

Herbert Schlögel

Selbstbestimmung am Lebensende?

Zur Auseinandersetzung mit Norbert Hoerster

Im medizinischen Bereich ist es üblich, strittige Fragen anhand von Fallbeispielen zu diskutieren. Dies ist verständlich und legitim, aber es zeigt sich zunehmend, daß hinter diesen praktischen Beispielen und ihren Problemanzeigen theoretische Vorgaben stehen, die es zu diskutieren gilt. In der Auseinandersetzung mit *Norbert Hoerster* soll das Thema eingegrenzt behandelt werden. Bei ihm geht es im Zusammenhang der „Selbstbestimmung am Lebensende“ vor allem um den medizinisch assistierten Suizid. Der vor kurzem in den Ruhestand getretene Mainzer Rechtsphilosoph wird mit seinen Ansichten in angesehenen Buchverlagen wie Suhrkamp oder Reclam verbreitet. In der Diskussion mit ihm, der theologische Argumente radikal ablehnt, können einige Aspekte behandelt werden, ohne selbstverständlich Vollständigkeit anzustreben.

Zum Begriff der „Selbstbestimmung am Lebensende“ bei Norbert Hoerster

Hoerster beginnt – wie in der gesamten Diskussion zu diesem Themen geläufig – mit selbstverständlich klingenden Bemerkungen wie:

„Am einfachsten wäre ein Verbot der Sterbehilfe sicher dann zu begründen, wenn es ein überpositives Moralprinzip gäbe, wonach der Mensch kein Verfügungsrecht über menschliches Leben hat, wonach menschliches Leben der Verfügung durch den Menschen schlechthin entzogen ist.“¹

Die Antworten, die Hoerster auf diese Art von Feststellungen gibt, wirken ebenfalls prägnant und selbstverständlich. Für Hoerster kann es durchaus jemanden geben, der eine vorgegebene, überall geltende und religiös fundierte Normenordnung vertritt, die ein Recht auf Leben enthält und das Tötungsverbot mit einschließt. Lapidar hält er dagegen fest:

„Die Existenz einer metaphysisch fundierten Normenordnung – etwa in Form eines sogenannten Natur- oder Vernunftrechts – ist erkenntnismäßig nicht erweisbar; sie widerspricht in vielen Punkten den Denkvoraussetzungen eines modernen wissenschaftlichen Weltbildes. Eine religiös fundierte Normenordnung – etwa auf der Basis einer geoffenbarten göttlichen Schöpfungsordnung – aber kann überhaupt nicht Gegenstand der Erkenntnis, sondern nur eines religiösen Glaubens sein; für die Rechtsgestaltung in einem heutigen, säkularen Staat kann ihr von vornherein keine Begründungsfunktion zukommen.“²

Mit diesen Hinweisen grenzt Hoerster gleich ganze Gruppen von Auffassungen und Personen aus, ohne sich die Mühe zu machen, sich inhaltlich mit deren Argumenten auseinanderzusetzen. Wer definiert, was „die Denkvoraussetzungen eines modernen wissenschaftlichen Weltbildes“ sind? Weiter ist zu fragen: Wer behauptet denn, daß dem religiösen Glauben gleichsam eine direkte Begründungsfunktion für die Rechtsprechung in unserer Gesellschaft zukommt? Etwas anderes ist, daß unsere weltanschaulich neutralen Staaten nicht ohne Wertvoraussetzungen leben können, die, wie sich immer wieder zeigt, auch in der christlich-jüdischen Denktradition ihre Wurzeln haben. Dies gilt zum Beispiel für die Deutung der Menschenrechte. Für den ethischen Diskurs ist es darüber hinaus angemessen, seine Prämissen offenzulegen. Im übrigen suggeriert Hoerster, daß alles, was mit „religiös“ zusammenhängt, „überhaupt nicht Gegenstand der Erkenntnis“ sein kann. Das Religiöse wird in den Bereich des Irrationalen abgeschoben und scheidet damit für die aktuelle Auseinandersetzung aus. Zu Recht gilt die Auffassung, die Dietmar Mieth einmal im Blick auf Hoerstes Bücher geäußert hat:

„Rationalität soll also nur gelten, wenn sie agnostisch ist, und die am Diskurs beteiligten Menschen werden wohl erst dann paradigmatisch für ‚Jedermann‘, wenn sie den Glauben in die Ecke stellen.“³

Hoerster operiert im Blick auf das Lebensende mit dem Begriff der „Selbstbestimmung“. Dieses Selbstbestimmungsrecht muß interessenorientiert begründet werden. Im Zusammenhang mit der Sterbehilfe sieht er einige Besonderheiten, die gerade unter der Selbstbestimmung des Patienten die aktive Sterbehilfe ermöglichen sollen, in diesem Fall konkret das Töten auf Verlangen. Er nennt hier drei Kriterien für diese „legitime Sterbehilfe“:

„Es muß sich um einen schwer und unheilbar leidenden Menschen handeln. Der Betroffene muß die Sterbehilfe aufgrund reiflicher, in einem urteilsfähigen und aufgeklärten Zustand durchgeführter Überlegung selbst wünschen. Die Sterbehilfe muß von einem Arzt oder mit ärztlicher Ermächtigung durchgeführt werden.“⁴

Bei der Frage der Selbstbestimmung am Lebensende bezieht sich Hoerster auf das Interesse des Menschen, der nach reiflicher Überlegung zu seiner Entscheidung kommt, einen Arzt zu bitten, ihm eine entsprechende Spritze oder ein entsprechendes Medikament zu verabreichen. Dieses interessengeleitete Vorgehen des Individuums ist höchster ethischer Maßstab in der Beurteilung der damit verbundenen Fragen. Zur Erläuterung seiner These fügt er hinzu, daß zum Beispiel die christliche Tradition ebenfalls nicht eindeutig am Prinzip der „Unverfügbarkeit des Lebens“ festhalte. Die Aufgabe des Arztes sei es, die Autonomie des Patienten zu achten. Nur der Arzt ist nach Auffassung von Hoerster „normalerweise fachlich kompetent ... für die erbetene Sterbehilfe die dem Wunsche des Patienten genau entsprechende wirksame Form zu finden“⁵.

Bei der kritischen Auseinandersetzung mit Hoerster geht es nicht darum, die

„Sinnhaftigkeit des Begriffs der Selbstbestimmung“ generell in Frage zu stellen oder gar, wie manchmal vermutet wird, zu einem paternalistischen Verhalten des Arztes zurückzukehren. Bei ihm stellt sich eher das Problem, ob nicht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten am Lebensende voraussetzt, als einziger zu bestimmen, wie das Ende seines Lebens aussehen soll. Denn dazu bedarf er auch, wie Hoerster fordert, der Hilfe des Arztes, um seinem Wunsch der „Tötung auf Verlangen“ zu entsprechen. Um auf die damit gegebenen Probleme eingehen zu können, scheint mir eine zweifache Reflexion notwendig: zum einen über das Menschenbild und zum andern über das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Der Mensch – ein Geschöpf in Beziehung

Alle am medizinischen Diskurs Beteiligten haben ein Bild vom Menschen, über das sie sich Rechenschaft schuldig sind. Hier ist die christliche Sicht leitend⁶. Ein Anknüpfungspunkt kann dabei das Argument der Menschenwürde sein, das im Grundgesetz verankert ist und darüber hinaus in vielem mit dem Menschenbild des christlichen Glaubens übereinstimmt. Es fällt auf, daß es in der öffentlichen Diskussion besonders von denen eingebracht wird, die diesen christlichen Hintergrund thematisieren. Zunehmend wird das Menschenwürdeargument in Gegensatz gebracht zur Forderung der Freiheit, die dem einzelnen zustehe. Dies zeigt sich besonders im Bereich der Forschung an Embryonen, bildet aber auch den Hintergrund für die Diskussion um die „Patientenautonomie“ am Lebensende⁷.

Der Mensch ist ein Geschöpf in Beziehung und Geschichte. Zum einen lebt er innerhalb von natürlichen Grenzen, die zwar verschoben, aber nicht aufgehoben werden können. Zum andern wird er geprägt von Menschen, die ihm auf unterschiedliche Art und Weise in seinem Leben begegnen. Das, was hier geschieht und was der Mensch erfährt, bestimmt und durchdringt sein Leben. Es gehört zum Menschsein, sich zu anderen und zu seinem Lebensschicksal in Beziehung zu setzen. Es liegt an ihm selbst, wie er seine Geschichte aufnimmt und bewertet. Weiter gehört es zum Geschöpfsein des Menschen, daß das Leben trotz seiner Grenzen Sinn hat. Das heißt nicht, daß Leid, Unglück und Tod „von Gott gewollt sind“. Gott will das gute und glückliche Leben des Menschen. Trotz seiner Grenzen – der natürlichen wie der geschichtlichen – hat das Leben Sinn. Es wird als wertvoll erfahren, weil der Mensch um seine Begrenztheit weiß.

Deshalb ist der Tod auch nicht einfach sinnlos. Doch dies ist ein gefährlicher und schwer verständlicher Satz. Denn worin soll der Sinn liegen, wenn plötzlich eine Mutter von drei Kindern stirbt? Es wäre sicher nicht angemessen, hier nach dem „Sinn“ zu fragen, der für die Hinterbliebenen ein Trost wäre. Auf der anderen Seite machen Menschen immer wieder die Erfahrung – auch bei der Begegnung mit Krankheit und Sterben naher Angehöriger und Bekannter –, daß sie die-

ses Leid auf eine Weise annehmen, ohne daran zu verzweifeln. Die Trauer ist eine Form, die Begrenztheit des Lebens wahr- und anzunehmen:

„Das Bewußtsein, daß trotz aller positiven Errungenschaften der Medizin unser biologisches Leben an Grenzen stößt, die nur verschoben, aber nicht überschritten werden können, verhilft uns zumindest zu einer wichtigen Einsicht: die Erfahrung von Krankheit, Behinderung und Sterben bedeutet nicht die Erfahrung nackter Sinnlosigkeit, sondern kann als Teil unseres Lebens erfahren und angenommen werden. Wenn wir hoffend an eine Auferstehung im Tod glauben, erfahren wir die Grenzen unserer irdischen Existenz nicht als Schranken, die bereits unser Leben hier letztlich sinnlos machen, vielmehr vermag diese Glaubenshoffnung uns vielleicht die Kraft zu geben, diese Grenze selbst als Teil unseres Lebens zu verstehen.“⁸

Es kann niemandem aufgezwungen werden, das Leben als begrenzte Existenz als sinnvoll zu erfahren. Das Wissen des Menschen, daß er sich nicht selbst gemacht hat, entlastet ihn, alles in dieser begrenzten Zeit seines irdischen Lebens erleben und verwirklichen zu müssen. Die Begrenztheit des eigenen Daseins kann besser angenommen werden. Für den Christen ist damit eine Grenze markiert, die seine Selbstbestimmung über dieses Leben mit zum Ausdruck bringt. Wenn wir Gott als dem Schöpfer allen Lebens unser Dasein verdanken, so können wir daraus mit Recht einen Auftrag zum Schutz des Lebens ableiten. Auch wenn daraus nicht unmittelbar ein absolutes Tötungsverbot gefolgert werden kann – hier kennt die katholische Kirche in ihrer Tradition stets Ausnahmen –, so folgt daraus zumindest die Forderung nach dem behutsamen Umgang mit dem Leben und auch mit dem eigenen Leben. In den letzten Jahren ist in der Kirche das Bemühen unübersehbar, die Ausnahmen gegenüber dem Tötungsverbot immer mehr einzuschränken. Das gilt sowohl für die Lehre vom „gerechten Krieg“ wie für die Todesstrafe⁹.

Der Mensch als Abbild Gottes

Die christliche Offenbarung sieht den Menschen als Person und vertieft diese auch in der Philosophie grundlegende Sichtweise durch die Auffassung des Menschen als Abbild Gottes. Im ersten Schöpfungsbericht lesen wir, daß Gott den Menschen als Mann und Frau „als Abbild Gottes“ erschuf (Gen 1, 27). Gott erschuf den Menschen als ein Wesen, zu dem er eine ganz besondere Beziehung knüpfte. Und diese Beziehung Gottes zum Menschen findet aus der Sicht des christlichen Glaubens ihren Höhepunkt in der Menschwerdung Gottes selbst in Jesus Christus:

„In der Gottebenbildlichkeit liegt auch die Überzeugung von der Heiligkeit des Lebens begründet: Wenn Gott dieses Wesen ‚Mensch‘ als sein Abbild schuf, dann bedeutet das auch, daß das Leben dieses Menschen als unersetzbares und unverwechselbares Einzelwesen gewollt und vom Schöpfer bejaht ist. Das Leben des Menschen ist somit mehr als eine biologische Tatsache, die genauso gut auch nicht der Fall sein könnte, das Leben des Menschen ist auch mehr als ein Gut, mit dem man machen kann, was

man will. Die Heiligkeit des Lebens ist aber nicht eine von außen auferlegte Grenze unserer Verfügungsmacht, die zusammengefaßt wird im fünften Gebot ‚Du sollst nicht töten‘, ... sondern die Heiligkeit des Lebens bedeutet, daß wir unser Leben als Menschen gar nicht wirklich leben können ohne die Ehrfurcht vor diesem Leben, vor dem Leben jedes Menschen. Die Ehrfurcht vor der Heiligkeit des Lebens macht also das Leben des Menschen überhaupt erst möglich.“¹⁰

Der Mensch als Geschöpf ist nie nur Mensch für sich allein. Die für die Bibel selbstverständliche Sicht des Menschen als eingebunden in vielfältige soziale Beziehungen kann das individualistische Menschenbild, wie es im Verständnis der absoluten Selbstbestimmung am Lebensende zum Ausdruck kommt, in heilsamer Weise korrigieren. Zum Menschen gehört immer auch seine Mitmenschlichkeit, seine personale und natürliche Mitwelt, ohne die er gar nicht im wirklichen Sinn Mensch sein kann. In der weiteren Geschichte des Christentums wurde diese ganzheitliche und mehrdimensionale Sicht des Menschen oft verkürzt und aufgespalten. Wenn wir heute wieder stärker ein ganzheitliches Menschenbild aus der christlichen Botschaft zurückgewinnen, dann lassen sich leibliche und seelische Gesundheit bzw. Krankheit nicht voneinander trennen. Man kann realistisch bei einer ernsthaften Erkrankung nicht davon ausgehen, daß diese nur eine Dimension des Menschen betreffe. Und ebenso muß auch der Genesungsprozeß umfassend alle Dimensionen des Menschseins einschließen.

Die Leiblichkeit des Menschen schließt seine Mitmenschlichkeit mit ein. Gesund und krank ist der Mensch nie nur für sich allein, denn er ist ein soziales Wesen. Das bedeutet, daß die personale Umwelt des Menschen einen entscheidenden Einfluß auf seine Gesundheit ausübt. Und der Mensch ist ein Wesen, das in und aus der Natur heraus lebt. Also kann auch seine Gesundheit letztlich nicht von seiner natürlichen Umwelt abgetrennt werden.

Aus der Sicht dieses Menschenbildes ergeben sich für das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende folgende Hinweise:

Hoerster geht von einem individualisierten Menschenbild aus. Das vielfältige Beziehungsgefüge wird ausgeklammert. Diese Frage ist auch beim Thema „Tötung auf Verlangen“ zu stellen. Welchen Sinn das Leben eines Menschen hat, entscheidet sich nicht nur von ihm selbst her, sondern auch von seiner Beziehung zu der ihn umgebenden Umwelt. Dies heißt keineswegs, daß das Leben um jeden Preis erhalten werden müsse. Diese Position wurde von der Kirche so nie vertreten, da ihr bereits die Vorstellung der Endlichkeit und Geschöpflichkeit, die das Sterben mit einschließt, entgegensteht. Aber die Beziehung zu der ihn umgebenden Umwelt und damit verbunden auch die Beziehung zu Gott setzen eine Grenze, die der Mensch nicht von sich aus überschreiten soll. Das setzt auf der anderen Seite voraus, daß Haltungen der Zuwendung, der Solidarität, des Umgangs mit dem Kranken und auch mit dem Sterbenden gefördert und gepflegt werden müssen. Auch wenn es statistisch nicht meßbar ist, so wird immer wieder berichtet, daß Patienten ganz erschrocken sind, wenn ihrem Wunsch nach einer

Injektion oder einem Medikament, das zum Tod führt, stattgegeben wird. Nicht selten verbirgt sich hinter diesem Wunsch die Bitte nach mehr Zuwendung und Mitleid. Gerade an dieser Stelle zeigt sich auch die christliche Haltung der Solidarität, die in den Überlegungen von Hoerster keine Rolle spielt.

Diese Ehrfurcht vor dem Leben, wie sie im fünften Gebot ausgedrückt ist und in der aktuellen theologischen Diskussion unter der Überschrift „Du sollst keinen Unschuldigen töten“ gebraucht wird, setzt nicht nur eine Grenze, sondern hat für alle Beteiligten eine entlastende und schützende Funktion. Dies gilt übrigens nicht nur in ethischer, sondern auch gesellschaftlicher Hinsicht. Für die Entstehung des modernen Rechtsstaates war es von entscheidender Bedeutung, daß der Staat allein das Gewaltmonopol bekam, das Leben seiner Bürger zu schützen. Die Friedensfunktion des Tötungsverbotes ist deshalb auch bei neuen Herausforderungen nicht zu unterschätzen. Dies gilt zumal für den Schutz des Menschen in seiner letzten Lebensphase¹¹.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Um seinem Wunsch der „Tötung auf Verlangen“ zu entsprechen, bedarf der Patient – so die Forderung von Norbert Hoerster – der Hilfe des Arztes. Die Patientenautonomie kann aber den Arzt nicht davon dispensieren, seine ethische Grundeinstellung zu verwirklichen. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten kollidiert mit dem Heilauftrag des Arztes. Es stellt sich die Frage, ob unter diesen Umständen das Arzt-Patienten-Verhältnis, das notwendigerweise auf Vertrauen aufbaut und eindeutig durch das Heilen und Lindern bestimmt ist, nicht leichtsinnig aufs Spiel gesetzt wird, wenn es das effiziente und schmerzfreie Töten zuläßt. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten findet am Selbstbestimmungsrecht des Arztes seine Grenze. Gerade hier wird die Relation der Arzt-Patienten-Beziehung besonders deutlich, die einerseits dem Arzt verbietet, gegen den Willen des Patienten Heilversuche durchzuführen, die aber andererseits auch den Arzt nicht verpflichten kann, Maßnahmen gegen seinen Heilauftrag durchzuführen. Das allein auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zugeschnittene Modell von Hoerster verkennt die vielfältigen Beziehungen, in der der Mensch zeit seines Lebens und hier konkret der Arzt steht. Darüber hinaus würden die Anstrengungen auf der Suche nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten, wie sie derzeit in der Palliativmedizin erforscht werden, abnehmen.

Eng verbunden mit dieser Beziehung des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist die Auswahl der Betroffenen, für die eine Tötung auf Verlangen in Frage kommt. Bei Hoerster haben wir gesehen, daß er vom schwer und unheilbar leidenden Kranken spricht, der aufgrund reiflicher, in einem urteilsfähigen und aufgeklärten Zustand durchgeführten Überlegung selbst um die Tötung bittet. In der medizin-

ethischen Diskussion wird aber darauf hingewiesen, daß sich daran verschiedene Anschlußfragen stellen, wie: Müssen die Betroffenen körperlich leiden, oder reicht der Hinweis auf ein psychisches Leiden? – Oder: Müssen sie terminal erkrankt sein, also im Sterben liegen, oder reicht bereits der Hinweis auf eine (eventuell in einigen Jahren) tödlich endende Krankheit? Schließlich: Sollen auch Menschen im chronisch vegetativen Zustand getötet werden, wenn keine Aussicht mehr auf das Ende des Komas besteht?¹² Die Tendenz zur Ausweitung der Tötungspraxis ist offensichtlich. Gerade die Menschen, die sich nicht oder nicht mehr wehren können, sind davon betroffen.

Schlußfolgerung

Mit diesen Überlegungen zur „Selbstbestimmung am Lebensende“ sind keineswegs alle schwierigen Detailfragen gelöst. Selbstverständlich müßte die Patientenverfügung hier näher betrachtet werden¹³. Es sollte in der Auseinandersetzung mit Hoerster gezeigt werden, daß es kein absolutes Selbstbestimmungsrecht am Lebensende gibt. Für den Christen ist darin auch ein Grund zu sehen, daß er sein Leben als Geschenk erfährt und von daher im Umgang mit ihm sehr behutsam zu sein hat. Dies schließt keineswegs ein, daß eine Maximaltherapie bis zum Schluß notwendig ist. Das Sterben gehört für den Christen und für jeden Menschen zu seinem Leben elementar hinzu.

Aber auch für die Menschen, die diese Vorstellung für sich nicht nachvollziehen können, wird deutlich, daß sie in vielfältigen Bezügen leben. Besonders markant ist dies im Arzt-Patienten-Verhältnis. Nie kann der Patient den Heilauftrag des Arztes oder – zugespitzt ethisch gesprochen – seine verantwortete Entscheidung, die manchmal eine Gewissensentscheidung sein kann, aufheben. Das erwähnte Beispiel, daß Patienten, die um ein entsprechendes Mittel zum Sterben bitten, erschrocken sind, wenn es ihnen verabreicht wird, und deren Ruf um Hilfe sich darin ausdrückt, macht sichtbar, wie menschliches Leben von der Zuwendung anderer abhängt. Dies ist keineswegs als kritische Anfrage an die Ärzte und Pflegeberufe zu sehen, sondern betrifft im größeren Rahmen die Gesellschaft in ihrem Umgang mit leidenden und sterbenden Menschen. Die Kirchen sind sich bewußt, daß sie gerade hier eine hohe Verantwortung haben.

ANMERKUNGEN

- ¹ N. Hoerster, Tötungsverbot u. Sterbehilfe, in: Medizin u. Ethik, hg. v. H. M. Sass (Stuttgart 1989) 287.
- ² Ders., Neugeborene u. das Recht auf Leben (Frankfurt 1995) 11 f.
- ³ D. Mieth, Recht auf Leben beschnitten. Über Norbert Hoerstes Abtreibungsplädoyer, in: EK 23 (1993) 26.
- ⁴ N. Hoerster, Ist menschliches Leben unverfügbar?, in: Universitas 51 (1996) 447.
- ⁵ Ders., Rechtsethische Überlegungen zur Sterbehilfe, in: Aktive Sterbehilfe. Zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten, hg. v. W. Gose u. a. (Trier 1997) 63.
- ⁶ Vgl. aus der Fülle der Literatur: Beginn, Personalität u. Würde des Menschen, hg. v. G. Rager (Freiburg 1997); K. Hilpert, Art. Menschenwürde, in: LThK³, Bd. 7, 131–137 (Lit.); H. Krefß, Menschenwürde im modernen Pluralismus. Wertedebatte – Ethik der Medizin – Nachhaltigkeit (Hannover 1999); Leben als Gottes Bild (Woche für das Leben 2000), hg. v. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz u. v. Kirchenamt der Evangelischen Kirche Deutschlands (Bonn 2000).
- ⁷ Vgl. R. Anselm, Jenseits von Laienmedizin u. hippokratischem Paternalismus. Theologisch-ethische Überlegungen zum Problem der Selbstbestimmung in der Medizin, in: ZME 45 (1999) 91–108.
- ⁸ Machbares Leben? Ethik in der Medizin, hg. v. d. Schweizerischen Nationalkommission Justitia et Pax (Zürich 1998) 18.
- ⁹ Vgl. J. Römel, Jenseits von Pragmatismus u. Resignation. Perspektiven christlicher Verantwortung für Umwelt, Frieden u. soziale Gerechtigkeit (Regensburg 1999) 182–192; M. Maier, Abschaffung der Todesstrafe, in: dieser Zs. 218 (2000) 433 f.
- ¹⁰ Machbares Leben? (A. 8) 16.
- ¹¹ Vgl. E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß (Mainz ²1998) 191–195.
- ¹² Machbares Leben? (A. 8) 102.
- ¹³ Vgl. J. Reiter, Verfügungen für das Lebensende. Wem nützt ein Patiententestament?, in: HK 52 (1998) 194–196; zur Problematik des medizinisch assistierten Suizids: Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer u. theologischer Sicht, hg. v. A. Holderegger (Fribourg 1999).