Theologische Aspekte der Suizidhilfe

Frank Mathwig

1. Einleitung

Ein theologischer Beitrag zur medizinischen Diskussion über Sterbe- und Suizidhilfe versteht sich nicht von selbst. Die global vernetzte Medizin tritt weitgehend interkulturell und religiös neutral auf. Religiöse Motive und Bezüge haben keinen Platz in einer evidenzbasierten Medizin. Gleichzeitig blenden das naturwissenschaftlich geprägte Medizinverständnis und der für das Medizinsystem typische epistemologische Reflexionsfokus die eigenen normativen Hintergründe und Voraussetzungen – die wechselseitige Kontamination von Erkenntnis und Interesse (vgl. Habermas 2001) – weitgehend aus (vgl. Grönemeyer/Kobusch/Schott 2008).

Aus historischer Perspektive weisen Medizin und Heilkunst konstitutiv religiöse – oder allgemeiner: Transzendenzbezüge – auf, die in der Vorstellung von der intrinsischen Verbindung zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit zum Ausdruck kommen. Die antike Heilkunst (iatrike techne) zielt auf das dynamische Gleichgewicht von Körper und Seele und beruht auf Kunst (techne), praktischer Klugheit (phronesis) und wissenschaftlicher Erkenntnis (episteme). Wissen wird als eine Seelentätigkeit verstanden, die auf die Schau des Ewigen gerichtet ist und auf das Göttliche, das die Menschen in und an sich selbst erkennen (vgl. Beckmann 2021; vgl. Busche 2021). Der Hintergrund macht verständlich, warum Platon die Unwissenheit als größte Krankheit bezeichnet (vgl. Beckmann 2021: 17). Das Christentum transformiert die antiken Vorstellungen in spezifischer Weise. In der mittelalterlichen Theologie begegnet Jesus häufig als »Christus medicus« (vgl. Dörnemann 2013; vgl. Grundmann 2018; vgl. Weber 2013; vgl. Wendtke 2018). Der auch in der Bibel begegnende Titel bezieht sich auf seine Wunderheilungen an Menschen mit physischen und psychischen Krankheiten, die symbolhaft auf das durch seine Person ermöglichte Heil der Erlösung verweisen.

Das spezifische Verhältnis von Heilung und Heil (vgl. Dabrock 2006) prägt das antike Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Medizin. Zwar begegnen bereits dort die heute international einschlägigen bioethischen Prinzipien des Nichtschadens (nonmaleficence → nil nocere) und Wohltuns (beneficence → bonum facere) (vgl. Beauchamp/Childress 2013). Aber die Kategorien sind in einen ontologischen und anthropologischen Zusammenhang eingebunden, der einer modernen ethischen Perspektive fremd gewor-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

den ist. Folgerichtig streicht die moderne Adaption der WMA Declaration of Geneva (World Medical Association 2018) den konstitutiven Götterbezug des Hippokratischen Eides (vgl. Flashar 2016; vgl. Schubert 2010; vgl. Leven 2018). Der Transzendenzbezug der antiken »Standesordnung« wird sachlich ersetzt durch den Immanenzfokus des neuzeitlichen Autonomieprinzips (vgl. Beauchamp/Childress 2013). Aus dem extrinisischen telos, das allem Sein seinen Platz in einer umfassenden Ordnung zuweist, wird die intrinsische intentio der mit einem freien Willen ausgestatteten Person. An die Stelle des antiken Krankheitsverständnisses als Irritation der vorgegebenen Ordnung – Augustinus spricht von der Störung des Körperfriedens (vgl. Augustinus 1981: XIII) –, die es zu erkennen gilt, tritt in der Moderne ein funktionaler Krankheitsbegriff, der auf Wiederherstellung, Korrektur oder Kompensation von Normalitätsabweichungen zielt (vgl. Canguilhem 1972). Entscheidend ist der damit verbundene Subjektwechsel: Während die antike Perspektive auf das Einfinden in eine kosmologische Ordnung gerichtet ist, geht es aus neuzeitlicher Sicht um die Konstruktion, Herstellung und Kontrolle eigener Ordnungen.

Diese bloß holzschnittartigen Bemerkungen sind hilfreich, um die Herausforderung durch die Sterbe- und Suizidhilfe zu verstehen. Die bis in die Gegenwart stattfindende Adaption des Hippokratischen Eides (etwa die in der Literatur kontrovers diskutierten Verbote der Sterbehilfe und des Schwangerschaftsabbruchs) haben ihr normatives Fundament eingebüßt. An ihre Stelle treten die ethischen und rechtlichen Konstruktionen positiver – das heißt gesetzter – Ordnungen. Neuzeitliche Ethik erhält eine Kompensationsfunktion in einer Welt, in der Orientierung nicht mehr in vorgegebenen Ordnungen antizipierend gefunden wird, sondern als sekundäre normative Ordnungen gesetzt werden muss. Die moralische Rhetorik täuscht darüber hinweg, dass dasjenige, was als wertvoll erscheint, nicht über (unmittelbar) evidente Gründe verfügt, um auch gegen Widerstände oder ihre explizite Bestreitung angestrebt, durchgesetzt und geschützt zu werden.

Die ethische Herausforderung der Sterbe- und Suizidhilfe besteht also weniger darin, ob Personen über ihr eigenes Leben frei verfügen dürfen und ob oder wie die Medizin sie dabei unterstützen soll oder darf, als vielmehr darin, auf welcher Grundlage diese Fragen überhaupt sinnvoll gestellt und mit Anspruch auf interpersonale Geltung beantwortet werden können. Die Fragen, was (medizinisch) getan und unterlassen werden sollte, sind unspektakulär, sofern die anspruchsvolle Frage geklärt ist, wie Menschenbild und menschliches Selbstverständnis plausibel begründet werden können, die in den möglichen Antworten auf die Sterbe- und Suizidhilfe vorausgesetzt sind. Autonomieappelle reichen nicht aus, weil sie entweder das Medizinpersonal auf Erfüllungsgehilf*innen von Patient*innenwünschen reduzieren oder umgekehrt die Patient*innen zu Spielfiguren der paternalistischen Weltbilder des Medizinpersonals machen. Zwar haben Fragen von Leben und Tod existenziellen und höchst persönlichen Charakter, aber sie sind nicht privat, weil keine Person für sich allein existiert und weil jede Form von Hilfeleistung soziale und von allen Beteiligten – auch rechtlich – zu verantwortende Beziehungen voraussetzt. Entsprechend besteht der theologische Beitrag zur medizinischen Diskussion über Sterbe- und Suizidhilfe in der Reflexion der Bedingungen und Voraussetzungen, in denen die medizinischen Diskurse staatfinden und unter denen medizinische Urteile und Entscheidungen getroffen werden.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

2. Grundkonstellationen: Leben – Sterben – Tod

Sterbehilfe und Suizidhilfe sind eine kulturelle Herausforderung und deshalb auch ein medizin(eth)isches Problem. Es gibt keine Verbindung zwischen Leben und Tod. Beide schließen einander aus, sodass es den Tod im Leben nur metaphorisch geben kann (todlangweilig, todkrank, Todesangst, Scheintod). Biologische Erklärungen von Gedeihen und Vergehen sind stets auf das Leben bezogen. Kompostierung und Verwesung sind Aggregatzustände des Lebens und nicht des Todes. Die Medizin hat – wie jede andere Wissenschaft und Disziplin – kein Wissen über den Tod, sondern verfügt nur über spekulative Deutungskonzepte, Negativdefinitionen und Verhinderungskompetenzen (vgl. Rehmann-Sutter 2022). Auch die Pathologie interessiert sich nicht für den Tod, sondern für das ihm vorausgehende Leiden (pathos) oder dessen natürliche und nichtnatürliche Ursachen. Sie rekonstruiert die letzte Lebensphase retrospektiv vom Tod aus. Todesursachen gehören auf die Seite des Lebens und nicht des Todes. Der Medizin ist der Tod so fremd wie die Gesundheit. Beide bilden die Grenzbestimmungen medizinischen Handelns. In einem Fall ist es noch nicht und im anderen Fall nicht mehr gefragt. Gleichzeitig stimmen Gesundheit und Krankheit in ihrem Abstand zum Tod überein. Krankheit ist genauso wenig ein sicheres Indiz für den nahen Tod, wie Gesundheit eine Garantie für sein Fernsein ist.

Im Gegensatz zum Tod ist das Sterben eine Lebensphase, die retrospektiv daran erkannt wird, dass der Tod eingetroffen ist. Das Sterben ist lebensgefährlich und sein tödlicher Ausgang so gewiss wie die Endlichkeit des Lebens selbst. Das Sterben gehört ganz auf die Seite des Lebens, das präzise dort zu seinem Ende kommt, wo das Leben aufhört. Sterben ist Leben mit begrenzten Aussichten und unter manchmal leidvollen Bedingungen. Medizin(eth)isch bedeutungsvoll ist der Tod lediglich als Endpunkt des Sterbens. Er markiert die Grenze medizinischer Eingriffsmöglichkeiten und hat eine Orientierungsfunktion für das vorgängige Handeln. Lange Zeit stimmten die jüdisch-christliche Theologie und die Medizin in der Alternativlosigkeit des Todes überein. Der Tod muss und darf nur dann als Grenze des Lebens akzeptiert werden, wenn er nicht verhindert werden kann. Als Alternative zum Leben wäre der Tod wählbar und als Ergebnis einer solchen Wahl eben nicht akzeptabel. Der Tod durch Mord, mutwillige oder fahrlässige Tötung, Suizid, Sterbe- und Suizidbeihilfe ist prinzipiell nicht alternativlos, weil er ohne diese Handlungen vielleicht und irgendwann sicher, aber zum Tatzeitpunkt nicht notwendig eingetreten wäre. Deshalb gilt eine Tat, die zum Tod führt, als strafbar, wenn nachgewiesen werden kann, dass das Handlungssubjekt unter identischen Umständen auch anders hätte handeln können.

Aus ethischer Sicht scheiden der eigene Tod und der Tod einer anderen Person als Option menschlichen Urteilens, Entscheidens und Handelns prima facie aus. Das jüdisch-christliche Tötungsverbot bildet das Fundament für ein positiv gewendetes Würdeverständnis, das das menschliche – und zunehmend auch das außermenschliche – Leben in einen ethischen und rechtlichen Schutzmantel hüllt. Das Bad im moralischen Drachenblut beruht auf einer kategorischen Zuschreibung, die eine normative Alternativlosigkeit behauptet, die für das Leben selbst nicht gilt. Auch wenn nichts mehr getan werden kann, markiert dieses »nichts« keine Alternativlosigkeit der Lage, sondern einen Mangel an Handlungsoptionen oder deren Aussichtslosigkeit. Jede medizinische

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Diagnose, Entscheidung und Intervention könnte durch eine alternative Sichtweise oder Behandlung in Frage gestellt, ersetzt oder ergänzt werden. Das unterscheidet die Medizin als begründungsbasierte Praxis von einer theoriegeleiteten wissenschaftlichen Erklärung.

Der Tod bildet die ständige Alternative zum Leben, aber daraus folgt nicht umgekehrt, dass das Leben als Alternative zum Tod abgewogen werden kann. Beide Aussagen gehören zu verschiedenen, inkommensurablen Sprachspielen. Die erste verdankt sich biologischer Beobachtung, die zweite ethischer Reflexion. Der unbedingte Respekt gegenüber dem Leben verteidigt den pathischen und schicksalhaften Charakter des Todes, der nicht beobachtet werden kann, sondern unterstellt werden muss. Denn dass Lebewesen ihresgleichen töten können und es auch tatsächlich tun, gehört zu den ursprünglichsten menschlichen Erfahrungen. Dieser Tatsache bietet keine Natur Einhalt, stattdessen muss ihr mit Hilfe kulturell erzeugter Tabus entgegengetreten werden. Grundsätzlich gilt: Alles ist antastbar. Die Norm der Unantastbarkeit verhindert nicht den Übergriff, aber belegt ihn mit einem sanktionsbewehrten Verbot. Das Mögliche bleibt möglich, aber soll möglichst unmöglich gemacht werden.

3. Einstellungswandel

Die in den vergangenen Jahren in der christlich-theologischen Beurteilung der Suizidhilfe stattfindende Pluralisierung steht exemplarisch für einen gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Einstellungswandel. Historisch waren medizinische Formen der Sterbehilfe und die Suizidhilfe in allen christlichen Konfessionen als Sünde gegen die göttliche Gabe des Lebens strikt verboten und in einer christlich geprägten Kultur öffentlich verpönt. In der jüngeren Vergangenheit haben sich die Haltungen gegenüber Entscheidungen am Lebensende entlang länderspezifischer, kultureller und konfessioneller Muster ausdifferenziert:

> »Therapieentscheidungen bei Patienten am Lebensende werden je nach Land sehr unterschiedlich getroffen und lassen ein Nord-Süd-Gefälle erkennen: Während in den nördlichen Ländern beispielsweise häufig Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht gefällt werden, wird in den südlichen Ländern unabhängig von den Folgen oftmals weiterbehandelt. Andere Variablen wie Geschlecht, Religiosität, Alter oder Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte spielen im Vergleich zum nationalstaatlichen Kontext eine untergeordnete Rolle; am stärksten wirkt sich dabei offensichtlich der Faktor der Religiosität der entscheidenden Ärzte aus, wobei die Zusammenhänge zwischen Staat, Kultur, Religiosität und Konfessionalität, rechtlichen Regelungen und dem Grad der in Europa sehr unterschiedlichen medizinischen Versorgung höchst komplex sein dürften.« (Zimmermann-Acklin 2004: 32)

In der vor allem in Deutschland und Österreich in den vergangenen Jahren stattfindenden Öffnung gegenüber der Suizidhilfe wirken unterschiedliche Faktoren kumulativ zusammen. Wesentlich sind die Individualisierungsschübe spätliberaler Gesellschaften,

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

die Stärkung der Patient*innenautonomie in der Medizin, der Verlust religiöser Bindungen und die Pluralisierung von Lebensentwürfen und -einstellungen.

Der Einstellungswandel gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe in Deutschland, Österreich und der Schweiz verläuft grob in vier Phasen, die in den Kirchen einerseits und Politik und Gesellschaft andererseits weitgehend parallel verlaufen (vgl. Mathwig 2022b).

(1.) Die Widerstandsphase bildet den kulturell-traditionell und kirchlich geteilten Ausgangspunkt. Das menschliche Leben gilt als eine Gabe Gottes, aus der die unbedingte Verpflichtung zur Erhaltung der eigenen Existenz abgeleitet wird. Zwar wurde der Suizid zunehmend in seiner menschlichen Tragik erkannt, aber der wohlüberlegte Entschluss, lebenserhaltende medizinische Maßnahmen abzubrechen oder darauf zu verzichten und – weitergehend – der freiwillentliche Wunsch, das eigene Leben zu beenden, wurden – mehr oder weniger deutlich als Sünde deklariert – verworfen. Das Prinzip des Lebensschutzes richtet sich als Verpflichtung vor allem an die eigene Person.

(2.) Die medizinkritische Phase reagierte auf Ambivalenzerfahrungen mit der modernen Hochleistungsmedizin, deren Funktionslogik die Menschen ohnmächtig an ihr Leben zu fesseln droht. Die aus der Transplantationsmedizin bekannte Hirntoddefinition des Ad Hoc Committee der Harvard Medical School bezog sich ausdrücklich auf das medizinische Problem der künstlichen Lebenserhaltung:

> »Improvements in resuscitative and supportive measures have led to increased efforts to save those who are desperately injured. Sometimes these efforts have only partial success so that the result is an individual whose heart continues to beat but whose brain is irreversibly damaged. The burden is great on patients who suffer permanent loss of intellect, on their families, on the hospitals, and on those in need of hospital beds already occupied by these comatose patient«. (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School 1968: 337)

Auch der 1982 in Zürich gegründete Verein EXIT (Deutsche Schweiz) Vereinigung für humanes Sterben verfolgte ursprünglich eine medizinkritische Zielsetzung: »das freie Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben, das freie Selbstbestimmungsrecht des Kranken, das Recht des Menschen auf einen humanen Tod und ›die Legalisierung der Sterbehilfe für Schwerkranke unter strengen Voraussetzungen‹« (EXIT 2023). Aus theologisch-ethischer Sicht endet an dieser Stelle der kirchliche Konsens. Progressive Positionen betrachten Situationen extremen Leids als Grenzfälle, die die Pflicht zum Lebensschutz ausnahmsweise einschränken können. Konservative Positionen halten dagegen an der Unbedingtheit und Unhintergehbarkeit des Lebensschutzprinzips fest. So betrachten die römisch-katholische Kirche und die orthodoxen Kirchen den Sterbewusch »als inauthentische Bitte […], die auf die physische und psychische Belastung zurückgehe«, dagegen gehen die »evangelischen Kirchen auf die ernsthafte Möglichkeit eines authentischen und bleibenden Wunsches ein, der sich nicht durch die bestmögliche Veränderung der Rahmenbedingungen beseitigen lässt« (Schardien 2007: 434f.).

(3.) Die Individualisierungsphase ist gekennzeichnet durch die sukzessive Entkoppelung des krankheitsbedingten Leidens (am Lebensende) vom medizinischen Kontext. Aus der zuvor institutionenkritischen Absicht wurde eine moralkritische Stoßrichtung,

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

die auf die Vulnerabilität der Person und ihr höchst persönliches Erleben abstellt. Exemplarisch kommt diese Entwicklung in der theologisch-ethischen Formulierung zum Ausdruck:

> »Es gibt keine menschliche Rechtfertigung, das eigene Leben zu beenden, weil es – in reformatorischer Perspektive – im und für das eigene Leben keine Selbstrechtfertigung geben kann. Zugleich kann nur ich selbst mein Leben als das Geschenk des Schöpfers annehmen und begreifen. Niemand kann mich darin vertreten. Und niemand kann von einem anderen Menschen fordern, sein Leben als Gabe Gottes zu begreifen. Gerade deshalb besteht die Aufgabe von Christinnen und Christen darin, alles Menschenmögliche zu tun, damit Menschen sich als Geschöpfe Gottes erleben können und ihr Leben als Geschenk des Schöpfers wahrnehmen, annehmen, leben und manchmal auch aushalten und durchstehen können.«
> (Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund 2007: 26)

Der ethische Fokus wechselt von der sterbewilligen Person (Verhalten) auf die sie umgebende Gesellschaft (Verhältnisse). Das persönliche Leiden begrenzt die Reichweite der ethischen Forderung.

(4.) Die Privatisierungsphase reagiert auf die Individualisierungs- und Pluralisierungsschübe spätliberaler Gesellschaften. Kennzeichnend ist eine weitgehende Entmoralisierung der Sterbe- und Suizidhilfe zugunsten des formalen Selbstbestimmungsprimats als negatives Abwehr- und positives Anspruchsrecht. Der Lebensschutz gilt zwar weiterhin als hochrangiges Ziel, dessen allgemeine Verwirklichung an Staat und Gesellschaft adressiert wird, aber nicht im Blick auf die eigene Person realisiert werden muss. Die Stoßrichtung des Lebensschutzes verschiebt sich von der Selbstverpflichtung auf eine Pflicht gegenüber Dritten. Damit findet eine Adressat*innenumkehrung gegenüber der Ausgangssituation statt. Typisch für diese Verschiebung sind ethische und rechtliche Diskussionen über die Neujustierung des Verhältnisses zwischen persönlicher Freiheit und subjektiver sowie intersubjektiver Verantwortung. Leben erscheint »als Gut, nicht als Pflicht« (Anselm 2015). Die als theologisch-ethische Reaktion darauf ins Zentrum gerückte seelsorgerliche Begleitung zielt nicht mehr auf eine moralische Kanalisierung, sondern auf die soziale Ermöglichung persönlich verantworteter Freiheit (vgl. Morgenthaler/Plüss/Zeindler 2017). Der gute Tod resultiert nicht mehr aus dem moralisch erstrebten, sondern aus dem authentisch erlebten Sterben.

Zusammenfassend liest sich die gesellschaftliche und kirchliche Entwicklung der Wahrnehmungen und Deutungen der Sterbe- und Suizidhilfe wie eine moralische Subtraktionsgeschichte: (1.) Den Ausgangspunkt bildet die klare, in ein theologisches und moralisches Welt- und Menschenbild eingebettete Absage an den Suizid. (2.) Der Fokus auf die Wirklichkeit menschlicher Vulnerabilität greift die Unbedingtheit und Tragfähigkeit der überkommenen Welt- und Menschenbilder an und verschärft die Frage nach der ethischen Legitimität der Sterbe- und Suizidhilfe. (3.) Entfällt das unerträgliche Leiden als Begründung für den eigenen Sterbewunsch und als Legitimationskriterium für Sterbehilfe und Suizidassistenz, wird der ethische Kompromiss von Regel und Ausnahme hinfällig. (4.) In der Folge wird die Forderung nach einer ethischen Begründung durch die Perspektive der Sorge und Empathie ersetzt, die der ursprünglichen Absicht

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

des schweizerischen Gesetzgebers entspricht, die Suizidhilfe als »Freundschaftsdienst« – also im Kontext affektiver Nahbeziehungen – von der Strafbarkeit auszunehmen (vgl. Mathwig 2010: 144–152). Das ethische Differenzkriterium des krankheitsbedingten Leidens zwischen der damit begründeten Sterbehilfe und der davon unabhängigen Suizidhilfe verliert seine legitimatorische Relevanz. 5. Stützt sich die Zulässigkeit der Suizidhilfe ausschließlich auf den – überprüften – selbstbestimmten, frei zustande gekommenen und dauerhaften Wunsch der sterbewilligen Person, wird sie zu einem gegenüber anderen Optionen grundsätzlich gleichrangigen Normalfall. Suizidhilfe bildet dann einen rechtlich legalen, sozial etablierten Vorgang, dessen moralische Implikationen zwar nicht nivelliert, aber in die Privatsphäre der persönlichen Überzeugungen verschoben werden.

4. Moralische Entlastungsstrategien

Die moralische Subtraktionserzählung rekonstruiert die Geschichte der Suizidhilfe als kohärente und folgerichtige Entwicklung, indem sie gesellschaftliche und medizinische Dynamiken mit moralischen Verschiebungen verbindet. In der Praxis trifft die idealtypische Rationalisierung allerdings auf eine robuste Alltagmoral, die sich auf teilweise diametral entgegengesetzte – anthropologische, ethische, (sozial-)psychologische und (gesellschafts-)politische – Rationalitäten beruft. Der Konflikt begegnet etwa in der Frage, wie die in einer langen Traditionsgeschichte geprägte und verfestigte Vorstellung vom unbedingten Lebensschutz – als Pflicht gegenüber der eigenen Person und/oder gegenüber Dritten – innerhalb kürzester Zeit an Bedeutung und Orientierungskraft einbüßen konnte. Ungeklärt ist auch die Folgefrage, welche gesellschaftlichen Konsequenzen mit dem Statuswechsel des Lebensschutzes von einer prinzipiellen zu einer konditionalen – das heißt an bestimmte Bedingungen geknüpften – Normierung verbunden sind. Schließlich ist offen, was aus den Verschiebungen für das medizinische Handeln, das Selbstverständnis der Medizin und die gesellschaftlichen Erwartungen an die Medizin folgt. Umgekehrt kann gefragt werden, ob die als Liberalisierungsdynamiken beschriebenen Prozesse tatsächlich einen Normenwandel darstellen, oder ob sie lediglich mit einer moralischen Unterstellung und einem ethischen Missverständnis aufräumen.

Die komplexen normativen Voraussetzungen der Sterbe- und Suiziddiskussionen werden durch statistische Befunde bestätigt:

> »Zusammengefasst ergeben also *Bevölkerungs*umfragen in Deutschland (wie auch in anderen westlichen Ländern) mehrheitliche Zustimmung zu allen Formen der Sterbehilfe, wenn sie auf Verlangen leidender Schwerstkranker erfolgt. In deutlichem Kontrast hierzu werden unter maßgeblichen Meinungsführern, etwa aus Politik, Kirche und Ärzteschaft, indirekte Sterbehilfe und Sterbehilfe durch Behandlungsabbruch als ethisch unproblematisch, Suizid- und erst recht aktive Sterbehilfe als verbotswürdig oder zumindest erheblich rechtfertigungsbedürftiger angesehen.« (Schöne-Seifert 2020: 21)

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Die Ethikerin diagnostiziert einen »Bedeutungsgraben« zwischen der »konventionellen Sicht« eines »Elitenkonsenses«, der bis auf die Gesetzgebung durchschlage, und einem Meinungspluralismus in der Öffentlichkeit, der von den »Eliten« machtpolitisch an den Rand gedrängt werde (vgl. Schöne-Seifert 2020: 22). Obwohl die stereotype Deutung der oben rekonstruierten Komplexität und die Adressierung der konfligierenden Positionen der gesellschaftlichen Heterogenität der Debatten nicht gerecht wird, besteht zweifellos ein »Bedeutungsgraben«. Dieser verläuft aber nicht zwischen den genannten gesellschaftlichen Akteur*innengruppen, sondern zwischen den konfligierenden moralischen Positionen und ihren ethischen Begründungen.

Die gesellschaftlich etablierte Sterbe- und Suizidhilfediskussion entschärft die ethischen Kontroversen, indem sie diese normativ tieferlegt. Eine entscheidende moralische Entlastung bietet die lange Zeit dominierende Defizitperspektive auf die sterbewillige Person. Drei Narrative tragen wesentlich zur moralischen Kompatibilität eines Sterbewunsches bei (vgl. Mathwig 2022a: 47–49): (1.) die medizinische Pathologisierung der gesundheitlichen Lage 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 und 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 immunisiert Politik und Gesellschaft gegen kritische Rückfragen, weil der Entschluss als freie, höchstpersönliche Entscheidung stilisiert wird.

Diesen ethischen Entlastungsstrategien 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.« (Fischer 2009: 245)

(3.) Die entgegengesetzte Form der Bagatellisierung besteht darin, alle Zustände des Leidens, der Perspektivlosigkeit, der Einsamkeit und der Verzweiflung als medizinisch be-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

handlungsbedürftige Zustände zu erklären, 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.« (Dabrock 2015: 125)

Um eine Entmündigung und Bagatellisierung der Person mit einem Sterbewunsch zu vermeiden, muss der ethische Diskurs 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 autonomieethisch 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 (Wils 2021: 172).

5. Perspektivendifferenzen

Die Themen Sterbe- und Suizidhilfe betreffen das Leben. Der Tod begegnet lediglich als Folge bestimmter Urteile, Entscheidungen und Handlungen. Als Endlichkeitsfaktum bildet er eine anthropologische Herausforderung, als Handlungszweck oder -ziel wirft er ethische und rechtliche Fragen auf. Die pathische Dimension des Todes, der in seiner Unentrinnbarkeit erlitten werden muss, ist zu unterscheiden von der praktischen Dimension des Sterbens, bei der handelnd in das für die menschliche Existenz Unabwendbare eingegriffen wird (Lebensverlängerung, -verkürzung, therapeutische Doppelwirkung, Todesdeutungen etc.). Der normative Status des Todes als Grenzbestimmung des Lebens hat eine wesentliche Orientierungsfunktion für den Umgang mit dem Sterben im Leben.

Für eine erste Orientierung können drei fundamentale Deutungsdimensionen des Lebens unterschieden werden: (1.) Naturordnung: Allem Seienden ist eine Ordnung inhärent, die ihm seinen Platz und sein Ziel zuweist und der entsprochen oder die verfehlt werden kann (Ontologie, Naturrecht). (2.) Sozialität: Menschliche Existenz ist wesentlich relational, beginnt mit dem völligen Angewiesensein auf andere und verwirklicht sich in einem gemeinschaftlich geteilten Leben wechselseitiger Sorge, Verantwortung und Solidarität (Abhängigkeit, Advocacy, Paternalismus, Empathie, Altruismus, Leibphänomenologie). (3.) Autonomie: Menschen verfügen als selbstbestimmte Personen über einen Willen, der in dem Sinn frei ist, dass ihnen ihr Urteilen, Entscheiden und Handeln als selbstverursacht zugerechnet werden kann (Autonomie, Person, Freiheit, Liberalität). Die drei Dimensionen bilden komplementäre Aspekte, die abhängig von den jeweils vorausgesetzten Deutungsmustern unterschiedlich gewichtet werden.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Georges Canguilhem (2009: 281–284) hat zwischen einem biologischen, einem sozialen und einem existenziellen Sinn von Leben differenziert. Aus phänomenologischer Sicht können analog drei Artikulationsperspektiven unterschieden werden (vgl. Fischer 2005): (1.) Das Leben in der dritten Person (hebr. hajjim und griech. zoë), mit dem Menschen umgehen: das Leben als Beobachtungsobjekt und Handlungsgegenstand (Biologie, Medizin); (2.) das Leben in der ersten Person (hebr. jamim und griech. bios), das Menschen führen: die Biographie einer Person, die retrospektiv von ihr oder auch über sie erzählt und aufgeschrieben werden kann und (3.) das Leben in der zweiten Person (hebr. naepaes und griech. psyche), an dem eine Person in einem sozialen und transzendenten Sinn teilhat: weist in der Beziehung zu anderen und zu anderem Leben über das je eigene Leben hinaus.

Aus der Dritte-Person-Perspektive ist das beobachtete Leben immer nur eine Möglichkeit gegenüber der Notwendigkeit des Todes. Aus der Erste-Person Perspektive ist das eigene Leben die notwendige Bedingung für das Wissen um die permanente Möglichkeit des Todes. Aus der Zweite-Person-Perspektive sind das eigene und das andere Leben notwendige Bedingung für die Möglichkeit, den eigenen Tod zu transzendieren. In dieser Konstellation bildet der Tod zwar weiterhin eine Notwendigkeit für das Leben in der ersten und in der dritten Person, aber lediglich eine Möglichkeit im Blick auf das Leben, an dem eine Person teilhat. Den Perspektiven korrespondieren spezifische epistemologische Kategorien: Objektivität, Identität und Relationalität.

Eine Person äußert einen Sterbewunsch aus der Perspektive des Lebens in der ersten Person. Personen haben Wünsche, die – im Fall der Suizidhilfe – durch ihre selbstbestimmte Verursachung legitimiert werden: »Kein Dritter kann mich zum Weiterleben verpflichten, wenn ich sterben möchte, und kein Dritter hat ein Recht, mich zu töten, wenn ich am Leben bleiben möchte.« (Saner 2003: 61) Aus dem Leben in der ersten Person folgt nicht notwendig eine Verpflichtung, eigene Wünsche, die die eigene Person betreffen, (gegenüber sich selbst oder gegenüber Dritten) rational zu begründen oder vor einer dritten Instanz zu rechtfertigen. Ob ein Sterbewunsch aus rechtlicher Sicht einen legitimen Handlungsgrund darstellt, hängt von Bedingungen ab, die wesentlich den Status der Person betreffen: Selbstbestimmung, Zurechnungsfähigkeit, Wohlerwogenheit und Dauer ihres Wunsches sowie angemessene Kenntnis und Information über Tragweite und Konsequenzen der Entscheidung.

Häufig begründet eine Person ihren Sterbewunsch damit, dass sie infolge einer schweren Erkrankung oder aussichtslosen Krankheitssituation in unerträglicher Weise an ihrem Leben in der dritten Person leidet. Die objektivierbaren (auch für Dritte prinzipiell einsehbaren und überprüfbaren) Krankheits- beziehungsweise Leidenszustände bieten eine negative Begründung in zweierlei Hinsicht: Einerseits machen sie den Sterbewunsch für Dritte verständlich und nachvollziehbar, andererseits markieren sie einen Grenzfall, der als Ausnahme die Aussetzung grundsätzlich anerkannter moralischer Normen situativ rechtfertigen kann. Eine analoge negative Begründungsfunktion übernehmen auch relationale Aspekte des Lebens in der zweiten Person. Zimmermann et al. (2019: 71) betonen für die Schweiz, »dass für Sterbewillige psychische, existenzielle und soziale Leidenssymptome viel bedeutsamer für das Zustandekommen des Sterbewunsches waren, als dies die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vermuteten.« Einsamkeit und ein Mangel an sozialer Integration können sich negativ auf den Lebenswillen und

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

die Lebensperspektiven auswirken. Umgekehrt werden die Stärke und Stabilität von Beziehungen und gemeinschaftlicher Einbettung häufig (aber nicht nur) in religiösen Kontexten als Resilienz und Lebensbejahung fördernd erlebt. Obwohl diese Effekte als Ausdruck religiös oder anders motivierter Selbstverpflichtungen (Pflichten abgeleitet aus der Unantastbarkeit des Lebens) gedeutet werden können, geht es grundsätzlich nicht um Moral. Denn hinter der Wahrnehmung des eigenen Lebens – etwa aus jüdisch-christlicher Sicht – als einer von Gott empfangenen Gabe, steht keine Moral, sondern das Erleben des relationalen Bestimmtwerdens durch die Instanz, der sich das eigene Leben in einem ursprünglichen Sinn verdankt. Die Sicht auf das eigene Leben als Gabe Gottes lässt sich nicht logisch oder rational aus dem Glauben der Person ableiten, sondern ist diesem intrinsisch, insofern dieser Lebensgrund außerhalb der Person (Extrinsizität, extra nos) ihr Leben vollständig bestimmt (vgl. Wittgenstein 1968: 88). Unverständlich ist für diese Person nicht die konstitutive Verbindung zwischen göttlichem und eigenem Leben, sondern umgekehrt der Gedanke, den göttlichen Grund vom eigenen Leben subtrahieren zu können (vgl. Taylor 2009: 88).

Die Dimensionen des Lebens in der ersten Person und des Lebens in der zweiten Person sind inkommensurabel, weil das Erleben des Angewiesenseins auf andere (die Konstitution des Ichs aus der Zweite-Person-Perspektive) dem Selbsterleben (aus der Erstes-Person-Perspektive) vorausgeht (vgl. Murray 2007). Selbstbezug ist sekundär gegenüber dem Angewiesensein auf andere und anderes (vgl. Riccœur 1986; vgl. Lévinas 1989). Dieser Differenz korrespondiert die leibphänomenologische Unterscheidung zwischen »einen Körper haben« und »ein Leib sein« (vgl. Plessner 1970: 43; vgl. Waldenfels 2000; vgl. Fuchs 2013; vgl. Krüger 2011).

6. Konsequenzen

Sterben und Tod gehören zur Natur des Lebens, der Umgang damit ist dagegen eine Frage der Kultur. Biologische Prozesse von Gedeihen und Vergehen werden kulturell als Zeitlichkeit erlebt und als Vergänglichkeit gedeutet. Diese begrifflichen Kategorien sind nicht austauschbar, weil sie zu verschiedenen Sprachspielen gehören. Die Kontroversen im Rahmen der Sterbe- und Suizidhilfediskussion können als unterschiedliche Zuordnungsverhältnisse der drei Lebensdimensionen rekonstruiert werden. Eine juristische und (häufig daran anschließende) medizinische Sicht fokussiert auf die einzelne Person (Leben in der ersten Person) und ihr Leben (Leben in der dritten Person). Der Blick ist wesentlich formal und abstrahiert weitgehend von den kulturellen Aspekten, die eine Person als Mitglied einer Gesellschaft und Gemeinschaft auszeichnen (Leben in der zweiten Person). Keine der drei Lebensdimensionen wird grundsätzlich bestritten, aber in der konkreten Urteils-, Entscheidungs- und Handlungspraxis werden ihr Bedingungsverhältnis fluide und die einzelnen Dimensionen wechselseitig substituierbar.

Das objektivierende Handlungsprimat (Entscheiden über das und Handeln am Leben in der dritten Person) verstellt den Blick für die Differenz, dass Lebewesen die Folgen ihrer natürlichen Bedingungen betrauern können – im Gegensatz zu ihrem biologischen Leben. Judith Butler (2005: 36) hat die auf den ersten Blick seltsamen Fragen gestellt: »Wer gilt als Mensch? Wessen Leben zählt als Leben? Und schließlich: *Was macht ein be-*

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

trauernswertes Leben aus?« Für die jüdische Philosophin bildet »Betrauerbarkeit« (grievability) das Kriterium für eine Lebensweise, die oben als Dimension des Lebens in der zweiten Person skizziert wurde. »Wer nicht betrauerbar ist, lebt außerhalb des Lebens. Das ist ›ein Leben, das niemals gelebt worden sein wird‹, das durch keine Geltung erhalten wurde, das durch nichts bezeugt wird und um das nicht getrauert wird, wenn es verschwindet.« (Butler 2005: 22) Trauern können nur Menschen, und getrauert werden kann nur über Personen, die zu einer Gemeinschaft gehören und in Beziehungen leben, deren Leben für andere relevant sind. Dabei ist Trauer notwendig eine Reaktion der anderen. Niemand kann den Verlust des eigenen Lebens und den eigenen Tod betrauern. Trauer und Betrauerbarkeit sind nicht nur basale Aspekte des Lebens in der zweiten Person, sondern machen ex negativo das Leben einer Person für sich und für andere wertvoll.

Literatur

Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School: »A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death«, in: Journal of the American Medical Association 205(6) (1968), S. 337–340.

Anselm, Reiner: »Leben als Gut, nicht als Pflicht. Der Beitrag der evangelischen Ethik in der Debatte um den assistierten Suizid«, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 59 (2015), S. 104–113.

Augustinus, Aurelius: Sancti Aurelii Augustini, Episcopi: De Civitate Dei, Libri XXII. Recognoverunt Bernardus Dombart et Alfonsus Kalb, Vol. I, Lib. I–XIII, Stuttgart 1981.

Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: Principles of Biomedical Ethics. Seventh Edition, New York/Oxford 2013.

Beckmann, Jan P.: »Sokrates' Arzt und Platons Mediziner«, in: Orsolya Friedrich/Claudia Bozzaro (Hg.), Philosophie der Medizin, Paderborn 2021, S. 9–30.

Busche, Hubertus: »Aristoteles und die Medizin«, in: Orsolya Friedrich/Claudia Bozzaro (Hg.), Philosophie der Medizin, Paderborn 2021, S. 31–61.

Butler, Judith: Gefährdetes Leben. Politische Essays, Frankfurt a.M. 2005.

Canguilhem, Georges: »L'idée de nature dans la théorie et la pratique médicales«, in: Médicine de l'homme, 43 (1972), S. 6–12.

Canguilhem, Georges: »Das Normale und das Pathologische«, in: ders.: Die Erkenntnis des Lebens, Berlin 2009, S. 281–308.

Dabrock, Peter: »Heil und Heilung. Theologisch-identitätsethische Unterscheidungen und ökumenische Herausforderungen im Verständnis von und im Umgang mit Gesundheit«, in: Una Sancta 2 (2006), S. 129–139.

Dabrock, Peter: »Selbstbestimmungsalternativen zwischen ethischer Bewertung und rechtlicher Normierung. Ein Beitrag (nicht nur) zur Sterbehilfe-Diskussion«, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 59 (2015), S. 123–132.

Dörnemann, Michael: »Einer ist Arzt, Christus. Medizinales Verständnis von Erlösung in der Theologie der griechischen Kirchenväter des zweiten bis vierten Jahrhunderts«, in: Zeitschrift für Antikes Christentum 17 (2013), 102–124.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

EXIT: Der Verein, Geschichte, https://exit.ch/verein/der-verein/geschichte/, abgerufen am 18.04.2023.

Fischer, Johannes: »Das christliche Lebensverständnis als Motiv und Kriterium für den Umgang mit Leben«, in: Eilert Herms (Hg.), Leben. Verständnis. Wissenschaft. Technik. Kongressband des XI. Europäischen Kongresses für Theologie, 15.–19. September 2002 in Zürich, Gütersloh 2005, S. 135–149.

Fischer, Johannes: »Warum überhaupt ist Suizid ein ethisches Problem? Über Suizid und Suizidbeihilfe«, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009), S. 243–253.

Flashar, Hellmut: Hippokrates. Meister der Heilkunst, München 2016.

Fuchs, Thomas: »Zwischen Leib und Körper«, in: Martin Hähnel/Markus Knaup (Hg.), Leib und Leben. Perspektiven für eine neue Kultur der Körperlichkeit, Darmstadt 2013, S. 82–93.

Grönemeyer, Dietrich/Kobusch, Theo/Schott, Heinz (Hg.): Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen, Tübingen 2008.

Grundmann, Christoffer H.: »Christ as Physician: The ancient Christus medicus trope and Christian medical missions as imitation of Christ«, in: Christian Journal for Global Health 5(3) (2018), S. 3–11.

Habermas, Jürgen: Erkenntnis und Interesse, 13. Aufl., Frankfurt a.M. 2001.

Krüger, Hans-Peter: »Die Körper-Leib-Differenz von Personen. Exzentrische Positionalität und homo absconditus«, in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 59 (2011), S. 577–589.

Leven, Karl-Heinz: »Der Arzt: ein ›Diener der Kunst'«, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115 (2018), A 1164-A 1167.

Lévinas, Emanuel: »Ohne Identität«, in: ders.: Humanismus des anderen Menschen, Hamburg 1989, S. 85–104.

Mathwig, Frank: Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht, Zürich 2010.

Mathwig, Frank: »Zur theologisch-ethischen Orientierung in der Suizidhilfe-Diskussion. Ein evangelisch-reformierter Blick aus der Schweiz«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich 2022a, S. 29–50.

Mathwig, Frank: »Sterben 4.0 – Rückblick und Ausblick auf die kirchliche Suizidhilfediskussion«, in: Una Sancta 77 2022b, S. 138–148.

Morgenthaler, Christoph/Plüss, David/Zeindler, Matthias: Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen, Zürich 2017.

Murray, Stuart J.: »Ethics at the Scene of Address. A Conversation with Judith Butler«, in: Symposium 11 (2007), S. 415–445.

Plessner, Helmuth: Lachen und Weinen, in: ders. (Hg.), Philosophische Anthropologie, Frankfurt a.M. 1970, S. 11–171.

Rehmann-Sutter, Christoph: »Sind wir verletzbar durch den Tod?«, in: Michael Coors (Hg.), Moralische Dimensionen der Verletzlichkeit des Menschen. Interdisziplinäre Perspektiven auf einen anthropologischen Grundbegriff und seine Relevanz für die Medizinethik, Berlin/Boston 2022, S. 229–248.

Ricœur, Paul: »Narrative Identität«, in: Heidelberger Jahrbücher XXX, Berlin 1986, S. 57–67.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Saner, Hans: »Gibt es eine Freiheit zum Tode?«, in: Pascal Mösli/Hans-Balz Peter (Hg.), Suizid …? Aus dem Schatten eines Tabus, Zürich 2003, S. 57–62.

Schardien, Stefanie: Sterbehilfe als Herausforderung für die Kirchen. Eine ökumenisch-ethische Untersuchung konfessioneller Positionen, Gütersloh 2007.

Schöne-Seifert, Bettina: Beim Sterben helfen – dürfen wir das?, Berlin 2020.

Schubert, Charlotte: »Der hippokratische Eid und die Vorstellung von der Unverletzlichkeit menschlichen Lebens«, in: Heinrich Schmidinger/Clemens Sedmak (Hg.), Der Mensch – ein Abbild Gottes? Geschöpf – Krone der Schöpfung – Mitschöpfer, Darmstadt 2010, S. 255–272.

Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund: Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive, Bern 2007.

Taylor, Charles: Ein säkulares Zeitalter, Frankfurt a.M. 2009.

Waldenfels, Bernhard: Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes, Frankfurt a.M. 2000.

Weber, Dorothea: »Medicorum pueri – Zu einer Metapher bei Augustinus«, in: Zeitschrift für Antikes Christentum 7 (2013), S. 125–142.

Wendte, Martin (Hg.): Jesus der Heiler und die Gesundheitsgesellschaft. Interdisziplinäre und internationale Perspektiven, Leipzig 2018.

Wils, Jean-Pierre: Sich den Tod geben. Suizid als letzte Emanzipation?, Stuttgart 2021.

Wittgenstein, Ludwig: »Vorlesungen über den religiösen Glauben«, in: ders.: Vorlesungen und Gespräche über Ästhetik, Psychoanalyse und religiösen Glauben, Göttingen 1968, S. 87–110.

World Medical Association: WMA Declaration of Geneva: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/von 2018, abgerufen am 17.04.2023.

Zimmermann-Acklin, Markus: »Der gute Tod«, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 23–24 (2004), S. 31–38.

Zimmermann, Markus et al.: Das Lebensende in der Schweiz. Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven, Basel 2019.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-027 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY