

Assistierter Suizid und kirchliches Handeln

T V Z

Christoph Morgenthaler,
David Plüss,
Matthias Zeindler

*Assistierter Suizid
und kirchliches Handeln*

Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen

T V Z

Theologischer Verlag Zürich

Publiziert mit freundlicher Unterstützung der Reformierten Kirchen
Bern-Jura-Solothurn

Der Theologische Verlag Zürich wird vom Bundesamt für Kultur mit einem
Strukturbeitrag für die Jahre 2016–2018 unterstützt.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deut-
schen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Inter-
net über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Umschlaggestaltung
Simone Ackermann, Zürich

Satz und Gestaltung
Claudia Wild, Konstanz

Druck
Rosch-Buch GmbH, Schesslitz

978-3-290-17912-0
© 2017 Theologischer Verlag Zürich
www.tvz-verlag.ch

Alle Rechte vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
Teil I Fallbeispiele und Kommentare	19
1. Von ersten Überlegungen bis zur Trauer der Angehörigen	21
2. Begleitung in der Zeit der Annäherung und des Entscheids	29
2.1 «Was sagt die Kirche dazu?» – Positionen klären	29
2.2 «Wenn ich nicht mehr arbeiten kann auf dem Hof, dann bin ich nichts mehr» – sich verengende Horizonte weiten	39
2.3 «Nein, das kann ich Maja nicht antun» – Alternativen explorieren	47
3. Begleitung in der Phase der Realisierung	63
3.1 «Er könne ja nicht anders, als ihren Wunsch zu respektieren» – die Kommunikation in einer schwierigen Familie fördern	64
3.2 «Dieser Weg war mit allen besprochen, war ‹gut› für alle» – zu einem bewusst und gemeinsam gestalteten Abschied beitragen	72
3.3 Die «Wegzehrung» – nochmals zusammen Abendmahl feiern	77
3.4 «Ein Heimbewohner möchte mit einer SHO sterben» – Kontexte gestalten helfen	93
4. Vorbereitung und Gestaltung des Trauergottesdienstes	97
4.1 «Ich muss Ihnen etwas sagen, aber Sie dürfen es NIEMANDEM weitersagen und vor allem in der Trauerfeier ja nicht erwähnen» – das Verschweigen überwinden	98
4.2 «Selbstbestimmung war sein oberstes Gebot» – sich arrangieren und die Bestattung übernehmen	107
4.3 «Non, je ne regrette rien» – das Leben würdigen	112
5. Begleitung in der Zeit der Trauer	133
5.1 «Ich fühle mich schuldig, weil ich meinem Mann gegenüber in den letzten Monaten nicht mehr ‹lieb› sein konnte» – Seelsorge in komplexer Trauer	133

Inhaltsverzeichnis

Teil II Reflexionen und Informationen	141
1. Dogmatische und ethische Aspekte	143
1.1 Ebenen der Auseinandersetzung	143
1.2 Implizite Theologie in seelsorglicher und gottesdienstlicher Begleitung	146
1.3 Explizite Theologie in seelsorglicher und gottesdienstlicher Begleitung	147
1.4 «Was ist der Mensch?» – die biblisch-theologische Sicht auf Mensch, Leben und Tod	149
1.4.1 Der Mensch als Geschöpf und Bundespartner Gottes . . .	150
1.4.2 Der Mensch als gerechtfertigter Sünder	152
1.4.3 Der Mensch als Wesen in Beziehung	155
1.4.4 Geschenktes Leben – entmachteter Tod	156
1.5 Theologische Gesichtspunkte im Blick auf assistierten Suizid . .	158
1.5.1 Geschenktes Leben: Vorrang des Lebens	159
1.5.2 Würde des Menschen – zugesagt und erlebt	162
1.5.3 Selbstbestimmung – Verantwortung – Solidarität	164
1.5.4 Rechtfertigung allein aus Gnade – Heiligung als Gnade . .	170
1.6 Kirchliches Handeln im Kontext von assistiertem Suizid	172
1.6.1 Alternativen eröffnen	173
1.6.2 Sensibilisierung für Relationalität	175
1.6.3 Kontextsensibilität	177
1.6.4 Grenzfall assistierter Suizid	178
1.6.5 Mitgehen bis zum Schluss?	180
1.7 Jenseits von Seelsorge, Verkündigung und Liturgie: Kirche in der Öffentlichkeit	182
2. Erfahrungswerte – empirische Forschung	187
2.1 Würde-Erleben und Würde-Therapie	188
2.1.1 Aspekte des Würde-Erlebens	189
2.1.2 Würde-Modell, Würde-Therapie und Seelsorge	193
2.2 Der Entscheid, das Leben vorzeitig zu beenden – Gründe und Prozesse	194
2.2.1 Gründe für assistierten Suizid	195
2.2.2 Eine Typologie der Wünsche nach einem beschleunig- ten Tod	204
2.2.3 Todeswünsche und die Wahrnehmung des Krankheits- verlaufs	206
2.2.4 Lebenszufriedenheit und Todeswunsch	208
2.2.5 Praktische Konsequenzen:	209

Inhaltsverzeichnis

2.3	Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im Krankheitsverlauf	213
2.4	Angehörige im Prozess der Entscheidung	216
2.4.1	Die Funktionen von Angehörigen	216
2.4.2	Reaktionen von Angehörigen auf den Todeswunsch	217
2.4.3	Angehörige in der Phase der Realisierung	218
2.4.4	Praktische Konsequenzen	220
2.5	Trauer nach einem assistierten Suizid	221
2.5.1	Unmittelbare Reaktionen Angehöriger auf einen assistierten Suizid	221
2.5.2	Assistierter Suizid und Traumatisierung	222
2.5.3	Assistierter Suizid und Trauer	224
2.5.4	Praktische Konsequenzen	226
3.	Seelsorge im Umfeld eines assistierten Suizids	229
3.1	Auftrag und Aufträge	229
3.2	Prozess und Aufgaben	232
3.3	Haltungen	240
3.4	Spiritualität	243
3.5	Ambivalenzen	244
3.6	Ethische Urteilsbildung	247
3.7	Kooperation	257
4.	Homiletik und Liturgik im Umfeld assistierten Suizids	261
4.1	Homiletische Seelsorge	261
4.2	Rituelle Kleinformen	262
4.3	Vorbereitung einer Trauerfeier	264
4.4	Vollzug der Trauerfeier	268
4.5	Öffentlichkeit der Trauerfeier	268
4.6	Lebenslauf	269
4.7	Bibeltext und Predigt	271
4.8	Weitere Elemente einer Trauerfeier	272
4.9	Wünsche der Sterbewilligen und der Angehörigen	273
4.10	Ansprechen oder Verschweigen des assistierten Suizids	274
5.	Informationen	277
5.1	Rechtliche Bestimmungen und Fragen	277
5.1.1	Der rechtliche Rahmen	277
5.1.2	Beihilfe zum Suizid unter rechtlichen Perspektiven	279
5.1.3	Politische Entwicklungen und Perspektiven	281

Inhaltsverzeichnis

5.2	Bewilligungspraxis der Sterbehilfeorganisationen	282
5.2.1	Bewilligungspraxis und rechtliche Rahmen- bestimmungen	283
5.2.2	Zum Beispiel: Die Bewilligungspraxis der SHO Exit	284
5.3	Kriterien der Zulassung von Sterbehilfeorganisationen in Institutionen	286
5.3.1	Richtlinien der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften	287
5.3.2	Zur Rolle der Seelsorgenden	289
5.4	Palliative Care und assistierter Suizid – sieben Argumen- tationsmodelle	290
	Verzeichnis der Kurzdarstellungen	295

Einleitung

Una harum ultima
Anschrift an Sonnenuhr¹

Wer einen assistierten Suizid plant oder sich als angehörige Person mit dieser Absicht und ihren Folgen auseinandersetzen muss, nimmt manchmal auch die Seelsorge sowie die rituelle Gestaltungs- und homiletische Deutungskompetenz der Kirche in Anspruch. Welche Herausforderungen stellt dies an Gemeindepfarrerinnen und -pfarrer? Worauf gilt es in der seelsorglichen Begleitung Betroffener zu achten? Worauf bei der Vorbereitung und Durchführung einer Abdankung? In welchem Hoffnungshorizont bewegen sich die Betroffenen und die Seelsorgenden dabei? Fallbeispiele, Kommentare und Reflexionen sollen Antworten auf solche Fragen ermöglichen.

Anlass dazu geben nicht nur die bisher steigenden Zahlen von assistiertem Suizid und die hohe öffentliche Aufmerksamkeit für die Problematik. Das Thema wird auch in der kirchlichen Praxis wichtiger. Zur Frage, worauf dabei geachtet werden muss, gibt es bis heute kaum praktisch-theologische Überlegungen.² Es ist weitgehend unbekannt, was Pfarrerinnen und Pfarrer faktisch tun, welchen Problemen sie bei Sterbewilligen und deren Familien begegnen, wie sie darauf eingehen und theologisch verantwortet handeln. Zudem besteht ein Hiatus zwischen den mehrheitlich kritischen öffentlichen kirchlichen Stellungnahmen und der Notwendigkeit, Menschen, die

1 Zum Beispiel auf Schloss Beuggen.

2 Vgl. aber: Michael Brems, «Sagt allen, dass ich aufrecht gegangen bin.» Das Tötungsverbot und das Recht, sterben zu dürfen: Wege zum Menschen 63, 2011, 572–576. Zudem finden sich Überlegungen von Ivana Bendik, Elisabeth Grözinger und anderen Seelsorgenden zur Seelsorge bei assistiertem Suizid, in: Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Suizidhilfe im Fokus von Recht, Ethik und Seelsorge, SEK-Kolloquium 2009, 39–47.

von einem assistierten Suizid betroffen sind, nicht vor den Kopf zu stossen, sondern sie von kirchlicher Seite kompetent zu begleiten.

Der Schweizerische Evangelische Kirchenbund nimmt hier eine vermittelnde Position ein. Er setzt sich kritisch mit der Problematik des assistierten Suizids auseinander und plädiert konsequent für die Priorität des Lebensschutzes im kirchlichen Handeln. Dies darf aber nicht blind machen für «Lebenslagen, in denen Moral und Recht an ihre Grenzen stossen. Es gibt Ausnahmesituationen, in denen es einem Menschen unerträglich schwer oder gar unmöglich wird, das eigene Leben auszuhalten»³. Es gilt, «die autonome Entscheidung der Person zu respektieren und sie, auf ihren Wunsch hin, auf ihrem weiteren Lebensweg zu begleiten. Es mag sein, dass die begleitende Person dem Sterbewunsch aus persönlichen Motiven, moralischen und ethischen Überlegungen oder religiösen Überzeugungen nicht zustimmen kann. Seelsorgliche Begleitung wäre aber missverstanden, wenn sie ihre Teilnahme von der Zustimmung zu der getroffenen Entscheidung abhängig machen würde. Seelsorgliche Solidarität gilt grundsätzlich der Person, unabhängig von den von ihr getroffenen Entscheidungen und deren Folgen. Auch hier lautet die entscheidende Frage: Bin ich der sterbewilligen Person eine Nächste oder ein Nächster?»⁴

3 Frank Mathwig, *Leben dürfen – sterben können. 10 Fragen – 10 Antworten*, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Bern 2010, 4.

4 Frank Mathwig, *Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive*, Vom Rat des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes genehmigt 14.8.2007, Bern 2007, 28. Medizinethisch entspricht dieser seelsorglichen Beistandspflicht das Prinzip «Nonabandonment», die Verpflichtung zur langfristigen Begleitung eines Kranken durch alle Stadien einer Krankheit. «Es macht einen himmelweiten Unterschied, ob man einer unsicheren Zukunft allein gegenübersteht oder mit einem engagierten, fürsorglichen und sachkundigen Partner, der nicht vor schwierigen Entscheiden zurückschreckt, wenn der weitere Weg unklar ist» (Timothy E. Quill, *Nonabandonment: A central obligation for physicians: Annuals of Internal Medicine* 122, 1995, 368–374; Zitate in englischer und französischer Sprache wurden von den Autoren

Einleitung

Die vorliegende Publikation will diesen reformierten Standpunkt konkretisieren. Der Arbeitskreis Theologie der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn gab den Anstoss zur Arbeit und sammelte in einem ersten Schritt Fallbeispiele aus der kirchlichen Praxis. Dabei zeigte sich schnell, dass eine knappe Handreichung der Komplexität der Problematik nicht gerecht würde. So wurden in einem nächsten Schritt die Beispiele aus poimenischer und liturgisch-homiletischer Perspektive kommentiert. Die Autoren arbeiteten dabei eng zusammen und präsentierten die Analysen und Kommentare in Abständen dem Arbeitskreis als «sounding board». Parallel dazu wurden Problemkreise bearbeitet, die sich aus den Fallbeispielen ergaben und zu denen vertiefte theologische und praktisch-theologische Überlegungen angestellt und Recherchen durchgeführt werden mussten. Die systematisch-theologischen, homiletisch-liturgischen und seelsorglichen Aspekte sind insgesamt eng aufeinander bezogen. Zugleich zeichnen die drei Autoren persönlich für die seelsorglichen (Morgen-thaler), homiletisch-liturgischen (Plüss) und dogmatischen (Zeindler) Beiträge, ohne dass wir dies im Einzelnen ausweisen.

Die Themen haben wir in zwei Teile gegliedert: Im ersten Teil finden sich die Fallbeispiele und Kommentare, im zweiten Teil weitergehende Reflexionen. Zur schnellen Orientierung haben wir die Fallbeispiele in zeitlicher Reihenfolge angeordnet: Sie decken die Zeitspanne von ersten Überlegungen Betroffener bis hin zur Trauer der Angehörigen ab. Diese Fallanalysen nehmen einen breiten Raum ein, zeigen sie doch anschaulich Herausforderungen und Möglichkeiten eines praktisch-theologisch verantworteten Handelns im Umfeld des assistierten Suizids. Problembereiche, die weiter reflektiert werden müssen, sind in grafisch vom Lauftext abgesetzten Textbausteinen (vgl. Verzeichnis der Kurzdarstellungen S.295) kurz umschrieben. Wer vertiefte Informationen und Überlegungen dazu sucht, wird auf den zweiten Teil verwiesen. In diesen Kapiteln des Buchs werden dogmatische Themen aufgegriffen, die für eine theologisch solide prak-

übersetzt). Es gibt viele biblische Motive des Nonabandonments, beispielsweise in der Bundes- und Rechtfertigungstheologie (vgl. II.1).

tische Arbeit relevant sind (II.1) und es werden relevante Sachinformationen und Forschungsergebnisse präsentiert, die es erlauben, praktische Situationen vertieft zu verstehen und einzuschätzen (II.2). Daraus lässt sich ein Bild gewinnen, wie in diesem Feld seelsorglich, liturgisch und homiletisch qualifiziert gearbeitet werden kann (II.3 und II.4). Hintergrundinformationen zur rechtlichen Situation, zur Bewilligungspraxis der SHO, zur Arbeit in Heimen und Spitälern und zum Verhältnis von Palliative Care und assistiertem Suizid sind im letzten Kapitel des Texts zu finden (II.5). Ein Literatur- und ein Stichwortverzeichnis beschliessen das Buch.

Suizid und assistierter Suizid in der Schweiz⁵

- Die Suizidrate in der Schweiz bewegt sich im europäischen Mittelfeld. Die Wahrscheinlichkeit eines Suizids hat seit 1990 fast um die Hälfte abgenommen. Seit 2010 sind die Zahlen verhältnismässig stabil.
- In der gleichen Zeitperiode hat die Zahl assistierter Suizide stark zugenommen (innerhalb der letzten, statistisch ausgewerteten fünf Jahre, von 2009 bis 2014, von 297 auf 742 Fälle). Das entsprach 2014 1,2% der Todesfälle.⁶ Seit 2009 werden assistierte Suizide vom Bundesamt für Statistik nicht mehr zu den Suiziden, sondern zur jeweils vorhandenen Grunderkrankung gezählt.⁷

5 Nach: Bundesamt für Gesundheit BAG, Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz, Neuchâtel, April 2015; Bundesamt für Gesundheit BAG, Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz, Neuchâtel, Oktober 2016.

6 Bereinigte Daten des Bundesamts für Statistik für das Jahr 2015 werden erst Ende 2017 zur Verfügung stehen, diejenigen für die Folgejahre entsprechend später. Die SHO Exit verzeichnete 2015 782 Personen, die mit assistiertem Suizid starben, 2016 722 Personen; zum ersten Mal seit 2008 war damit die Zahl leicht rückläufig. Informationen auf Homepage von Exit zugänglich.

7 Dies spiegelt eine (normalisierende) Neueinschätzung der Praxis des assistierten Suizids. Es fragt sich, ob mit dieser begrifflichen Zuordnung der spezifische Charakter assistierter Suizide und die psychischen, sozialen und spirituellen Komponenten, die zu einem assistierten Suizid führen können, genügend berücksichtigt sind.

Einleitung

- 2009 kamen auf einen Fall von assistiertem Suizid fast vier Fälle von Suizid, 2014 hat sich das Verhältnis stark verändert: auf einen assistierten Suizid kamen nur noch 1,3 Suizide. Betrachtet man die Summe der beiden Todesarten, kompensiert die Zunahme der assistierten Suizide die Abnahme der Suizide in den letzten 10 Jahren. Es handelt sich allerdings nur teilweise um dieselben Personengruppen.
- Suizide sind bei Männern häufiger als bei Frauen: Fast dreimal mehr Männer als Frauen nehmen sich das Leben (20 bzw. 7 pro 100 000), bei den über 75-Jährigen sind es sogar fünfmal mehr Männer als Frauen. Die altersstandardisierten⁸ Raten des assistierten Suizids bei Männern und Frauen liegen hingegen sehr nahe beieinander, aber auch in diesem Fall nehmen sich die Männer etwas häufiger das Leben als die Frauen. 2012 sind zum ersten Mal mehr Frauen durch assistierten Suizid als durch eine andere Form von Suizid gestorben.
- Bei unter 65-jährigen Menschen überwiegt die Zahl der Suizide jene der assistierten Suizide um ein Mehrfaches. Bei den über 65-jährigen Personen überwiegen bei weitem die assistierten Suizide (um den Faktor 2,6).
- Die Anzahl assistierter Suizide pro 1000 Todesfälle variiert nach Kanton. Über dem Schweizer Durchschnitt liegen Zürich, Genf, Neuenburg, Appenzell Ausserrhoden, Waadt und Zug (in dieser Reihenfolge).
- 50–70 % der Menschen, die einen Suizid begehen, leiden an einer Depression. Bei den assistierten Suiziden ist es anders: Hier fallen vor allem Krebs in fortgeschrittenem Stadium, Altersmultimorbidität und neurodegenerative Krankheiten wie Parkinson oder ALS (amyotrophe Lateralsklerose) ins Gewicht. Zudem spielen mit solchen Erkrankungen verbundene psychische Störungen, aber auch psychosoziale Faktoren wie Angst vor zukünftigem Leiden, Sinn- und Autonomieverlust und spirituelle Krisen eine Rolle (vgl. II.2.2).

Weitere Untersuchungen beleuchten die Situation unterschiedlicher Gruppen, z. B.

- Bosshard u. a. untersuchten 748 Fälle von assistiertem Suizid mit der SHO Exit zwischen 1990 und 2000.⁹ Diese machten 0,1 % aller Todesfälle und 4,8 % aller Suizide aus. Das mittlere Alter der Verstorbenen

8 Bei der altersstandardisierten Sterberate wird einberechnet, dass die Bevölkerung in diesen Jahren stark gewachsen ist.

9 Georg Bosshard/Esther Ulrich/Walter Bär, 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation, in: Swiss Medical Weekly 133, 2003, 310–317.

Einleitung

betrug bei Frauen 72, bei Männern 73 Jahre. Meist litten die Suizidenten an Krebs, gefolgt von neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Kreislaufs und der Atmungsorgane und HIV/AIDS. Die Anzahl verdreifachte sich in der Untersuchungsperiode. Assistierter Suizid findet sich öfter in urbanen und protestantischen Regionen der Schweiz.

- Steck u. a. untersuchten 1301 Fälle von assistiertem Suizid verglichen mit Längsschnittdaten der Schweizer Bevölkerung.¹⁰ Mit assistiertem Suizid gingen mehr Frauen als Männer, mehr Menschen, die allein leben, als solche in Partnerschaften, mehr Menschen ohne religiöse Zugehörigkeit als Protestanten und Katholiken aus dem Leben. Der Anteil war ebenfalls höher bei Personen mit höherer Bildung, in städtischen Regionen und in sozio-ökonomisch besser gestellten Gegenden. Im Alter waren assistierte Suizide häufiger bei Geschiedenen; bei jüngeren Erwachsenen seltener bei jenen mit Kindern.
-

Heikel war die Frage, mit welchem Begriff wir denn eigentlich den Gegenstand der Untersuchung bezeichnen sollten: Soll von «Freitod» gesprochen werden, wie dies Sterbehilfeorganisationen (im Folgenden: SHO¹¹) häufig tun, von «assistierter Selbsttötung», von «assistiertem Suizid» oder von «begleitetem Sterben». Wir haben uns für die Bezeichnung «assistierter Suizid» entschieden. «Freitod» scheint uns verharmlosend, da der Entscheid zu einem assistierten Suizid oft unter einem grossen Leidensdruck fällt und ein theologisch problematisches, zu individualistisches Verständnis von Freiheit impliziert ist. «Begleitetes Sterben» scheint uns als Leitbegriff ebenfalls ungeeignet. Mit ihm könnte zwar verdeutlicht werden, dass ein assistierter Suizid heute in einem Kontinuum unterschiedlicher Sterbepformen

10 Nicole Steck u. a., Suicide assisted by right-to-die associations. A population based cohort study, in: *International Journal of Epidemiology* 43, 2014, 614–622.

11 Wir brauchen den Kürzel SHO, weil wir so alle Schweizerischen Suizidhilfeorganisationen einbeziehen können und keine bevorzugen. Es sind dies: Exit (Deutsche Schweiz und Romandie, ausschliesslich für Schweizer Bürger und Bürgerinnen oder Personen mit Wohnsitz in der Schweiz), «Dignitas», «Ex International» und «Lifecircle/Eternal Spirit» (auch für Personen mit Wohnsitz im Ausland).

steht, bei denen allen in der einen oder anderen Weise Entscheide über Länge und Art des Sterbens bestimmend sind. Es würde aber überspielt, dass der Tod bei einem assistierten Suizid durch die betroffene Person selbst mit Absicht herbeigeführt wird. «Assistierter Suizid» haben wir «assistierter Selbsttötung» vorgezogen, weil der Begriff geläufig und weniger plakativ ist und damit dieser Form des Sterbens eher entspricht.¹² Es bleibt das Problem, dass damit Formen der Selbsttötung, die sich doch erheblich voneinander unterscheiden, unter den einen Begriff «Suizid» gestellt werden. Assistierte Suizide unterscheiden sich in vieler Hinsicht von anderen Suiziden: Es sind tendenziell unterschiedliche Personen- und Altersgruppen betroffen. Auch die Ursachen sind oft anders gelagert. Bei einem assistierten Suizid sind die Angehörigen meist im Voraus informiert und können sich verabschieden, was bei anderen Formen des Suizids nicht der Fall ist. Was geregelt werden muss, kann bei einem voraussehbaren Suizid noch geregelt werden. Die Kommunikation bricht nicht unvermittelt ab, sondern kann – wenn auch unter Schwierigkeiten – bis zum Ende aufrechterhalten bleiben. Die Suizidwilligen gehen ihren Weg nicht in gänzlicher Einsamkeit sondern begleitet. Die konkreten Umstände des Todes sind meist auch weniger drastisch, der Körper bleibt äusserlich unversehrt. Assistierter Suizid ist insgesamt eine sozial begleitete, kontrollierte, para-medizinische Sterbeweise «on demand», der Suizid ein einsamer, disruptiver, riskanter individueller Akt. So werden wir bei unseren Untersuchungen auf diese Unterschiede achten, ohne die Ähnlichkeiten zu unterschlagen: Beiden Fällen liegt der harte Entscheid eines Men-

12 Auch der englische Begriff «hastened death» kann nicht gebraucht werden, da er zu wenig präzise ist. «Hastened death» wird in den USA umgangssprachlich oft ein medizinisch assistierter Suizid genannt, der Ausdruck meint aber eigentlich einen «beschleunigten», vorgezogenen (wenn nicht überhasteten) Tod und kommt in die Nähe des Begriffs «Sterbehilfe».

schen zugrunde, sein Leben zu beenden. Beide kennzeichnet die selbst herbeigeführte Schnelligkeit des Todes.¹³

Wichtig ist auch die Verhältnisbestimmung zur Palliative Care, die in der Schweiz in jüngerer Zeit stark gefördert wird (vgl. dazu die Argumentationsmodelle, II.5.4). Problematisch scheint uns, wenn Palliative Care und assistierter Suizid in einen unüberbrückbaren Gegensatz gebracht werden. Wir betrachten sie eher als sich ergänzende Möglichkeiten. Es gibt gute theologische Gründe, dass Kirchen sich für Palliative Care stark machen. Es gibt ebenso gute theologische Gründe, Menschen seelsorglich zu begleiten, die von einem assistierten Suizid betroffen sind (vgl. II.1.6). Dies wird in dieser Publikation in den Vordergrund gerückt, ohne dass damit die Stärken der Palliative Care infrage gestellt werden sollen.

Verbindliche Richtlinien für kirchliches Handeln können nicht gegeben werden.¹⁴ Das Buch will mit seinen Beispielen, Analysen und Kommentaren vielmehr dabei helfen, die persönliche Position zu klären, unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und sich professionell im Umfeld eines assistierten Suizids bewegen zu lernen. Es ist so etwas wie eine Baustelle, zu der man von verschiedenen Seiten her Zugang hat, auf der man sich umsehen, aber auch nur

13 Auch sonst achten wir auf begriffliche Klarheit. So sprechen wir bei einem assistierten Suizid nicht von «Sterbehilfe» oder «Freitodbegleitung», wie dies in Verlautbarungen von SHO oft geschieht, sondern von «Beihilfe zum Suizid»; wir verwenden nicht den Begriff «Freitodbegleiter/-in» sondern «Suizidbegleiter/-in» oder «freiwillig Mitarbeitende/-er» einer SHO.

14 So hält auch die Waadtländer evangelisch-reformierte Kirche in einem Positionspapier fest: «On ne saurait donner ici de directives éthiques définitives tant les positions des un et des autres varient au fonction de leur approche des questions touchant au respect de la vie, de la dignité et de la liberté individuelle» («Man kann hier kaum ethische Richtlinien aussprechen, so sehr variieren die Positionen der verschiedenen Beteiligten je nach ihrem Zugang zu den Fragen, die die Achtung des Lebens, der Würde und der persönlichen Freiheit tangieren.») (Eglise évangélique réformée du Canton de Vaud, Assistance au suicide et accompagnement pastoral. Recommandation, Lausanne 2016, 2).

Einleitung

einzelne Elemente genauer betrachten und sich dazu eine Meinung bilden kann. Die Teile sind locker und mit vielen Querverweisen miteinander verknüpft. Die Kapitel können auch einzeln gelesen oder zur Information beigezogen werden. Gewisse Wiederholungen werden deshalb in Kauf genommen. Männliche und weibliche Formen werden ausgeschrieben oder im Wechsel gebraucht.

Baustellen verändern sich, besonders wenn das Terrain, auf dem gebaut werden soll, sich ebenfalls laufend verändert. Das ist bei der Thematik des assistierten Suizids der Fall. So freuen wir uns, wenn andere die Impulse, die wir geben können, aufgreifen und ihre eigenen Steine aufs Baugerüst tragen.

Wir danken dem Arbeitskreis Theologie für seine Initiative und die Diskussion von Grundlagenfragen, den Pfarrerinnen und Pfarrern, die Beispiele beige-steuert haben, und allen, die das Manuskript kritisch kommentierten und inhaltliche Hinweise gaben: Susanna Meyer, Sonja Gerber, Ella de Groot, Alfred Aeppli, Manuel Dubach, Stephan Hagenow, Andreas Heieck, Matthias Wüthrich, Pascal Mösli, Daniel Hürlimann (Rechtliches), Karin Tschanz, Giorgio Loderer. Der Dank gilt auch dem Verlag für das sorgfältige Lektorat.

Teil I
Fallbeispiele und Kommentare

1. Von ersten Überlegungen bis zur Trauer der Angehörigen

Die Beispiele aus der Praxis des Gemeindepfarramts, die im Folgenden dargestellt und kommentiert werden, sind so geordnet, dass sich daran ablesen lässt, wie der Weg hin zum assistierten Suizid verlaufen kann, was nach der Tat folgt und an welchen Stellen Pfarrerinnen und Pfarrer ins Spiel kommen – falls dies überhaupt geschieht. Modellhaft lässt sich dieser Prozess wie folgt darstellen, auch wenn er im Einzelfall je anders verläuft und ein einmal beschrittener Weg auch wieder verlassen werden kann¹⁵ oder unerwartet anders abbricht:

Der Prozess der Entscheidung, Durchführung und Verarbeitung

<i>Annäherung</i>	<i>Entscheidung</i>	<i>Realisierung</i>	<i>Öffentlicher Abschied</i>	<i>Verarbeitung</i>
Einschränkungen, Leiden, Sinnverlust	Ambivalenzen	Wartephase	Trauergespräch	Erinnerung, Trauer
Auseinandersetzung mit Tod und dem Sterben wichtiger Personen	Ängste, Auf und Ab in der Befindlichkeit	Bestimmung von Datum und Ort	Trauerfeier	Komplizierte Trauer

15 Die SHO Exit zählte Ende 2016 in der Deutschschweiz und im Tessin 104 278 Mitglieder; es gingen 2016 rund 3500 Anfragen für assistierten Suizid ein, bei 991 wurden nähere Abklärungen getroffen, 722 Personen (weniger als 1 % der Mitgliederzahl) entschieden sich für einen assistierten Suizid. Sehr oft unterbleiben nach einem Beitritt zu einer SHO also weitere Schritte.

Teil I Fallbeispiele und Kommentare

<i>Annäherung</i>	<i>Entscheidung</i>	<i>Realisierung</i>	<i>Öffentlicher Abschied</i>	<i>Verarbeitung</i>
Innere Vorwegnahme von Krankheits- und Sterbeszenarien	Reaktionen der Angehörigen	Konkrete Vorbereitungen des Abschieds (evtl. der Trauerfeier)	Bestattung Urnenbeisetzung o. ä.	Posttraumatische Belastungsstörung
Beitritt zu SHO	Abwägen und innere Klärung Beratung durch SHO Entschluss	Assistierter Suizid Offizielle Untersuchung der Sterbeursache		

Zur ersten Orientierung werden die einzelnen Wegstrecken kurz charakterisiert.

Annäherung: Dem Entschluss, mit einem assistierten Suizid aus dem Leben zu scheiden, geht häufig eine längere Zeit der innerlichen Annäherung voraus. Das Verfolgen der öffentlichen Debatte um Fragen der Sterbehilfe, die Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit, Beispiele des Sterbens anderer Menschen (auch mit assistiertem Suizid), das innere gedankliche Durchspielen von Szenarien einer schweren Erkrankung, aber auch ganz konkrete Einschränkungen, Altersbeschwerden und Krankheiten, die zusetzen, sowie Einsamkeit, fehlende Wertschätzung, Sinnverlust, Glaubenskrisen, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Wut, Ekel – in anderen Worten: psychischer, sozialer und spiritueller Schmerz – sind Faktoren, die diese Auseinandersetzung beeinflussen. Recht häufig fällt ein grosser Verlust, besonders der Verlust des Ehepartners, in diese Zeit. Dadurch gewinnen Fragen bezüglich des eigenen Endes an Schärfe. Nicht selten erfolgt der Beitritt zu einer SHO als eine Art Versicherung für den schlimmsten, unerwünschten «Fall der Fälle». Angehörige werden in

1. Von ersten Überlegungen bis zur Trauer der Angehörigen

diese Überlegungen miteinbezogen oder der Beitritt erfolgt auf ein-
samem Entschluss.

Weg hin zur Entscheidung: Das innere Bilanzieren, manchmal als zusätzlicher Einschnitt die Diagnose einer schweren, akuten Erkrankung oder sich verschlimmernde Symptome einer langfristigen Krankheit oder Demenz leiten eine Zeit ein, in der ein assistierter Suizid ernster in Betracht gezogen wird. Die hochaltrige oder schwer kranke Person selbst ringt um eine Entscheidung: Ängste und Ambivalenzen, ein Auf und Ab in der körperlichen und seelischen Befindlichkeit prägen diese Zeit. Wenn die Betroffenen von ihrer Absicht, mit einem assistierten Suizid aus dem Leben zu gehen, offen zu sprechen beginnen, kommt es auch in Familien und Beziehungsnetzen zur Auseinandersetzung. Entscheidend ist dabei, ob Familienangehörige und das soziale Umfeld ein Ohr und Verständnis für die Hintergründe des Sterbewunsches haben. Je nachdem wird den engsten Angehörigen erst jetzt klar, wie tief eine Sinnkrise sowie physische, psychische, soziale und spirituelle Schmerzen greifen. Von Betroffenen braucht es Mut, ihre Gedanken überhaupt in der Gegenwart ihrer Nächsten auszudrücken. Oft ist dies ein Hilferuf, entstanden aus Ohnmacht und Verzweiflung. Eher selten handelt es sich bereits um den festen Entschluss, mit einem (assistierten) Suizid aus dem Leben zu scheiden. Die Reaktionen der Nächsten, vor allem auch ihre Abwehr oder ihr Unverständnis, können einen Entschluss beschleunigen. Dabei geht jede Familie dies wieder anders an: vom gemeinsamen, offenen Gespräch und Abwägen bis hin zum Abbruch der Kommunikation ist vieles möglich. Steigt die Belastung und wird die Absicht konkreter, wird eine gründliche, professionelle Abklärung der Beweggründe immer wichtiger. Nicht selten kommt es auch zur Beratung durch eine SHO. Schliesslich muss ein Gesuch um eine Suizidbegleitung an eine SHO gerichtet werden, wobei diese ihrerseits nach Richtlinien und vorgegebenen Kriterien eine Einschätzung vornimmt und dieses Gesuch bewilligt oder ablehnt (vgl. Bewilligungskriterien und Vorgehen von Exit: II.5.2). Ein Arzt – oft der Hausarzt, wenn dieser nicht will: ein anderer Arzt oder ein Konsiliararzt der entsprechenden

SHO – muss eine medizinische und psychologische Einschätzung vornehmen und ein Rezept ausstellen. Dieses liegt nun bereit, wird aber noch nicht eingelöst (oder wurde von der SHO eingelöst und steht dort auf Abruf bereit). Diese Entscheidungszeit kann sehr unterschiedlich lange dauern. Meist verschärft sich der Todeswunsch in mehreren Etappen. Es kann aber auch sehr schnell gehen. Bei der SHO Exit dauert es zwischen Erstgespräch und assistiertem Suizid in rund 40 % der Fälle nur vierzehn Tage.¹⁶

Realisierung: Nun fällt der definitive Entscheid, in absehbarer Zeit mit einem assistierten Suizid das eigene Leben zu beenden. Das Datum wird festgelegt, mit der SHO und meist auch den Angehörigen abgesprochen und der konkrete Abschied geplant: wer dabei sein wird, wo der assistierte Suizid stattfindet (ob zu Hause, in einem Pflegeheim oder in Räumlichkeiten der SHO), wer die SHO vertritt und das Medikament bringt, wie die Abschiedsszene gestaltet sein wird, was bis dahin noch alles stattfinden soll, etwa ein Essen im Familienkreis, ein Abschiedsapéro mit Freunden oder anderes. Es kommt zum assistierten Suizid unter Beisein eines freiwillig Mitarbeitenden einer SHO und mindestens einer weiteren Person. Dies können Angehörige oder auch Freunde und andere Personen sein. Die sterbewillige Person muss das Sterbemittel selbst einnehmen oder eine entsprechende Infusion auslösen können. Meist kommt es zum Verlust des Bewusstseins in weniger als zehn Minuten, der Tod tritt in vier Fünfteln der Fälle nach ungefähr dreissig Minuten ein, in einzelnen Situationen

16 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 8–14 Tagen. Der Anteil kurzfristiger Suizidbegleitungen stieg in den letzten Jahren. So kurze Fristen sind möglich, schreibt Exit, weil bereits vor dem Erstgespräch eine erste telefonische Beratung durch die Mitarbeitenden der Geschäftsstelle erfolgt und auch Arztzeugnisse sowie das Rezept für das Sterbemedikament im Vorfeld eingeholt werden können. Informationen über die Homepage von Exit zugänglich (www.exit.ch/news/jahresberichte/jahresbericht-2015).

1. Von ersten Überlegungen bis zur Trauer der Angehörigen

aber auch erst nach mehr als einer Stunde. Der Tote muss unberührt liegen gelassen werden und der Tod zuerst bei der Polizei gemeldet werden. Da ein assistierter Suizid als «ausserordentlicher» Todesfall eingestuft wird, müssen die Todesumstände medizinisch und juristisch geklärt werden. Es erfolgt ein Besuch von Polizei und Vertretern der Behörden am Sterbeort, wobei sich die Regelungen von Kanton zu Kanton unterscheiden.¹⁷

Öffentlicher Abschied: Die verstorbene Person wird anschliessend auf den Friedhof überführt oder zu Hause aufgebahrt. Leidzirkulare werden verschickt, wobei sich bereits hier die Frage stellt, wie offen die Todesursache kommuniziert werden soll. Die gleiche Frage stellt sich auch im Trauergespräch, das zur Vorbereitung der Abdankung geführt wird, bei der liturgischen Gestaltung des Abschiedsgottesdienstes und bei der homiletischen Deutung des zu Ende gegangenen Lebens. Dabei spielt eine grosse Rolle, wie die verstorbene Person selbst ihren Todeswunsch und den assistierten Suizid den Familienangehörigen und Freunden kommuniziert hat und wie die nächsten Verwandten damit umzugehen in der Lage und gewillt sind. Die Pfarr-

17 Im Kanton Bern waren bis 2016 bis zu sechs Personen beteiligt (Ärzte, Polizei, Staatsanwaltschaft). In den meisten Beispielen steht diese Praxis im Hintergrund. Das Vorgehen wurde nun vereinfacht. Überprüft werden u. a.: Mitgliederausweis der SHO bzw. analoge Erklärung der suizidwilligen Person; aktuell unterzeichnete Freitoderklärung der suizidwilligen Person; ärztliche Zeugnisse und Befunde zu Erkrankungen und Krankheitsverläufen; schriftliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit durch einen Arzt (nicht älter als sechs Monate); zusätzliches fachärztliches Gutachten bei psychischen Erkrankungen und Personen mit fortschreitender Demenz inkl. persönliche Überprüfung des rezeptierenden Arztes (längstens drei Tage vor Suizidbegleitung); Berichte über Klärung von alternativen Optionen, Autonomie, Wohlerwogenheit und Konstanz des Sterbewunsches; ärztliches NaP-Rezept (Gültigkeit max. 6 Monate); Zeitprotokoll über Suizidablauf; Kostenblatt mit Auflistung der vom Mitglied an die SHO und von dieser durch Vertrauensärzte und Suizidhelfer erbrachten Leistungen (nach Christine Bartsch, Fachärztin für Rechtsmedizin und PD, Universität Zürich).

person, die beigezogen wird, bestimmt ihrerseits mit, wie viel oder wie wenig gesagt wird. Thematisierungsverbote werden vorsichtig infrage gestellt, und Angehörige denken manchmal um. Familien entscheiden sich aber auch, die Todesart nicht zu benennen. Nicht selten teilt sich die anwesende Trauergemeinde deshalb in die Eingeweihten und die Unwissenden. Entsprechend gestaltet die Pfarrerin die Feier so, dass sie in mindestens zweifacher Weise verstanden werden kann, und wählt ihre Worte entsprechend. Unterliegt die Todesursache einem strikten Tabu oder sind damit innerfamiliäre Verwerfungen verbunden, führt dies womöglich zu einer eingeschränkten Öffentlichkeit der Feier oder gar zu einem Ausschluss der Öffentlichkeit, was die Trauer erschweren kann.

Wie bei Sterbformen, denen eine längere Krankheit vorausgeht, ist es auch beim assistierten Suizid möglich, dass die sterbewillige Person ihre Feier selbst vorbereitet, und es erstaunt nicht, dass dies in manchen Fällen bis ins Einzelne geschieht. Die Aufgabe der Pfarrperson besteht darin, diese Vorbereitungen mit den Vorstellungen der Familie und ihrer eigenen professionellen Sicht der Situation zu vereinbaren und das Vorgehen allenfalls zu verhandeln, möglicherweise schon vor dem erfolgten Suizid.

Verarbeitung: Das Trauern setzt meist bereits vor dem Tod ein. Die engeren Angehörigen wissen in der Regel im Voraus vom Tag des Suizids. Sie müssen sich trotz ihres inneren Zwiespalts mit den Tatsachen abfinden. So können sie die Zeit bis dahin aber auch bewusst gestalten und sich mit ihrer vorweggenommenen Trauer auseinandersetzen. Nach dem assistierten Suizid fließt diese besondere Erfahrung in die eigene Trauer ein. Erzählend und erinnernd wird vergegenwärtigt, wer gestorben ist, was dessen Leben in den Augen der Angehörigen ausgemacht hat, aber auch, wie es zu dieser Art des Sterbens kam und wie es verlief. Die meisten Trauernden können die Trennung selbstständig und ohne längerfristige problematische Folgen bewältigen. Manche Angehörige werden durch die Szene der Selbsttötung aber auch traumatisiert und entwickeln Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. «Unabgeschlossene Ge-

1. Von ersten Überlegungen bis zur Trauer der Angehörigen

schäfte» und Schuldgefühle können zudem Formen der komplexen Trauer nach sich ziehen (vgl. II.2.5). Auch die Tatsache, bei der Szene der Selbsttötung nicht dabei gewesen zu sein, kann belastend wirken und Selbstzweifel, Gefühle der Wut und Ohnmacht und Schuldgefühle auslösen.

Wie die Beispiele zeigen, werden Pfarrerinnen und Pfarrer in allen diesen Phasen einbezogen und beansprucht: wenn es darum geht, sich zum assistierten Suizid eine Meinung zu bilden, Leben zu bilanzieren und Möglichkeiten des eigenen Sterbens abzuwägen (I.2), bei der Realisierung und konkreten Gestaltung der Selbsttötung (I.3), bei der Vorbereitung und Durchführung der Abdankung und des öffentlichen Abschieds (I.4) und in der Nachbegleitung (I.5). Die seelsorgliche, rituelle und deutende Begleitung zieht sich oft auch durch mehrere Phasen hindurch.

Die Beispiele wurden uns von Pfarrerinnen und Pfarrern zur Verfügung gestellt. Sie sind nicht geschönt, sondern dokumentieren im Rückblick seelsorgliche Begleitungen und Gottesdienstvollzüge bei einem assistierten Suizid. Im Text sind sie mit kursiver Schrift hervorgehoben. Die Kommentare haben wir in folgender Grundhaltung geschrieben: So wie die Begleitung jeweils verlaufen ist, ist sie verlaufen, und dass dies so war, hatte seine nachvollziehbaren Gründe. Wir wollen also nicht zwischen «richtigen» und «falschen» Vorgehensweisen unterscheiden. Vielmehr geht es uns darum, die unterschiedlichen Vorgehensweisen poimenisch, homiletisch und liturgisch zu reflektieren und daraus zu lernen. Die Analyse der Beispiele zeigt allerdings, wie wichtig es bei der Begleitung von Sterbewilligen und deren Angehörige ist, Optionen zu erfragen, zu konkretisieren und offen zu halten. Hochaltrige, schwer kranke und trauernde Menschen entdecken in sich verengenden Räumen neue Möglichkeiten, wenn auch Pfarrerinnen und Pfarrer sich «Möglichkeiten des Andersseins»¹⁸ vergegenwärtigen. Immer wieder fragen wir deshalb auch, wie man noch anders hätte sprechen, deuten, verhandeln und gestalten kön-

18 Paul Watzlawick, Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation, Bern u. a., 6²⁰⁰⁷.

nen. Durch unsere (oft hypothetischen) Überlegungen und Anfragen soll der Blick geweitet werden und es kommen zusätzliche Optionen ins Spiel.

Dabei haben wir uns immer vor Augen gehalten: Die Perspektive der Suizidwilligen ist nicht die Perspektive der Angehörigen. Die Perspektive der Seelsorgenden nicht die Perspektive der Suizidwilligen und Angehörigen. Die Perspektive von Kommentatoren nicht die Perspektive jener, die in einer konkreten Situation involviert sind. Eins ist nicht aufs andere reduzierbar. Zusammen ergeben diese Perspektiven aber ein vielschichtiges Bild der Prozesse und praktisch-theologischen Herausforderungen im Umfeld eines assistierten Suizids.

2. Begleitung in der Zeit der Annäherung und des Entscheids

Betroffene kontaktieren in dieser Zeit aus unterschiedlichen Gründen eine Pfarrperson. Sie wollen wie Herr F. sich aussprechen, ihre Gedanken ordnen und die Möglichkeit eines assistierten Suizids aus der Sicht der Kirche beleuchtet erhalten (1.2.1). Sie beschäftigen sich wie Herr T. mit dem Gedanken an einen assistierten Suizid, weil sich Horizonte in ihrem Leben verengen, suchen Begleitung bei der Einschätzung ihrer Situation und Impulse für eine neue Sicht (1.2.2). Eine solche Begleitung kann sich auch über eine längere Zeit erstrecken. So will Frau W. mit einem assistierten Suizid gegen den Willen ihres Manns aus dem Leben gehen. Einen konkreten Zeitpunkt hat sie aber noch nicht festgelegt. Sie wird von ihrer Seelsorgerin so begleitet, dass sie die verschiedenen Möglichkeiten besser abschätzen und die Faktoren, die für sie wichtig sind, anders gewichten kann (1.2.3).

2.1 «Was sagt die Kirche dazu?» – Positionen klären

Herr F., weit über 80 Jahre, bittet mich nach dem Gottesdienst um eine Kontaktaufnahme. Ich solle ihn doch einmal besuchen.

Was will Herr F. von seiner Pfarrerin? Seine Bitte um einen Hausbesuch ist direkt und so nicht unbedingt üblich. Beschäftigt ihn etwas Familiäres? Etwas ganz Persönliches? Das Thema kann auf jeden Fall nicht kurz unter der Kirchentüre verhandelt werden. Der Gottesdienstbesuch lässt vermuten, dass Herr F. mit der Kirche verbunden ist. Wird der Besuch ebenfalls unter diesem Vorzeichen stehen?

Ich melde mich und ein Termin für einen Besuch in der Wohnung von Herrn F. wird vereinbart. Er bewirbt mich sorgfältig mit Instantkaffee und Keksen. Wir sind uns nicht fremd. Vor einigen Jahren starb seine Frau, ich hatte damals die Trauerfeier gestaltet.

Herr F. betätigt sich gekonnt (und mit den für ihn wohl üblichen Ingredienzien) als Gastgeber, was die Seelsorgerin besonders vermerkt. Als Gast bewegt sie sich in seinem Hoheitsgebiet. Eine Begegnung auf Augenhöhe scheint damit möglich. Es besteht zudem bereits ein gewisses Vertrauen. Herr F. hat die Pfarrerin als Liturgin und Predigerin erlebt. Sie sind sich zumindest «nicht fremd». Das macht es ihm möglich, nun ein für sie möglicherweise befremdliches Thema anzuschneiden.

Herr F. berichtet, dass er sich bei einer SHO angemeldet habe. Er möchte wissen, was «die Kirche» dazu sage. Ich bin überrascht. Ich hatte dies nicht erwartet.

Die Pfarrerin muss sich innerlich umstellen. Was Herr F. hier vorbringt, entspricht nicht ihren Erwartungen, wohl auch nicht dem Bild, das sie von ihm gewonnen hatte. Ihre unmittelbare Reaktion lässt erahnen, was auch Herrn F. umtreibt: Wie wird man reagieren, wenn er, Herr F., diesen Wunsch äussert? Noch genauer lautet die Frage an sie: Was sagt die Kirche zu seinen Überlegungen? Trotz der eigentlich ausgeglichenen Ausgangssituation manövriert Herr F. sie mit seiner Formulierung in eine schwierige Lage: autoritativ zu sagen, was die Kirche zu einem assistierten Suizid sagt. Die Seelsorgerin ist sich offenbar bewusst, was hier in ihr selbst abläuft. Das macht es ihr möglich, sich auf Herrn F. einzustellen, ihrer amtlichen Funktion gerecht zu werden und dabei sich selbst nicht zu vergessen. Es ist nicht so klar, wo genau sich Herr F. auf seinem Weg befindet. Ein genaues Hinhören ist nötig. Die Anmeldung bei der SHO signalisiert, dass er einen ersten Schritt getan hat. «Sich bei SHO anmelden» ist oft jene alltagssprachliche Formulierung, die gewählt wird, um über einen assistierten Suizid sprechen zu können. Die Formulierung hält die Situation aber noch in der Schwebe, ist auch etwas verschleiern. Was verbindet Herr F. genau mit diesem Beitritt? Die Frage an die Pfarrerin ist offen formuliert. Er sucht nicht Bestätigung für einen Entscheid, den er bereits gefällt hat. Er fragt nicht: «Die reformierte Kirche ist jetzt auch nicht mehr gegen den assistierten Suizid, oder?» Er ist weiterhin am Überlegen, auch wenn er nun Mitglied einer SHO ist.