

ABSCHIEDSPROZESSE AM LEBSENDE UNTER EINBEZUG MEDIZINISCHER MASSNAHMEN. MORALTHEOLOGISCHE ÜBERLEGUNGEN.

VORTRAG FÜR DIE KOMMISSION FÜR BIOETHIK DER SBK, 11.02.2022¹

Gegenstand der Ethik ist nach meinem Verständnis das gelingende und somit gute Leben. Zum Leben gehört das Sterben. Damit gehört die Frage nach dem guten, «gelingenden» Sterben zum Kern der Ethik. Zu diesem Sterben gehört aber auch das Abschiednehmen. Denn in einem gelungenen Abschied werden verwobene Lebenserzählungen nicht ins Leere geführt, sondern münden in der wechselseitigen Bezeugung der personalen Identität. Sterben, und damit ein möglicher Abschied, geschieht in unseren Tagen und Gegenden jedoch vielfach in Spitälern. In Deutschland sind es rund 50 % der Bevölkerung, die im Krankenhaus versterben.² In der Schweiz sterben etwa 40 % in den Spitälern und rund 40 % in Alters- und Pflegeheimen.³ Bei den Menschen über 65 Jahren, die in ärztlicher Betreuung sterben, werden in der Schweiz in ca. 84 % der Fälle mindestens eine medizinische Massnahme, die das Lebensende betrifft (MELD, *medical end-of-life decision*), getätigt.⁴ Gleichzeitig wird beobachtet, dass viele Menschen, vor allem mit zunehmendem Alter, auf lebenserhaltende Massnahmen (Therapien) am Lebensende verzichten, dass aber umgekehrt gerade mit dem Alter die Verabreichung von schmerzstillenden Medikamenten, die (unterschiedlich stark) sedativ wirken, zunimmt.⁵ Ist die Person nun aus dem Leben geschieden, zeigen sich ganz unterschiedliche Bestattungsarten und -Orte, die immer individueller werden.⁶ Wie ist diese Entwicklung aus moraltheologischer Sicht zu bewerten? Sind Abschiedsprozesse, die essenziell zum gelingenden Leben gehören, überhaupt noch möglich?

Denn zunächst sind Spitäler nicht als Häuser des Abschieds konzipiert. Ebenso fokussiert sich die medizinische Aufgabe wenig auf diesen Aspekt, wenn auch die Förderung der Palliativmedizin und der Hospize zu einer gewissen Bewusstseinsbildung verholfen haben. Medial wirksam war vor allem das Schicksal zahlreicher am Coronavirus erkrankter Personen, die aus hygienischen Vorsichtsgründen ohne Beisein von Angehörigen sterben mussten. Doch darüber hinaus ist es wichtig, dass die Tatsache, dass rund jeder zweite Mensch im Spital stirbt, im Fokus des ärztlichen und pflegerischen Auftrages liegt. In diesem Kontext ist zu prüfen, inwiefern der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen bzw. Therapien am Lebensende ethisch vertretbar sind und was für Auswirkungen sie auf den Abschiedsprozess haben. Auch der Bereich der Bestattungsarten und -Orte soll kurz angerissen werden, da er zum gelingenden

¹ Der hier vorliegende Text wurde leicht korrigiert (Grammatik, Orthografie, Vereinfachung von gewissen umständlichen Formulierungen). Inhaltliche wurde eine Idee hinzugefügt und mit einer entsprechenden Referenz versehen.

² Vgl. B. DASCH u. a., *Place of Death: Trends Over the Course of a Decade: A Population-Based Study of Death Certificates From the Years 2001 and 2011*, in: Deutsches Arzteblatt international, Nr. 112 (2015), 496.

³ Vgl. Bundesamt für Statistik, *Inventar der Datensituation über Palliative Care*, Bern 2012, 6.

⁴ Vgl. K. HUG u. a., *Medical end-of-life decisions in the oldest old in Switzerland*, in: Swiss medical weekly, Nr. 150 (2020), 1.

⁵ Vgl. ebd.

⁶ Vgl. u. a. H. M. KREWER, „...und das ewige Leben – Amen?!“. *Christliche Bestattung angesichts gesellschaftlicher Transformationsprozesse*, Bonn 2020.

Abschiednehmen dazugehört, selbst wenn er nicht direkt mit medizinischen Massnahmen verbunden ist.

Im Folgenden möchte ich also darlegen, dass der gelingende Abschied von anderen Menschen fundamental zum gelingenden Leben und damit zur Ethik gehören. Er braucht viel Beachtung in der medizinischen Betreuung. In Hinblick auf den Kontext eines Sterbens in Begleitung medizinischer Massnahmen soll dafür zuerst als Fundament einige Reflexionen zur menschlichen Person gemacht und dargelegt werden, wer denn eine Person ist. Diese Gedanken sind grundlegend und mögen zunächst ein wenig theoretisch erscheinen. Ich halte es aber als sehr schwierig *verantwortbar*, medizinethische Überlegungen zu tätigen, ohne vorgängig darüber nachzudenken, wer davon betroffen ist. In dieser, aufgrund des Umfangs dieses Vortrags skizzenhafter Entfaltung des Personenbegriffs zeigen sich bereits die Schwierigkeiten, dass es überhaupt zu einem Abschiedsprozess am Lebensende kommen kann. Auf die medizinischen und insbesondere ärztlichen Aspekte dieser Schwierigkeiten wird in einem zweiten Punkt eingegangen. Dieser soll zeigen, inwiefern das Ermöglichen von Abschied mit dem innersten Kern des ärztlichen Ethos verbunden sind. Daraus folgt unter anderem die These, dass der Verzicht auf (gewisse) Therapien am Lebensende dem Abschiedsprozess eher dienlich als hinderlich ist. Der dritte Punkt soll die Reflexion über die Person sowie den medizinisch begleiteten Abschiedsprozess miteinander verbinden und kurz aufzeigen, inwiefern gerade die heutige Bestattungskultur den Abschluss eines gelingenden Abschiedsprozesses (ver-)hindert, was wiederum auf die Wichtigkeit schliessen lässt, wie der Abschied davor, eben oftmals im Spital, gestaltet wird. Am Schluss möchte ich noch einige offene Fragen und Gedanken skizzieren, da die kommenden Ausführungen natürlich keine abschliessende Antwort auf die komplexe Problemstellung bieten können, sondern eine Diskussionsgrundlage bilden sollen.

1. Das Personsein des Menschen als ontologische Grundlage der Möglichkeit auf einen Abschied

1. These: Jeder Mensch ist eine einmalige Person und lebt in wechselseitigen Beziehungen mit anderen Menschen. In der gegenseitigen Lebenserzählung, die ontologisch an die Leiblichkeit zurückgebunden ist, wird die personale Identität bezeugt. Der Abschiedsprozess öffnet die Erzählung auf eine transzendente Hoffnung hin.

Gegen alle philosophischen Spekulationen, die das Personsein an Eigenschaften wie die aktuelle doppelte Reflexionsfähigkeit oder Möglichkeit, bewusst Präferenzen ausdrücken zu können, knüpfen, ist jedem Menschen der Personenstatus zuzuschreiben – und damit einhergehend kommt jedem Menschen eine personale Würde zu.⁷ Jeder Mensch findet sich nun, phänomenologisch gesprochen, ohne eigenes Zutun in der Welt wieder und wird sich der Tatsache bewusst, dass er existiert und nicht vielmehr *nicht*

⁷ Im Grundsatz finden sich die hier vorgetragenen Überlegungen zur Frage, wer den Person sei, bereits in meiner früheren Studie: S. BUCHS, *Ärzteethos und Suizidbeihilfe. Theologisch-ethische Untersuchung zur Praxis der ärztlichen Suizidbeihilfe in der Schweiz*, Basel, Würzburg 2018, insb. 155-183. Die Literaturangaben sind hier überarbeitet. Die Überlegungen in Bezug auf den Abschiedsprozess kommen neu hinzu.

ist. Damit beginnt auch die Frage des Menschen nach dem *Woher?*, dem *Sinn?* und dem *Wohin?*.⁸ Mögliche Antworten können religiös oder mythisch sein oder rein deskriptiv biologische Vorgänge beschreiben. Sie kommen jedoch alle nicht um den Punkt herum, dass der Mensch seine Existenz zu verdanken hat⁹: Sie ist ein Geschenk Gottes, einer unpersönlichen Natur oder Folge einer künstlichen Befruchtung im Labor durch eine Wissenschaftlerin. Der Mensch empfängt sein Leben, es ist ihm gegeben und aufgegeben. Und so sind es die unterschiedlichen Beziehungen zu anderen Menschen, die der konkreten Person erst das Leben ermöglichen. Wir Menschen sind in fundamentaler Weise aufeinander angewiesen¹⁰ um uns zu nähren, zu kleiden, um emotional gesund zu bleiben. Dabei erfährt sich der Mensch ab seiner Geburt als ein einmalig beim Namen Angerufener. Dieser Anruf macht ihn zur Person, was sich in der Namensgebung ausdrückt. Der Name verweist, wie Paul Ricœur darlegt, auf eine einmalige Schnittstelle im Koordinatennetz der Geschichte. Der Ort und der Zeitpunkt der Geburt sowie die Abstammung mit entsprechender Namensgebung können als vertikale Linie verstanden werden, der folgenden Eingliederung in die Familie und Gesellschaft entspricht die horizontale Linie.¹¹ Im Schnittpunkt der Linien zeigt sich die Einmaligkeit der Person, die nie anders leben kann als in einer radikalen Verwiesenheit auf andere ebenso einmalige Personen.

Hierin sehe ich die Grundlage von menschlichen Beziehungen, die ausgedehnt oder punktuell, freundschaftlich oder feindschaftlich sein können. Ist eine solche Beziehung andauern, entsteht eine Bindung durch die gemeinsame Erzählung der Geschichte, die von Freude und Schmerz, von Verletzung und Vergebung geprägt sein kann. Diese gemeinsame Geschichte ist an die Leiblichkeit zurückgebunden. Einerseits ist der Leib organische und somit auch, erlauben Sie mir bitte den Begriff un-eingeführt zu verwenden, ontologische Voraussetzung der gemeinsamen Erzählung - Ricœur spricht in diesem Zusammenhang von der Passivität des Leibes.¹²

⁸ Sind diese Fragen nicht die eigentliche Grundlage der berühmten drei Fragen Kants? «1. Was kann ich wissen? 2. Was soll ich tun? 3. Was darf ich hoffen?» (I. KANT, *Werke in sechs Bänden*, Darmstadt ⁶2005, KrV, Transzendente Methodenlehre, A 805; B 833 [677]).

⁹ Michael J. Sandel spricht von der «giftedness of life» (M. J. SANDEL, *The case against perfection. Ethics in the age of genetic engineering*, Cambridge, Massachusetts, London 2009, 93), die keineswegs einen religiösen Charakter haben muss. Nach Christian Spaemann findet sich der Mensch in dieser Welt vor und erkennt, sich selbst gegeben zu sein. Dieses Bewusstsein führt den Menschen zur Sinnfrage seines Daseins, welche die Aufgabe der Selbstüberschreitung bereits in sich trägt (vgl. C. SPAEMANN, *Was muss gegeben sein, damit wir geben können? Überlegungen zur Anthropologie der Gabe*, in: G. Maio (Hg.), *Ethik der Gabe. Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen*, Freiburg i. Br. ²2015, 159–162).

¹⁰ Diese Abhängigkeit, die eine gewisse Fremdbestimmung miteinschließt, bezeichnen die Schweizer Bischöfe als für die Würde grundlegender als die Selbstbestimmung. Denn erst in der Anerkennung dieser Abhängigkeit lernt der Mensch, über sich selbst zu verfügen (vgl. Schweizer Bischöfe, *Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral schreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung*, Einsiedeln 2002, 11).

¹¹ Vgl. P. RICŒUR, *Wege der Anerkennung. Erkennen, Wiedererkennen, Anerkanntsein*, Frankfurt a. M. 2006, 204–244. Die Namensgebung zeigt, dass das Kind, unabhängig von seinen Fähigkeiten, seinem Gesundheitszustand etc. in eine konkrete menschliche Gemeinschaft (Familie) gehört. Dieses zunächst emotionale Faktum missachtet bspw. Singer, wenn er behauptet, dass ein Schimpanse mehr wie 'wir' (damit meint er geistig, sozial und physisch interagierende Menschen) sei als das an schweren Behinderungen leidende Baby C (vgl. P. SINGER, *Rethinking Life & Death. The Collapse of Our Traditional Ethics*, Oxford, et al. 1995, 204).

¹² Vgl. P. RICŒUR, *Selbst*, 384–395, wobei zu beachten ist, dass Ricœur im Original die französischen Ausdrücke «corps propre» und «chair» braucht. Aufgrund der phänomenologischen Erfahrung dieses «corps», die Ricœur beschreibt, erscheint mir die Übersetzung mit «Leib» bzw. «Eigenleib» korrekt.

Darüber hinaus erzählt der Leib selbst die Geschichte von Attraktivität oder Abstossung, von Jugend oder Alter, geprägt von Narben und Wunden. Wenn nun eine Person diese gemeinsame Erzählung abbricht, wie es durch den Tod geschieht, entsteht eine unerfüllbare Lücke. Die Erzählung ist zu Ende und kann (vorerst) nicht weitergeführt werden. Etymologisch gesehen scheidet jemand ab bzw. weg. Der Prozess des «Abschiednehmens» ist die gemeinsame Vorbereitung dafür.

Diese Überlegungen bedingen jedoch, dass jede Person über eine leib-geistige sowie eine zeitliche (eine diachrone) Identität verfügt. Der Mensch bleibt lebenslänglich dieselbe Person und ist mit sich identisch, wie die Möglichkeit, die Lebensgeschichte in der ersten und in der dritten grammatikalischen Person erzählen zu können, zeigt. Für diese Darlegung greife ich erneut auf Ricœur zurück, der in der Identität zwischen dem Pol der Selbstheit und dem Pol der Selbigkeit unterscheidet.¹³ Die Selbstheit bildet den beständigen Pol der Identität. Sie entspricht dem unveränderlichen Personenkern, der sich im gehaltenen Wort ausdrückt. Die Selbigkeit als der wandelbare Pol der Identität zeigt sich im wiederum zweipoligen Charakter, der einerseits lernfähig und damit veränderbar bzw. formbar ist, andererseits doch wieder einen unveränderlichen Pol besitzt, in dem sich neue Überzeugungen und Erfahrungen ablagern. Die Selbigkeit überdeckt sich mit der Selbstheit. Diese Identität ist nun bedroht durch Schicksalsschläge. Ricœur nennt sie das «Unvorhergesehene». Sie kommen, wie ich formuliere, vom eigentlichen «Lebensautor». Es sind die *Diskordanzen* der Erzählung. Im Akt der Refiguration hat der Mensch die Aufgabe, die Diskordanzen als Co-Autor seines Lebens in die eigene Lebenserzählung zu integrieren.

Anhand der exemplarischen Person Sarah lässt sich diese Theorie explizieren. Aus der Perspektive von Sarahs Mutter Maria kann das ganze Leben Sarahs erzählt werden. Maria kann berichten, wie sie Sarahs Vater kennengelernt hat, wie Sarah in ihrem Leib herangewachsen ist, auf die Welt kam, gross wurde und geheiratet hat.¹⁴ Sie weiss um die ehelichen Schwierigkeiten Sarahs und wie sie dennoch zu ihrem einmal gegebenen Ja-Wort stand. Sie hat die Freude erlebt, die Sarah als Mutter und Grossmutter empfand, und hat sie im Sterben begleitet.¹⁵ Maria erzählt damit einen Teil der Geschichte Sarahs inklusive jener Aspekte, an die sich Sarah nicht mehr erinnern kann.¹⁶ Die Geschichte Sarahs ist selbst nochmals eingebettet in die Geschichte der Familie Marias, und so in einem quasi infiniten Regress ein Teil der Menschheitsgeschichte.¹⁷ Aber auch der Körper ist, wie oben dargelegt, Teil der narrativen Identität. Eine Narbe bezeugt ein Erlebnis, das oftmals auch eine geistige Spur hinterlassen hat. Die zerschundenen

¹³ Vgl. insb. P. RICŒUR, *Das Selbst als ein Anderer*, München²-2005, für die ausführliche Diskussion und Auseinandersetzung mit der Position Ricœurs und wie ich ihn verstehe vgl. S. BUCHS, *Ärzteethos*, Teil II.

¹⁴ Das zeigt, dass ein Fötus genauso Person ist wie ein neugeborenes Baby. Das Faktum der Geburt macht dabei keinen Unterschied, wie sogar Kuhse/Singer (allerdings unter Ablehnung der Zurechnung des Personenstatus) schreiben: «[...] the moment of birth – that, while clear and precise, is not really crucial from the point of view of the moral status of the foetus or infant» (H. KUHSE/P. SINGER, *Should the Baby live? The Problem of Handicapped Infants*, Oxford 1985, 137).

¹⁵ Die Mutter Maria hat also die Tochter Sarah überlebt, auch wenn diese bereits Grossmutter war.

¹⁶ Gerade bei Erinnerungsverlust (bspw. bei einer Alzheimererkrankung) wird durch die Erzählung der anderen die (erzählte) Identität aufrechterhalten (vgl. T. COLLAUD, *Le statut de la personne démente. Éléments d'une anthropologie théologique de l'homme malade à partir de la maladie d'Alzheimer*, Freiburg i. Ue. 2003, 224).

¹⁷ Ricœur spricht von «se reconnaître dans le lignage», das in der deutschen Übersetzung mit «sich in der Abstammungsreihe (an)erkennen» übersetzt wird (beide Zitate: P. RICŒUR, *Anerkennung*, 241). Der Kontext ist hier nicht unmittelbar die narrative Identität. Doch spricht er davon, dass mit dem Elternprojekt die Familienlegende auf das Kind übertragen wird (vgl. ebd. 242). Daran kann eine Konzeption der narrativen Identität angeschlossen werden.

Hände verraten den Beruf des Bauern oder Matrosen. Und schliesslich ist auch die Sprache selbst als Medium der Erzählung leiblich vermittelt.¹⁸ Damit wird gleichzeitig die auf John Locke zurückgehende Tradition widerlegt, in der die personale Identität an das der Person eigene Bewusstsein und Erinnerungsvermögen gekoppelt wird.

Als Argument gegen die narrative Identität kann, neben den eigenen Erinnerungsmankos, auch eine falsche Erzählung und somit ein falsches Zeugnis anderer angefügt werden. Dagegen hilft eine glaubwürdige Erzählung, bei der die erzählende Person in den Blick gerät. Sie wird zur vertrauenswürdigen Zeugin.¹⁹ Ein Vergessen oder falsches Erinnern löschen dabei nicht die Wirklichkeit der Existenz aus, wie Vladimir Jankélévitch schrieb: «Wer gewesen ist, kann von nun an nicht mehr nicht gewesen sein: Diese geheimnisvolle und unergründliche Tatsache, gewesen zu sein, ist nunmehr seine Wegzehrung für die Ewigkeit.»²⁰ Gerade dieses Zitat zeigt nochmals klar, dass die narrative Identität immer eine interpretierte Identität ist, aber in der Rückbeziehung an die Leiblichkeit, die selbst schon Erzählung ist, an einen ontologischen Zeugen der Geschichte gebunden ist.

Sarah wird ihr ganzes Leben mit ihrem Namen gerufen. Jede Geschichte, die mit diesem Namen verbunden wird, ist immer auch Sarahs Geschichte und bezeugt so ihre Identität. Das gilt auch für den Fall eines Charakterverlustes und der damit einhergehenden Ratlosigkeit auf die Frage 'Wer bin ich?'. Dabei sind es «vielleicht jene Nächte personaler Identität, in denen der Ruf des Anderen auf die blosser Jemeinigkeit trifft und das Selbst seine Selbstständigkeit ausschliesslich mithilfe der Erwartung des Anderen gewinnen kann, in welchen der Ruf am deutlichsten gehört»²¹ wird: 'Wo bist du?' Im Angesicht der Endlichkeit bleibt dieses ultimative 'Hier bin ich!' bestehen, das über alle Fragilität, ja Entschundenheit des Selbst hinweg vom Anderen her die Unendlichkeit seiner Würde erfährt. Das bedeutet, dass auch dann, wenn Sarah ihre Lebensgeschichte nicht mehr erzählen kann oder will, ihre Geschichte im Momentum des Angerufenseins als vergegenwärtigt erfährt²², was sich bei Demenzerkrankungen auch psychologisch bestätigen lässt.²³

Was bedeuten nun all diese Überlegungen in Bezug auf den Abschiedsprozess? Indem Menschen sich ihre Lebenserzählung bezeugen, entsteht eine wechselseitige personale «reconnaissance», um ein anderer Ausdruck Ricœurs zu gebrauchen, der in diesem Kontext nicht ohne Gehaltsverlust übersetzbar ist.²⁴ Es geht um eine dankbar anerkennende Bezeugung des anderen in dessen Lebensgeschichte, in der

¹⁸ Das gilt sowohl für das gesprochene Wort wie für die Schrift (vgl. R. KATHER, *Person. Die Begründung menschlicher Identität*, Darmstadt 2007, 169 f.). Diese Vermittlung ist leiblich und nicht körperlich. «Als Ausdruck der Person ist der Leib zugleich Medium der Kommunikation. Er ist nicht zuerst nur ein funktionsfähiger Organismus, der irgendwann auch von anderen durch seine körperlich-sichtbare Aussenseite wahrgenommen wird.» (ebd. 179).

¹⁹ Vgl. P. RICŒUR, *Selbst*, 34.

²⁰ P. RICŒUR, *Gedächtnis, Geschichte, Vergessen*, München 2004, 7.

²¹ I. RÖMER, *Das Zeitdenken bei Husserl, Heidegger und Ricœur*, Dordrecht u. a. 2010, 391.

²² «C'est la mémoire, et non la conscience, qui manque au patient alzheimer.» (M. MALHERBE, *Alzheimer. La vie, la mort, la reconnaissance. Une chronique et un essai philosophique*, Paris 2015, 230).

²³ Vgl. bspw. S. R. SABAT, *Le vécu du malade d'Alzheimer. Comprendre pour mieux accompagner*, Lyon 2015, 277–303.

²⁴ Ricœur untersucht am Anfang seines Werkes über die Anerkennung zahlreiche Wörterbücher, um den grossen Bedeutungsumfang des franz. Wortes reconnaissance zu erforschen. Er unterscheidet dabei mindestens neun verschiedene Arten des Verstehens. Diese Mehrfachbedeutung wird durch den Gebrauch der Sprache geregelt. Der Begriff beinhaltet deutsch den Bedeutungsumfang von unterscheiden, identifizieren, danken, erkennen,

ich ja selbst Teil bin und mich dadurch selbst als «reconnu(e)» entdecke. Ein Abschiedsprozess hat in diesem Verständnis die Aufgabe, die gemeinsame Erzählung zum Punkt des Abschieds zu führen. Dazu gehört die «reconnaissance» des Guten, Gelungenen und Frohen. Ebenso wichtig ist aber auch die Benennung des Unglücks, des Falschen, ja sogar des Bösen. Eine Erzählung, die auf einen Abschied hin mündet, sucht dabei das grosse Wort der «Vergebung». In diesem Wort liegt vielleicht die grösste und selbstloseste Gabe des eigenen Selbst, die zu Versöhnung und damit höchsten Form wechselseitiger reconnaissance führt.²⁵ Damit eröffnet sich in einer ausdrücklich theologischen Perspektive ein Hoffnungsraum. In dieser Hoffnung ist meines Erachtens die transzendente Erfahrung möglich, die das Wegscheiden der Person als eine Passage, einen Transitus in eine Vollendung hinein erkennt, denn die selbsthingebende Liebe, die *agape*, die in dieser wechselseitigen «reconnaissance» entsteht, weist in sich über die Fragmentarität irdischen Lebens hinaus. – Im Übrigen wird hier auch sichtbar, wie wichtig die Möglichkeit des Empfanges des Beichtsakramentes für gläubige Personen ist.

Damit hätten wir wohl einen theoretisch perfekten Abschied des irdischen Lebens skizziert, wie es ihn so aber kaum gibt. Zunächst werden wir feststellen, dass Beziehungsprobleme und Streitigkeiten so gross sind, dass die unterschiedlichen Personen sich gar nicht voneinander verabschieden möchten. Auf diese Tragik kann ich hier nicht näher eingehen. In Hinblick auf die sterbende Person scheinen mir aus medizin-ethischer Sicht grosse Schmerzen, entstellte Körper (aufgrund von Krankheit/Verletzungen oder aufgrund von Vernetzung an Apparaten) und fehlendes Bewusstsein als relevanteste Hindernisse. Auf Seiten der Ärztinnen und Pflegefachleute können hoher Druck und Stress in der Arbeit aber auch ein einseitiges Berufsverständnis, das den Patienten als technisch zu bearbeitendes Objekt sieht, dagegensetzen. Ich glaube aber, dass mit einem präziseren Verständnis des ärztlichen Ethos dem Abschiedsprozess mehr Raum geschaffen werden kann, wie folgt begründet wird.

2. Medizinische Faktoren und ärztliches Ethos

2. These: Der Kern des ärztlichen Ethos besteht in der Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit der Person. Deshalb verlangt das ärztliche Ethos in einigen Situationen danach, zumindest vorübergehend auf scheinbar indizierte medizinische Handlungen zu verzichten bzw. diese aufzuschieben, um einen Abschiedsprozess und damit eine wechselseitige «reconnaissance» der Person zu ermöglichen.

In der palliativen Betreuung gibt es oftmals Zeit und Raum, Abschiedsprozesse medizinisch zu gestalten. Doch gibt es immer noch viele Menschen, die eben im Spital ohne ausführliche palliative Begleitung sterben bzw. auch Fälle in der Hospizarbeit, wo Menschen nicht mehr in der Lage sind, Abschied zu nehmen. Ähnliches gilt für medizinisch betreute Patienten am Lebensende in Pflegeheimen. Zu den Hauptschwierigkeiten gehören grosse Schmerzen oder Symptome des Erstickens, welche einen starken Einsatz von Medikamenten mit bewussteinmindernden Wirkungen zur Folge haben. Aber auch eine

anerkennen, wiedererkennen, annehmen, für wahr halten, sich einer Person unterordnen (vgl. P. RICŒUR, *Anerkennung*, 19–36).

²⁵ In der Diskussion nach dem Vortrag wird hier m. E. sehr treffend die Dimension der Weitergabe («transmission») hinzugefügt. Ich danke Bernard Schumacher für den wertvollen Hinweis.

Intubation erschwert bzw. verhindert oftmals einer Patientin die Möglichkeit des Abschieds.²⁶ Es handelt sich um eine bestimmte Form von körperlicher Entstellung, die es mindestens psychologisch schwierig macht, mit anderen in Kontakt zu treten.

Schauen wir uns deshalb genauer an, wie man das ärztliche Ethos²⁷ verstehen und formulieren kann. Sein Kern kann nämlich mit Blick auf das Heilshandeln Jesu Christi (z. B. Lk 6,6-10) als «Wiederherstellung» im Sinn von ἀποκαθιστάνω definiert werden.²⁸ Dies lässt sich exemplarisch an Lk 6,6-10 darstellen:

«An einem anderen Sabbat ging er [Jesus; Anmerkung sb] in die Synagoge und lehrte. Dort sass ein Mann, dessen rechte Hand verdorrt war. ⁷ Die Schriftgelehrten und die Pharisäer gaben acht, ob er am Sabbat heilen werde; sie suchten nämlich einen Grund zur Anklage gegen ihn. ⁸ Er aber wusste, was sie im Sinn hatten, und sagte zu dem Mann mit der verdorrtten Hand: Steh auf und stell dich in die Mitte! Der Mann stand auf und trat vor. ⁹ Dann sagte Jesus zu ihnen: Ich frage euch: Was ist am Sabbat erlaubt: Gutes zu tun oder Böses, ein Leben zu retten oder es zugrunde gehen zu lassen? ¹⁰ Und er sah sie alle der Reihe nach an und sagte dann zu dem Mann: Streck deine Hand aus! Er tat es, und seine Hand war wieder gesund.»

Der Kontext der Perikope fragt danach, was am Sabbat erlaubt ist und was nicht. Diese Frage interessiert uns momentan weniger. Für uns ist bedeutend, wie Jesus hier als «Arzt» dargestellt wird: Er ist der Herr über den Sabbat, und zwar derjenige, der rettet (vgl. «σωσαι» in V. 9). Eine kleine Information wird dabei zentral: Es ist nicht die linke, sondern die rechte Hand, die verdorrt war und am Sabbat geheilt wurde. Wer eine seiner Hände nicht gebrauchen kann, ist in vielen alltäglichen Handlungen sehr eingeschränkt. Wenn die rechte Hand die starke ist, dann vergrößert sich diese Behinderung zusätzlich. Durch ihre Heilung wird der Mann arbeitsfähig, was ihm in der Folge ermöglicht, den Sabbat in seiner Bedeutung als Ruhe vom schöpferischen Handeln zu feiern und ganz an der Festgemeinschaft zu partizipieren.²⁹ Dabei handelt es sich um eine endzeitliche Gemeinschaft, die bereits beginnt, wie das Verb «ἀποκαθιστάνω» in V. 10 anzeigt. Anstatt mit «gesund» lässt es sich besser mit «wiederherstellen» übersetzen und wird als Fachausdruck für «heilen» verwendet. Insb. in der Septuaginta, der altgriechischen Übersetzung des Alten Testaments, bedeutet es die Heilung des Aussatzes (vgl. Ex 4,7; Lev 13,16; Hiob 5,18; ähnlich Hiob 33,25). Die Aussätzigen sind, wie der Name schon sagt, aufgrund ihrer Krankheit aus der Gemeinschaft ausgestossen. Sie gelten als unrein (vgl. Lev 13; 14). Damit geht eine entwürdigende Behandlung einher, die durch die Heilung und die daraus folgende Integration in die Gemeinschaft überwunden wird. Für den an der rechten Hand wiederhergestellten Mann bedeutet das Tun Jesu, dass er wieder in den ursprünglichen Schöpfungszustand und damit eben in eine ungetrübte

²⁶ Die Möglichkeit, dass eine Patientin bei Bewusstsein ist, besteht in eingeschränkter Form bei einer Intubationstoleranz oder bei einer endotrachealen Intubation.

²⁷ Das Ethos umfasst die Normen, die in einer bestimmten (Berufs-)gruppe oder Gesellschaft gelten und somit entsprechendes Handeln bestimmen. Ein Ethos kann so die individuelle und die kollektive Sittlichkeit miteinander verbinden und das Weltverständnis der jeweiligen Gemeinschaft bzw. Gesellschaft prägen (vgl. S. BUCHS, *Ärzteethos*, 21–23).

²⁸ Diesen Vorschlag des Verständnisses des ärztlichen Ethos übernehme ich aus meiner vorhergehenden Studie, vgl. ebd. 401–404.

²⁹ Dabei ist der Sabbat nicht der Ruhetag, um danach sechs Tage gut arbeiten zu können, sondern die sechs Arbeitstage zielen auf die Ruhe des Sabbats, welche die Fülle des Lebens ist (vgl. P. MERCIER, *The Seventh Day*, 2015: Min. 15:27-16:47). Die Sabbatruhe wird damit zum Ziel.

Gemeinschaft mit Gott und der ganzen Welt gebracht wird. Zusätzlich wird «wiederherstellen» in der Septuaginta verwendet, um die Sammlung der zwölf zerstreuten Stämme und die endzeitliche Wiederherstellung Israels auszudrücken. Das Heilshandeln Jesu meint folglich, die Beziehung zwischen Gott und den Menschen (als Individuum wie als Kollektiv) und die Beziehung zwischen den Menschen wiederherzustellen und weist damit auf das endzeitliche Heil. Es geht also nicht primär um das Wiederschicken von körperlicher Gesundheit – selbst wenn das für die betroffenen Menschen wichtig war und ist. Vielmehr geht es dem «*Christus medicus*» um eine ganzheitliche Rettung von Leib und Seele: um die Erlösung der Menschheit, Vergebung und Versöhnung sowie die endzeitliche Sammlung des Gottesvolkes.³⁰ Das zeigt sich darin, dass die Sünder den Arzt brauchen. Ihre Heilung besteht in der Gemeinschaft, die Jesus ihnen mit ihm und damit Gott schenkt. Implizit fordert er seine Jünger auf, es ihm gleichzutun.

Ein Mensch, der insoweit wiederhergestellt ist, dass er zumindest elementar gemeinschaftsfähig ist, hat die Möglichkeit der Begegnung wiederherhalten und ist in der Lage, sich auf einen Abschiedsprozess einzulassen und wechselseitige «reconnaissance» zu erfahren. Meines Erachtens kann hier ein ethisch verantwortbares Ziel des medizinischen Handelns liegen: Den Menschen insoweit wiederherzustellen, als dass ein Abschied möglich wird. Wenn aber das Ziel des medizinischen Handelns angepasst wird, ändern sich auch die medizinischen Indikationen. Paradoxe Weise kann das konkret zur medizinischen Indikation führen, bestimmte Therapien abubrechen, was ja in der Praxis gerade bei sehr alten Menschen schon geschieht.³¹ Lassen Sie mich diese These erklären:

Die Grundvoraussetzung dieser Überlegungen bildet die aufgeklärte Zustimmung der Patientin, die im Folgenden vorausgesetzt wird. Beim Therapieverzicht/-Abbruch, der manchmal auch als «Sterbenlassen» bezeichnet wird, werden keine lebenserhaltende, bzw. lebensverlängernde Massnahmen eingeleitet oder fortgeführt. Im Unterschied zur Tötung auf Verlangen oder der Suizidbeihilfe wird kein kausaler Prozess, der zum Tod führt, initiiert, sondern lediglich zugelassen. Klassisches Beispiel ist der Verzicht auf eine Reanimation bei Herzkreislaufstillstand, das Unterlassen der Behandlung einer Lungenentzündung oder die Extubation und somit die Nicht-Weiterführung einer künstlichen Beatmung. Obwohl gerade beim Letztgenannten ein aktiver Eingriff erfolgt, ist der eigentliche Grund des Todes die Unfähigkeit der selbstständigen Atmung. In Anlehnung an John Mackies INUS-Bedingungen ist die Extubation eine *notwendige*, aber *nicht-hinreichende* Bedingung für den Tod.³²

Ein solcher Therapieverzicht ist ethisch wie rechtlich erlaubt, bzw. geboten, wenn es medizinisch indiziert ist oder dem Wunsch der Patientin (z. B. aufgrund einer schriftlichen Patientenverfügung oder durch den im Gespräch mit den Angehörigen ermittelten mutmasslichen Willen) entspricht. Die oben genannten Beispiele zeigen, dass ein Therapieverzicht bereits erfolgen kann, bevor sich eine Patientin in

³⁰ «Wenn der Messias [...] Aussätzige rein macht, dann heilt er nicht nur jeden Einzelnen persönlich, sondern er 'repariert' auch Gottes Volk, indem er ihm die wieder eingliedert, die nicht mehr dazugehören durften.» (K. BERGER, *Kommentar zum Neuen Testament*, Gütersloh 2011, 280).

³¹ Vgl. die Studie K. HUG u. a., MELD oldest old.

³² INUS steht für «insufficient», «necessary», «unnecessary», «sufficient» (vgl. J. L. MACKIE, *Causes and Conditions*, in: *American Philosophical Quarterly*, Nr. 2 (1965), 245 f.). In diesem Beispiel ist die Extubation alleine nicht hinreichend (insufficient) für den Tod, sie führt jedoch notwendig (necessary) dazu, denn die Unfähigkeit zur selbstständigen Atmung führt nicht notwendigerweise (unnecessary) zum Tod (da es eben die Möglichkeit der künstlichen Beatmung gibt), für sich alleine ist sie aber hinreichend (sufficient) für den Tod.

der unmittelbaren Sterbephase befindet. Dabei ist die Befürchtung, Lebenszeit zu vermindern, nicht immer begründet. Untersuchungen zeigen, dass bei guter palliativer Betreuung die Lebenszeit mit weniger Therapien zunehmen und die Lebensqualität gesteigert werden kann.³³

Der Therapieverzicht ist medizinisch bedeutend. Von den nicht plötzlich erwarteten Todesfällen gehören rund die Hälfte darunter.³⁴ Gian Domenico Borasio geht davon aus, dass 75 % aller Menschen am Lebensende direkt von Fragen des Therapieverzichtes betroffen sind.³⁵ Bei rund 40 % der Menschen über 65 Jahren in der Schweiz, die nicht überraschend verstarben und in ärztliche Betreuung waren, kamen lebenserhaltende Massnahmen vor dem Tod zum Einsatz.³⁶

Für die Patientin bedeutet das nun konkret, dass bei frühzeitiger Anpassung des medizinischen Ziels ihre Möglichkeit eines bewussten Abschiedsprozesses zunimmt und sie den letzten Lebensabschnitt mehr gestalten kann. Der Verzicht auf gewisse Chemotherapien, welche die Lebenszeit um ein paar Wochen verlängern können aber der betroffenen Person die letzten Kräfte zu personaler Interaktion nehmen, illustriert diese Tatsache. Jemand, der zugewickelt von Schläuchen und Kabeln an lebenserhaltende Maschinen liegt, ist in gewisser Weise „entstellt“ und dürfte sich zumindest psychisch, oftmals auch ganz praktisch kaum in der Lage sehen, den Angehörigen wirklich zu begegnen. Noch klarer wird das bei starken, bewusstseinsraubenden Medikamenten, die gerade bei Menschen über 65 Jahren in rund 70 % der Fälle, die von MELD betroffen sind, eingesetzt werden.³⁷ Hier wird die Frage ethisch und medizinisch sehr komplex. Diese Mittel sind oftmals indiziert, um dem Patienten die Schmerzen erträglich zu gestalten. Dazu gehört auch die «palliativen Sedierung», wo starke Schmerzmittel so eingesetzt werden, dass sie der Patientin das Bewusstsein stark trüben resp. oftmals rauben. Dabei kann es zu einer sogenannten «terminalen Sedierung» kommen, wenn jemand bis zum Todeseintritt sediert ist. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Vorgang in der Regel mit ausdrücklicher Zustimmung der Patientin geschieht. Eine entscheidende gemeinsame Überlegung zwischen der Ärztin und der Patientin müsste dann aber auch danach fragen, ob eine Patientin nicht nochmals «geweckt» werden möchte, um sich bewusst von Angehörigen zu verabschieden. Denn genau diese Möglichkeit unterscheidet praktisch eine Sedation am Lebensende von einer Tötung auf Verlangen.

Wir können so einen ersten Antwortversuch auf die Ausgangsfragen geben: Medizinische Einrichtungen resp. das entsprechend medizinische Handeln können einen wesentlichen Dienst zum Abschiednehmen leisten, gerade dann, wenn die Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit der Patientin im Zentrum des ärztlichen Handelns liegt. Der Verzicht auf gewisse Therapien am Lebensende kann diesem Ziel dienlich sein. Schwierigkeiten bereiten jedoch der starke Einsatz von Seditiva, die bewusstseinsmildernd oder gar -raubend sind. Hierbei ist v. a. vor einer vorschnellen terminalen Sedierung zu warnen,

³³ vgl. bspw. C. BAUSEWEIN, *Sterben ohne Angst. Was Palliativmedizin leisten kann*, München 2015, 53 f.

³⁴ Vgl. M. SCHMID u. a., *Medical end-of-life decisions in Switzerland 2001 and 2013: Who is involved and how does the decision-making capacity of the patient impact?*, in: *Swiss medical weekly*, Nr. 146 (2016), 3-4.

³⁵ Vgl. G. D. BORASIO, *Selbstbestimmt Sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*, München 2014, 40 f.

³⁶ Vgl. K. HUG u. a., MELD oldest old, 1.

³⁷ Vgl. ebd. 3 Insgesamt hat eine ältere Studie einen Schnitt von rund 27 % der Fälle ergeben, vgl. M. SCHMID u. a., MELD, 3-4.

welche ein gemeinsames Abschiednehmen im Extremfall gänzlich verhindert. Dies ist umso tragischer, wenn auch die anschliessende Bestattungsart den Abschied kaum ermöglicht.

Zu diesem zweiten Punkt ist nochmals auf Wichtigkeit einer klaren Kommunikation aufmerksam zu machen. Die mögliche ethische Begründbarkeit eines Therapieverzichts unter bestimmten Umständen rechtfertigt weder implizit noch explizit die Tötung auf Verlangen oder die Suizidbeihilfe.³⁸

3. Bestattungskultur als Bruch

3. These: Ein ärztliches Handeln, das die Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit ins Zentrum stellt, wertet auch die Bestattungskultur auf. Das hat Auswirkungen auf den gesamten Abschiedsprozess und ist somit gesellschaftsrelevant.

Die Darlegung im ersten Punkt hat gezeigt, wie die geteilten Lebenserzählungen zur Identität der menschlichen Person gehören und wechselseitige «reconnaissance» ermöglichen, in der sich der Mensch als anerkannt, verdankt und angenommen weiss. Im optimalen Fall gelingt es den Ärzten, Menschen am Lebensende so wiederherzustellen, dass die gemeinsame Erzählung im Abschied mündet, der in der entstehenden *agape* die Hoffnung auf ein Weiterleben weckt. Die moderne Bestattungskultur hemmt jedoch diese mögliche Dynamik.

Die würdevolle Bestattung ist christliche Pflicht. Beim menschlichen Leichnam handelt es sich nicht einfach um irgendeinen Kadaver, sondern um den Träger einer einmaligen Lebenserzählung. Das stattet ihn mit einer besonderen Würde aus. Gleichzeitig ist der menschliche Leichnam, wenn auch dem Verfall anheimgegeben, ein Zeichen der Hoffnung auf die leibliche Auferstehung. Bei aller Andersartigkeit des Auferstehungsleibes haben die Jünger den erstandenen Jesus wiedererkannt («*reconnu*!»), der in seinem verherrlichten Leib sogar die Wundmale trägt. Von dieser gläubigen Erfahrung ist in der heutigen Bestattungskultur nicht mehr viel wahrzunehmen, was natürlich die Glaubens- und Wertvorstellungen der Gesellschaft spiegelt. Wo die Menschen sich im Leben immer mehr der Kirche entfernen, wirkt sich das auf die gewählte Bestattungsart aus.

Das Bestattungswesen ist ein Dienstleistungsbetrieb geworden, wo es um Geld geht. Neben der verkürzten Grablegungszeit geht es um Kundenbindung und Produkteinnovationen.³⁹ Die sogenannte «Diamantbestattung» ist nur eine dieser Neuerungen, bei der aus Asche von Verstorbenen Diamanten hergestellt werden, die als Schmuck getragen werden können.⁴⁰ Die hauptsächliche Bestattungsform ist die Kremation.⁴¹ Das ermöglicht im Unterschied zur Erdbestattung andere Bestattungsorte. Neben traditionellen Reihengräbern und Columbarien sind Wald-, Wiese-, Berg- und Seebestattungen im Trend. Auch Gemeinschaftsgräber mit unterschiedlichen Formen von Anonymität kommen immer mehr auf. Dabei gibt es die Möglichkeit, die Asche auf Wiesen oder in Gewässer streuen zu lassen. Oftmals geht es um

³⁸ Vgl. für eine ausführliche Begründung bspw. S. BUCHS, *Ärzteethos*, 45–50.

³⁹ Vgl. H. M. KREWER, *ewige Leben*, 7–9.

⁴⁰ Vgl. bspw. <https://www.lonite.ch/de/> (Stand 11.09.2021).

⁴¹ Im Jahre 2009 waren es in der Schweiz 80 %, in Deutschland rund 60 % (vgl. ebd. 10). Ohne dies hier weiter zu belegen, dürfte die Tendenz steigend sein.

das «Verschmelzen» mit der Natur und «das bewusste Vernichten leiblicher Spuren [...], damit der Verstorbene sprichwörtlich 'in Ruhe' gelassen wird»⁴².

In Hinblick auf das eingangs skizzierte Personenbild führt das aber zu einer Destruktion der personalen Identität, womit auch die Hoffnung auf die Weiterführung einer Lebensgeschichte im ewigen Leben stark geschwächt wird, da sie keinen Raum mehr hat. Der postmoderne Mensch will sich nicht festlegen⁴³, weshalb er die eigene Lebenserzählung verweigert, wie es sich später in der Bestattungsart zeigt. Die Anonymisierung der Bestattungsart bzw. die Verkürzungen der Grabruhe führen weiter dazu, dass es keinen lokalen, fassbaren Ort für die Trauer und den Abschied geben kann. Beides wird rein vergeistigt und dadurch irgendwie haltlos.

Aus theologischer Sicht kann diese Entwicklung bedauert werden, doch wird sie sich zumindest in absehbarer Zeit nicht ändern. Dazu braucht es einen gesellschaftlichen Wandel in die Richtung, dass die Menschen wieder mehr lernen miteinander zu leben als sich individuell abzugrenzen. Die Kirche könnte dazu wichtige Impulse setzen⁴⁴, auch wenn mir scheint, dass das Bewusstsein dafür noch nicht genügend vorhanden ist. Kurzfristig jedoch weist diese Entwicklung erst recht auf die Wichtigkeit, dass sich ärztliches Handeln am Lebensende an der Wiederherstellung für ein gelingendes Abschiednehmen der Patientin und des Patienten orientiert. Und vielleicht kann das würdige Wiederherstellen des Körpers dazu beitragen, den späteren Leichnam mehr zu würdigen und dem Ort und der Art seiner Bestattung wieder mehr sichtbaren Raum zu geben. Das alles wird einen positiven Effekt auf die Gesellschaft haben, da die hinterbliebenen Menschen versöhnter sein dürften.

4. Offene, zu diskutierende Fragen

Diese Darlegungen führen, wie angekündigt, nicht in eine abschliessende Antwort, sondern sollen als Diskussionsgrundlage verstanden werden. Dazu möchte ich einige Fragen gleich selbst formulieren, ohne dabei einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben:

1. Ganz praktisch stellt sich die Frage: Wie können Spitalzimmer und Räume, wo Menschen sterben, so eingerichtet sein, dass Abschiednehmen gut möglich ist?
2. Grundlegender Natur ist folgende Überlegung: Ist in einer Gesellschaft, in der sich viele Menschen nicht mehr auf etwas festlegen wollen, ein ontologisch starker Personenbegriff noch haltbar? Ist die Wichtigkeit des Abschieds nicht ein frommer aber irrelevanter Gedanke?
3. Es scheint mir, dass medizinisch indiziertes Handeln nicht nur von «technischen Faktoren», sondern stark vom Verständnis des ärztlichen Ethos abhängen. Wäre es nicht eine medizinethische Notwendigkeit, mehr über das ärztliche Ethos nachzudenken? Eine Änderung der Indikationen hat immer auch rechtliche Auswirkungen, was für die Praxis zu beachten ist. Wer ist «befugt», darüber nachzudenken? Nur Ärztinnen und Ärzte? Oder ist das eine gesellschaftliche Debatte?

⁴² Ebd. 12 für beide Zitate. Vgl. insg. ebd. 9–15.

⁴³ Den Impuls für den Gedanken verdanke ich ebd. 22.

⁴⁴ S. BUCHS, *Ärzteethos*, 404–410.

4. Wie beugt man dem möglichen Missverständnis vor, dass man Menschen am Lebensende Therapien bewusst vorenthalten will? Es geht keinesfalls darum, fragiles Leben als minderwertig anzusehen und den Tod beschleunigen zu wollen! Es sind also sehr präzise Formulierungen notwendig.

Literaturverzeichnis

- BAUSEWEIN, Claudia, *Sterben ohne Angst. Was Palliativmedizin leisten kann*, München 2015.
- BERGER, Klaus, *Kommentar zum Neuen Testament*, Gütersloh 2011.
- BORASIO, Gian D., *Selbstbestimmt Sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*, München 2014.
- BUCHS, Stefan, *Ärzteethos und Suizidbeihilfe. Theologisch-ethische Untersuchung zur Praxis der ärztlichen Suizidbeihilfe in der Schweiz*, Basel, Würzburg 2018 (Studien zur theologischen Ethik; Bd. 151).
- Bundesamt für Statistik (Hg.), *Inventar der Datensituation über Palliative Care*, Bern 2012.
- COLLAUD, Thierry, *Le statut de la personne démente. Éléments d'une anthropologie théologique de l'homme malade à partir de la maladie d'Alzheimer*, Freiburg i. Ue. 2003 (Études d'éthique chrétienne, Nouvelle Série; Bd. 1).
- DASCH, Burkhard u. a., *Place of Death: Trends Over the Course of a Decade: A Population-Based Study of Death Certificates From the Years 2001 and 2011*, in: Deutsches Arzteblatt international, Nr. 112 (2015), 29-30, 496–504.
- HUG, Kathrin u. a., *Medical end-of-life decisions in the oldest old in Switzerland*, in: Swiss medical weekly, Nr. 150 (2020), w20177.
- KANT, Immanuel (Wilhelm Weischedel [Hg.]), *Werke in sechs Bänden*, Darmstadt ⁶2005.
- KATHER, Regine, *Person. Die Begründung menschlicher Identität*, Darmstadt 2007 (Grundfragen der Philosophie).
- KREWER, Hannah M. [2020], „...und das ewige Leben – Amen?!“. *Christliche Bestattung angesichts gesellschaftlicher Transformationsprozesse*, Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades „Magister Theologiae“, Bonn, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität 2020.
- KUHSE, Helga/SINGER, Peter, *Should the Baby live? The Problem of Handicapped Infants*, Oxford 1985 (Modern Revivals in Philosophy; Bd. 174).
- MACKIE, John L., *Causes and Conditions*, in: American Philosophical Quarterly, Nr. 2, H.4 (1965), 245–264.
- Maio, Giovanni (Hg.), *Ethik der Gabe. Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen*, Freiburg i. Br. ²2015.
- MALHERBE, Michel, *Alzheimer. La vie, la mort, la reconnaissance. Une chronique et un essai philosophique*, Paris 2015.
- MERCIER, Philippe, *The Seventh Day*, 2015.
- RICŒUR, Paul, *Gedächtnis, Geschichte, Vergessen*, München 2004 (Übergänge; Bd. 50).
- RICŒUR, Paul, *Das Selbst als ein Anderer*, München ²2005 (Übergänge; Bd. 26).
- RICŒUR, Paul, *Wege der Anerkennung. Erkennen, Wiedererkennen, Anerkanntsein*, Frankfurt a. M. 2006 (IWM-Vorlesungen zu den Wissenschaften vom Menschen).
- RÖMER, Inga, *Das Zeitdenken bei Husserl, Heidegger und Ricœur*, Dordrecht u. a. 2010 (Phaenomenologica; Bd. 196).
- SABAT, Steven R., *Le vécu du malade d'Alzheimer. Comprendre pour mieux accompagner*, Lyon 2015 (Comprendre les personnes : l'essentiel).
- SANDEL, Michael J., *The case against perfection. Ethics in the age of genetic engineering*, Cambridge, Massachusetts, London 2009.

SCHMID, Margareta u. a., *Medical end-of-life decisions in Switzerland 2001 and 2013: Who is involved and how does the decision-making capacity of the patient impact?*, in: *Swiss medical weekly*, Nr. 146 (2016), 1-10.

Schweizer Bischöfe, *Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral Schreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung*, Einsiedeln 2002, www.bischoefe.ch/content/download/780/7177/file/PastoralSchreiben+Nr+9.pdf (Stand: 05.01.2017).

SINGER, Peter, *Rethinking Life & Death. The Collapse of Our Traditional Ethics*, Oxford, et al. 1995.

SPAEMANN, Christian, *Was muss gegeben sein, damit wir geben können? Überlegungen zur Anthropologie der Gabe*, in: Maio, Giovanni (Hg.), *Ethik der Gabe*, Freiburg i. Br. ²2015, 159–189.