

BASISARTIKEL

Ethische Herausforderungen am Lebensende

Moraltheologische Perspektiven

Jochen Sautermeister

1. Ethische und existenzielle Herausforderungen am Lebensende

Sterben ist ein Teil unseres Lebens, und alle Menschen werden früher oder später mit der Endlichkeit und Sterblichkeit existenziell konfrontiert. Die Tatsache, dass wir sterben müssen und alles Leben zu Ende geht, kann jedoch ganz unterschiedliche persönliche Bedeutung haben und sich sehr verschieden auf die Gestaltung des Lebens im Hier und Jetzt auswirken.

Dabei sind die Bilder, die in der Kultur von Sterben und Tod gezeichnet werden, sowie religiöse Vorstellungen sehr vielfältig und haben unterschiedliche subjektive Relevanz und Plausibilität. Zwischen dem vertrauensvollen „Bruder Tod“ und dem grauenvollen „Schrecken des Todes“ besteht eine extreme Spannweite. Da wir Menschen ein Zeitbewusstsein haben und damit auch wissen, dass wir sterben müssen, können wir uns Sterben und Tod gegenüber letztlich nicht neutral verhalten. Wir haben mehr oder weniger reflektierte oder diffuse Wünsche, wie wir sterben wollen bzw. was wir für unsere letzte Lebensphase nicht wollen und was uns ganz wichtig ist. Neben Trauer, Versöhnung und Annahme können Hoffnung und Gelassenheit, aber auch Ängste, Wut und Ambivalenzen die Hintergrundstimmung sein, vor der sich existenzielle und praktische-ethische Überlegungen zu einem guten und verantwortlichen Umgang mit dem Lebensende stellen.

Aufgrund der enorm gewachsenen therapeutischen und palliativmedizinischen Möglichkeiten werden die Antizipation und der konkrete Umgang mit der

letzten Lebensphase zunehmend zu einer Frage der bewussten Auseinandersetzung und Entscheidung, selbst wenn letztere sich als Entscheidung äußert, sich nicht zu entscheiden.

Die ethischen Herausforderungen, die sich im medizinischen Kontext am Lebensende stellen, resultieren weitgehend aus den Errungenschaften der modernen Medizin. Angesichts der gewachsenen intensivmedizinischen Möglichkeiten können lebensstützende und lebensverlängernde Maßnahmen bei allen positiven und wünschenswerten Folgen auch dazu führen, dass sich die Fragen nach einem angemessenen ärztlichen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerlichen Handeln sowie nach dem richtigen Zeitpunkt des Sterbens, sei es im Sinne eines Sterben-Lassens, Sterben-Könnens oder Sterben-Müssens, bewusst und explizit stellen. Der Gefahr einer Überversorgung ist ebenso zu wehren wie der einer Unterversorgung aus sozialen, ökonomischen oder anderen Gründen.

Ethische Fragestellungen am Lebensende stellen sich jedoch nicht abstrakt. Sie erwachsen aus verschiedenen Beweggründen, die zur ethischen Reflexion motivieren, wie etwa: „die Befürchtung vieler Menschen, bei schwerer Krankheit in hohem Alter oder nach einem Unfall eine intensivmedizinische Behandlung zu erfahren, die den Prozess des Sterbens unnötig verlängert; die Angst vor einem langen qualvollen Leiden; die Furcht vor dem Alleingelassenwerden, besonders im Alter; der gestiegene Wunsch nach Selbstbestimmung, der heute vielfach auch für die Situationen geltend gemacht wird, in denen sich eine

Person aufgrund von Krankheit oder Alter als schwach erfährt; diesem Wunsch korrespondiert vielfach auch eine ausgeprägte Angst, in derartigen Situationen anderen zur Last zu fallen und von anderen abhängig zu sein; [oder; J.S.] die Sorge, dass sich die Situation der Sterbenden unter den Bedingungen zunehmender Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen durch Rationierungen verschlechtern könnte.“ (Bioethik-Kommission Bayern 2007, 7) Im Hintergrund solcher Motive und Emotionen stehen immer biografische Erfahrungen, soziokulturelle Deutungsmuster und institutionelle Bedingungen, in die konkrete Überlegungen eingebettet und von denen sie entsprechend eingefärbt sind. Anders könnten sie auch nicht persönlich relevant und subjektiv bedeutsam sein.

Die medizinische Ethik hat grundsätzlich mit dem Menschen zu tun, insofern er als leibseelisches Wesen konstitutiv verletzbar, zerbrechlich und sterblich ist. Gesundheit und Krankheit, Leben, Sterben und Tod berühren jene fundamentale anthropologische Dimension, die die körperliche Verfasstheit und leibseelische Bedingtheit besonders bewusst werden lässt, das Verhältnis zu sich selbst sowie zu anderen und zur Umwelt berührt und die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Dasein thematisch werden lässt. Vor allem kommen auch diejenigen in den Blick, die in besonderer Weise leiden, erkrankt, gefährdet oder auf Hilfe angewiesen sind. Es geht dann um die Fragen nach angemessener Hilfe und um die Achtung der Würde des Menschen.

Die ethische Grundausrichtung eines ‚Sterbens in Würde‘ oder eines ‚men-

schenwürdigen Sterbens‘ zeigt an, dass als moralische Leitperspektive sowohl die Wahrung der fundamentalen Rechte von schwerstkranken und sterbenden Menschen als auch der Schutz des menschlichen Lebens in einer besonders fragilen, vulnerablen Phase zur Geltung kommen soll. Allerdings ist damit noch nicht direkt bestimmt, welche konkreten Handlungskonsequenzen in einer bestimmten Situation zu ziehen sind. Denn die Wendung „menschenswürdiges Sterben“ reicht semantisch nicht hin, um aus dem allgemein anerkannten moralischen Prinzip, in Würde zu sterben, unmittelbar Konkretisierungen und normative Regelungen abzuleiten, die in einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft von allen Seiten soziale Anerkennung und moralische Akzeptanz finden könnten. Und selbst innerhalb klar umgrenzter Binnenmoralen sind die konkreten individuellen Gestaltungsmöglichkeiten und Bedeutungsspektren eines menschenwürdigen Sterbens vielfältig. Praktische Entscheidungskonflikte hinsichtlich der Anwendung, Fortführung oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen und/oder des Einsatzes von palliativmedizinischen Maßnahmen oder hinsichtlich einer Assistenz beim Suizid lassen sich daher nur auf der Basis normativer Regelungen sowie rechtlicher und ethischer Standards, medizinischer Indikationen und den Wertüberzeugungen und Willensbekundungen des Patienten formulieren und konkretisieren.

2. Handlungstypen und Formen der Sterbehilfe

Bei aller biografischen Unterschiedlichkeit lassen sich jedoch Handlungstypen von Sterbehilfe im weiten Sinne unterscheiden, die auch für rechtliche und moralische Normierungen maßgeblich sind:

- (1) Unter der *passiven Sterbehilfe* versteht man jenes ärztliche oder pflegerische Handeln, das den Prozess des Sterbens geschehen lässt und ihn nicht (mehr) durch medizinische Maßnahmen entscheidend verlängert. Eine solche Therapiebegrenzung kann sowohl den Abbruch bereits laufender medizinischer Maßnahmen (z. B. Einstellen der Dialyse,
- Abstellen der Beatmung) als auch das Unterlassen von medizinischen Interventionen (z.B. keine Antibiotika-Gabe bei Lungenentzündung, Unterbleiben von Reanimation) zur Folge haben. Allerdings müssen sich solche Entscheidungen zur Therapiebegrenzung nicht auf bereits eingetretene Sterbeprozesse beziehen; sie können auch für Patienten gelten, die an einer schweren, unheilbaren Grunderkrankung leiden.
- (2) Unter der *indirekten Sterbehilfe* versteht man die therapeutischen oder palliativmedizinischen Maßnahmen, die zur beabsichtigten Verringerung der enormen Schmerzbelastung und Erhöhung der Lebensqualität des Patienten eine mögliche lebensverkürzende Wirkung von Medikamenten in Kauf nehmen. Bei diesem Handlungstyp wird also weder die Tötung des Patienten intendiert, noch eine Lebensverlängerung angestrebt; vielmehr geht es darum, die verbleibende Lebenszeit des Patienten so gut wie möglich zu gestalten. Eine solche Therapiezieländerung lässt sich mit dem ethischen Prinzip einer Handlung mit Doppelwirkung rechtfertigen, wonach eine mögliche Lebensverlängerung zwar riskiert, aber aufgrund der beabsichtigten Schmerzlinderung nicht beabsichtigt wird. In concreto lässt sich jedoch nicht immer klar zwischen aktiver Sterbehilfe und indirekter Sterbehilfe unterscheiden. Denn die Handlungsabsichten sind nicht direkt sichtbar. Aufgrund der immensen Fortschritte der Palliativmedizin ist inzwischen die Lebensverkürzung als unerwünschter Nebeneffekt fast durchweg vermeidbar geworden.
- (3) Mit *aktiver Sterbehilfe* oder *Tötung auf Verlangen* wird jenes Handeln des Arztes bezeichnet, das den Tod des Patienten auf dessen Wunsch hin zur Folge hat. Ursächlich für den eingetretenen Tod ist damit nicht der infauste Zustand des Patienten, sondern die Tötungshandlung durch den Arzt. Die aktive Sterbehilfe ist, insofern für sie die Einwilligung des Betroffenen notwendig ist, von Tötungsmaßnahmen gegen den geäußerten Wunsch eines Patienten zu unterscheiden; bei letzterem handelt es sich um Mord oder Totschlag. Die aktive Sterbehilfe ist medizinethisch sehr umstritten und mit den Grundüberzeugun-

gen des christlichen Ethos nicht vereinbar. Während die einen sich auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und auf das Motiv der Leidenslinderung berufen, verweisen die anderen etwa auf einen immanenten Widerspruch zum ärztlichen Ethos, auf die Gefahr eines öffentlichen Drucks oder auf die Unverfügbarkeit des Lebens.

- (4) Bei der *Hilfe zur Selbsttötung*, auch assistierter Suizid genannt, geht es um solche Handlungen, die dem Patienten ermöglichen, sich aus freien Stücken das Leben zu nehmen. Dies geschieht üblicherweise durch die Bereitstellung eines tödlichen Präparats, mit dem sich der Patient dann suizidieren kann. Wenn gleich das Ziel bei einer Tötung auf Verlangen und das bei einem assistierten Suizid konvergieren, liegt jedoch die entscheidende handlungstheoretische und damit auch ethische Differenz darin, dass der tödliche Handlungsschritt vom Patienten selbst vollzogen wird; er besitzt somit bis zuletzt die Handlungsherrschaft bzw. ‚Handlungshoheit‘. Auch wenn eine Selbsttötung nicht strafbar ist, wird kritisch diskutiert, ob der Suizid wirklich aus einer freien Entscheidung erfolgt oder ob er nicht als Folge eines behandlungsbedürftigen suizidalen Syndroms aus dem moralischen Grundsatz der Fürsorge heraus verhindert werden müsste. Des Weiteren gibt es Unstimmigkeiten darüber, ob der ärztlich assistierte Suizid mit dem ärztlichen Ethos überhaupt vereinbar ist. Während in Deutschland die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe inzwischen verboten ist, sind in der Schweiz Sterbehilfeorganisationen legal. Ethisch kontrovers diskutiert wird ferner, ob es sich beim Sterbefasten, dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um eine spezifische Form des Suizids handelt. Für die ethische Beurteilung wird entscheidend sein, wie die akkumulative Wirkung der länger andauernden Unterlassung von Essen und Trinken handlungstheoretisch zu verstehen ist. Während gemäß katholischer Morallehre ein grundsätzlicher moralischer Vorbehalt gegenüber der Selbsttötung eines Menschen besteht, wird aufgrund palliativmedizinischer und pastoraler Erfahrungen mit schweren Einzelfällen zunehmend die Frage gestellt, ob dieser Vorbehalt immer so ohne Weiteres greift.

(5) Mit dem Begriff *Sterbebegleitung* werden schließlich all jene medizinischen, pflegerischen, psychotherapeutischen, psychosozialen und seelsorgerlichen Handlungen bezeichnet, die darauf abzielen, durch Maßnahmen von Palliative Care und Hospiz den Sterbeprozess zu begleiten und zu erleichtern; aktive Sterbehilfe wird dabei explizit abgelehnt. Leitend ist eine ganzheitliche Perspektive auf den Menschen, bei der vor allem menschliche Unterstützung zentral ist. Pointiert wird daher von einer „Hilfe beim Sterben“ und nicht „zum Sterben“ gesprochen. Je nach Schwere der Erkrankung, der Nicht-Therapierbarkeit der Schmerzen und des Leidens des Patienten wird als ultima ratio auch die terminale palliative Sedierung erwogen, um durch Ausschaltung des Bewusstseins einen Menschen schmerz- und symptomkontrolliert in den Tod zu begleiten.

3. Menschenwürde und Lebensschutz aus christlicher Perspektive

Die verschiedenen Handlungstypen sind aus theologisch-ethischer Perspektive unterschiedlich zu bewerten. Denn aus Sicht des christlichen Glaubens sind der Einsatz für die Würde des Menschen, der Schutz des Lebens und die Wahrung der leibseelischen Integrität zentral. Die Sorge um kranke und pflegebedürftige Menschen ist ein elementarer Bestandteil des christlichen Ethos. Von seinen Ursprüngen und seinem ganzheitlichen Menschenbild her zeichnet sich dieses nämlich durch eine besondere Sensibilität für menschliches Wohlergehen bzw. dessen Beeinträchtigung aus, ohne jedoch Gesundheit mit dem „Leben in Fülle“ (Joh 10,10) gleichzusetzen. So verstehen die Evangelien das heilende Handeln Jesu als Zeichen der anbrechenden Gottesherrschaft (vgl. Mt 11,2–5 und Lk 7,18–22). Heilung und Gesundheit bekommen im neutestamentlichen Deutungsrahmen eine signifikante Verweisbedeutung „als fragmentarische [...] Verkörperung des Heils“ (Rieger 2013, 221) zugesprochen. Sie stellen eine leibliche Antizipation der „Erfüllung der menschlichen Sehnsucht nach Gesundheit, Leben und Heil dar“ (Schockenhoff 2013, 330).

Aus moraltheologischer Sicht stehen Krankheit und Gesundheit demnach im Sinnhorizont gelingenden Lebens, der die lebensweltliche Erfahrung der Not von kranken und sterbenden Menschen wahr- und als Imperativ zur Hilfe ernst nimmt, ohne jedoch in der Utopie vollkommener Gesundheit oder grenzenloser medizinischer Machbarkeit den eigentlichen Ort menschlichen Glückens anzusiedeln. Insbesondere am Lebensende stellt sich die Frage nach möglichen, angemessenen und verantwortbaren Formen von Hilfe und Begleitung.

Um diese Frage beantworten zu können, bedarf es mehr als eines Rückgriffs auf medizinische Befunde. Denn Therapieentscheidungen basieren immer auch auf den Vorstellungen und Wünschen der Patienten hinsichtlich eines guten und als subjektiv stimmig erfahrbaren Lebens und Sterbens. Hier spielen neben persönlichen Selbstbildern und Selbstkonzepten auch die persönliche Einschätzung von verbleibender Lebensqualität, interaktionell erfahr- und annehmbarer Zuwendung und Anerkennung sowie institutioneller Sorge ebenso eine Rolle wie grundlegende persönliche Überzeugungen und Werteinsichten, in die sich auch religiöse und soziokulturelle Standards und Normen biografisch einlagern.

All das lässt sich in pastoraler Begleitung oder in therapeutischen Settings ins Gespräch bringen und auf seine persönliche Bedeutung und Handlungskonsequenzen hin reflektieren, wenn sich persönliche Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung mit einer schweren Erkrankung oder Sterben zeigen. Dabei wird die generelle Frage, ob es ein Verfügungsrecht über das eigene Leben gibt oder nicht und ob von einer Pflicht zu leben auszugehen sei, je nach religiös-weltanschaulichen Voraussetzungen unterschiedlich beantwortet. Allerdings wäre eine unmittelbare Ableitung von der Metapher der Heiligkeit des Lebens oder vom Leben als Gabe bzw. Geschenk auf konkrete ethische Normierungen problematisch.

Auf der grundsätzlichen Orientierungsebene konvergieren humane praktische Vernunft und christliches Ethos. Theologische Ethik stellt in diesem Sinne also

kein materiales „moralisches Sonderwissen“ bereit, das für gutes und richtiges Handeln in Freiheit und Verantwortung unerlässlich wäre. Ihr Proprium liegt eben vielmehr darin, unter Bezugnahme auf den christlichen Sinnhorizont die Fragen nach Freiheit und Verantwortung sowie nach dem guten und gerechten Leben im Bewusstsein menschlicher Endlichkeit zu reflektieren, zum moralischen Handeln zu motivieren, entfremdende, totalitäre oder absolutistische Vorstellungen von Mensch, Welt und Gesellschaft zu kritisieren und sich vor allem mit der Option für arme, schwache, notleidende, unterdrückte, ausgegrenzte, diskriminierte und hilfsbedürftige Menschen und Gruppen und damit auch für Kranke, Gebrechliche und Sterbende zu engagieren; also überall dort, wo Menschen in ihrer Würde missachtet oder gefährdet sind.

4. Medizinethische Orientierungen

Für die Beurteilung medizinethischer Probleme am Lebensende werden neben den spezifisch medizinischen Aspekten, die das kunstgerechte ärztliche Handeln im engeren Sinne (*lege artis*) betreffen, besonders die vier sogenannten mittleren Prinzipien nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress herangezogen, insofern sie sich unter pluralen Bedingungen als relativ praktikabel erwiesen haben. Diese sind: (1) das Prinzip der Autonomie (*autonomy*) und das Konzept der informierten Zustimmung (*informed consent*), (2) das Nicht-Schadens-Prinzip (*nonmaleficence*), das verbietet, dem Patienten Schaden zuzufügen, und gebietet, Schaden zu vermeiden. Dieses Prinzip wird positiv ergänzt durch das Wohltuens-Prinzip (*beneficence*). Schließlich ist (4) das Prinzip der Gerechtigkeit zu nennen, wobei dieses verschiedene Aspekte enthält: nämlich Fairness, Verteilungsgerechtigkeit, ausgleichende Gerechtigkeit und Anspruchsgerechtigkeit.

Mit den vier genannten Kriterien ist der grundsätzliche normative Orientierungsrahmen umschrieben, der den ethischen Grundsätzen des Lebensschutzes, der Selbstbestimmung und der Menschenwürde verpflichtet ist. Allerdings ist damit noch nicht die lebensge-

schichtliche Dimension einer Entscheidung, also ihre Einbettung in die biografisch gebildete, wertbezogene Identität einer Person hinreichend erfasst. Dies ist aber erforderlich, wenn es um konkrete Entscheidungen am Lebensende im Konflikt, also um Gewissensfragen geht. Denn beim Gewissen stellt sich die Frage, ob eine Entscheidung als verantwortlicher Ausdruck der Identität einer Person verstanden werden kann und wie ein Mensch seine personale Integrität wahren kann. Für die moralische Identität einer Person und damit für ihr Gewissen spielen Sozialisation, zwischenmenschliche Beziehungen, biografische Erfahrungen sowie psychosoziale, soziokulturelle und ökonomische Bedingungen eine wichtige Rolle. Aber auch Wertüberzeugungen, religiös-spirituelle Vorstellungen und grundlegende Sinnannahmen sind von zentraler Bedeutung. Daher sind auch solche Aspekte sowie Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf die Willensbildung und Entscheidung von Menschen am Lebensende und deren ethische Reflexion zu beachten.

Für konkrete Handlungs- und Entscheidungssituationen sind neben sozialen Erwartungen und soziokulturellen Vorstellungen über Leben, Sterben und Tod auch die konkreten und strukturellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in den Blick zu nehmen sowie mögliche Konsequenzen von rechtlichen Normierungen für involvierte (v. a. Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten) und vulnerable Personengruppen (v. a. Schwerstkranke, Pflegebedürftige, Alte, Sterbende); hier wird vor allem auf die Gefahr von sogenannten Dammbriichen mit unaufhaltsamen unerwünschten Folgen verwiesen. Aus moraltheologischer Sicht kommen ferner existenzielle Aspekte sowie die Frage nach tragenden und leitenden Sinnressourcen in den Blick.

Ein auf die einzelnen Personen, ihre Lebenssituation und ihre Vorstellung von einem würdigen Sterben gerichteter ethischer Zugang verschließt sich zum Beispiel einerseits jenen vorschnellen verallgemeinernden Erklärungen und Ursachenzuschreibungen, die im Entschluss zur Selbsttötung prinzipiell ein falsches, weil von der Illusion der Unab-

hängigkeit geprägtes Verständnis von Autonomie oder eine generelle Mentalität der Leidensunerträglichkeit oder eine Internalisierung sozioökonomischer Wert- bzw. Wertlosigkeitsurteile erkennen wollen. Andererseits ist ein solcher Zugang aber auch kritisch gegenüber Suizidwünschen, an deren Authentizität berechnete Zweifel bestehen und die sich in ihrer Tiefendimension treffender als vielschichtige Bestrebungen der Leidenslinderung aufgrund scheinbar fehlender Handlungsalternativen anstatt derjenigen einer vorzeitigen Lebensbeendigung artikulieren. Daher kommt der Erhellung und Klärung der Beweggründe der Sterbewünsche eine wichtige Bedeutung zu. In solchen Klärungsprozessen können bis dahin unerkannte Motive (etwa bestimmte Erlebens- und Verhaltensmuster, Bewertungsmaßstäbe, erfahrungsbasierte Wert- und Sinneinsichten) hervortreten, die als nunmehr bewusst zur Geltung gebrachte Gründe zu einer Bestätigung oder aber zu einer Änderung der Zielorientierung führen und damit neue Handlungsalternativen erschließen können. Deshalb ist es bei schwerster Erkrankung und am Lebensende sinnvoll, dass neben der palliativmedizinischen Betreuung auch psychosoziale, spirituelle und pastorale Beratung beziehungsweise Begleitung angeboten wird.

Literaturhinweise

Beauchamp Tom L./Childress, James F. (2009), *Principles of Biomedical Ethics*. 6., völlig überarbeitete Auflage, Oxford/New York: Oxford University Press.

Bioethik-Kommission Bayern (2007), *Sterben in Würde. Patientenverfügung – Sterbehilfe – Sterbebegleitung*, München: StMUGV.

Borasio, Gian Domenic/Jox, Ralf/Taupitz, Jochen/Wiesing, Urban (2014), *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge im Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, Stuttgart: Kohlhammer.

Borasio, Gian Domenico/Heßler, Hans-Joachim/Jox, Ralf J./Meier, Christoph (Hrsg.) (2012), *Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis*, Stuttgart: Kohlhammer.

Bormann, Franz-Josef (2015), *Ärztliche Suizidbeihilfe aus Sicht der katholischen Moraltheologie*. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 61, S. 199–215.

EKD/DBK (2003), *Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen mit einer Einführung des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz und des Vorsitzenden des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*, Bonn/Hannover: EKD/DBK.

Hick, Christian (Hrsg.) (2007), *Klinische Ethik*, Heidelberg: Springer.

Hilpert, Konrad/Sautermeister, Jochen (Hrsg.) (2015), *Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*, Freiburg: Herder.

Höffe, Otfried (2002), *Medizin ohne Ethik?*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Kostka Ulrike (2000): *Der Mensch in Heilung, Krankheit und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion*, Münster: Lit.

Maio, Giovanni (2012), *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, Stuttgart: Schattauer.

Müller-Busch, Christof H. (2012), *Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens*, Berlin: Suhrkamp.

Raible, Wolfgang (Hrsg.) (2015), *Beistand bis zuletzt. Erfahrungen und Hilfen bei der Begleitung sterbender Menschen*, Freiburg i.Br.: Herder.

Rieger, Hans-Martin (2013), *Gesundheit. Erkundungen zu einem menschenangemessenen Konzept*, Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.

Sautermeister, Jochen (2015), *Erschöpfter Lebenswille? Individualethische Anmerkungen zur Debatte um den assistierten Suizid*. In: *Herder Korrespondenz* 69, S. 78–83.

Schockenhoff, Eberhard (2013), *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*. 2., aktualisierte Auflage, Freiburg i.Br.: Herder.

Streeck, Nina (2017), *Das Lebensende gestalten. Soziale Anforderungen und individuelle Umgangsformen mit dem Sterben*. In: *Psychozial* 47, S. 92–104.

Woelki, Rainer Maria Kardinal, Hillgruber, Christian, Maio, Giovanni, Ritter, Christoph von, Spieker, Manfred, *Wie wollen wir sterben? Beiträge zur Debatte um Sterbehilfe und Sterbebegleitung*, Paderborn u.a. 2016

Prof. Dr. Dr. Jochen Sautermeister, Lehrstuhl für Moraltheologie, Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Bonn