl. Frank Mathwig, Sterben 4.0 – Rückblick und Ausblick auf die kirchliche Suizidhilfediskussion: Una Sancta 77/2022, 138–148; ders., Theologische Aspekte der Suizidhilfe: Claudia Bozzaro/Gesine Richter/Christoph Rehmann-Sutter (Hg.), Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen, Bielefeld 2024, 303–316.
 - 16 Vgl. Frank Mathwig, Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht, Zürich 2010, 212, mit Bezug auf Dietmar Mieth, Töten gegen Leiden?: Klaus Biesenbach (Hg.), Die Zehn Gebote. Eine Kunstaussstellung des Deutschen Hygiene-Museums, Ostfildern-Ruit 2004, 162–166 (162).
 - 17 Dietrich Bonhoeffer, Ethik, DBW 6, Gütersloh 1992, 194f.
 - 18 Karl Barth, Die Kirchliche Dogmatik, KD III/4: Die Lehre von der Schöpfung, Viertes Teil, Zürich 1969, 388.
 - 19 Vgl. Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive. SEK Position 9, Bern 2007, 16–19.
 - 20 Vgl. Mathwig, Sterben, 47–49; ders., Aspekte, 309–311.
 - 21 Johannes Fischer, Warum überhaupt ist Suizid ein ethisches Problem? Über Suizid und Suizidbeihilfe: Zeitschrift für medizinische Ethik 55/2009, 243–253 (245).
 - 22 Peter Dabrock, Heil und Heilung. Theologisch-identitätsethische Unterscheidungen und ökumenische Herausforderungen im Verständnis von und im Umgang mit Gesundheit: Una Sancta 2/2006, 129–139 (125).
 - 23 Jean-Pierre Wils, Sich den Tod geben. Suizid als letzte Emanzipation?, Stuttgart 2021, 172.
 - 24 Kurt Lüscher, Menschen als «homines ambivalentes»: Dieter Korczak (Hg.), Ambivalenzerfahrungen, Asanger 2012, 11–32 (20); vgl. Frank Mathwig, Zur theologisch-ethischen Orientierung in der Suizidhilfediskussion. Ein evangelisch-reformierter Blick aus der Schweiz: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich 2022, 29–50 (36–50).
 - 25 Lüscher, Menschen, 21.
 - 26 Holger Baumann, Autonomie und Ambivalenz, Zürich 2012, 2.
 - 27 Baumann, Autonomie, 4.
 - 28 Lüscher, Menschen, 30.
 - 29 Baumann, Autonomie, 6–8.
 - 30 Baumann, Autonomie, 8–10.
 - 31 Baumann, Autonomie, 10–12.
 - 32 Vgl. Harry Frankfurt, Sich selbst ernst nehmen, Frankfurt/M. 2007, 35; ders., On Caring: ders., Necessity, Volition, and Love. Cambridge 1999, 155–180.
 - 33 Baumann, Autonomie, 154.
 - 34 Mieth, Töten, 166.
 - 35 Johannes Fischer, Das christliche Lebensverständnis als Motiv und Kriterium für den Umgang mit Leben: Eilert Herms (Hg.), Leben. Verständnis. Wissenschaft. Technik. Kongressband des XI. Europäischen Kongresses für Theologie, 15.–19. September 2002 in Zürich, Gütersloh 2005, 135–149 (139).

³⁶ Heidelberger Katechismus, Frage/Antwort 1, zit. n. Georg Plasger/Matthias Freudenberg (Hg.), Reformierte Bekenntnisschriften. Eine Auswahl von den Anfängen bis zur Gegenwart, Göttingen 2005, 154.