

Michael Rosenberger

Ausnahmen nicht zur Regel machen*

Anfragen an den Vorschlag zur Regelung des assistierten Suizids

„My life, my choice at the end of my life!“ – „Mein Leben, meine Wahl am Ende meines Lebens!“ So lautete ein Debattenbeitrag im Rahmen der Volksabstimmung im US-Bundesstaat Massachusetts am 7. November 2012 über den „Death with Dignity Act“, der die ärztliche Beihilfe zum Suizid ermöglichen sollte. Anders als in Oregon 1994 (51 % Pro-Stimmen) und Washington 2008 (58 % Pro-Stimmen) votierten in Massachusetts aber 51 % der Wahlberechtigten gegen die gesetzliche Freigabe ärztlicher Suizidbeihilfe. Massachusetts im Nordosten der USA ist weder so konservativ wie der „Bible belt“ im Süden noch ganz so liberal wie Oregon und Washington im äußersten Nordwesten. Und obwohl der Slogan „my life, my choice“ in den USA in vielen Kampagnen, etwa zur sexuellen Selbstbestimmung, hohe Plausibilität genießt, hat er bisher erst in vier Bundesstaaten eine Öffnung der ärztlichen Suizidbeihilfe in Grenzfällen bewirkt.¹

Würde man in Deutschland oder Österreich eine vergleichbare Volksabstimmung durchführen, dürften die Abstimmungsergebnisse keineswegs so knapp ausfallen. Eine eng begrenzte Freigabe der ärztlichen Suizidbeihilfe befürworten in Umfragen regelmäßig mehr als 90 % der Menschen. Und mir scheint, dass dasselbe Argument dabei den Ausschlag gibt wie es die Pro-Choice-Kampagnen in den USA stark machen: Es ist meine Entscheidung – da hat sich der Staat nicht einzumischen! Folgerichtig titelte die Kampagne von www.letzte-hilfe.de im November 2014: „Mein Ende gehört mir!“ Man fühlt sich erinnert an den Slogan der AbtreibungsbefürworterInnen in den 1970er-Jahren: „Mein Bauch gehört mir!“

Sollen wir uns also der überwältigten Mehrheit im Lande anschließen und Suizidbeihilfe zulassen? Der Vorschlag, den Gian Domenico Borasio, Ralf J. Jox, Jochen Taupitz und Urban Wiesing² 2014 als Beitrag zur Debatte im deutschen Par-

* Referat im Rahmen des Dies Academicus an der Katholischen Privat-Universität Linz vom 10. November 2015.

¹ Neben Oregon und Washington, die den ärztlich assistierten Suizid über Volksabstimmungen eingeführt haben, ist er in Montana seit 2009 durch einen Entscheid des Höchstgerichts und in Vermont seit 2013 durch Parlamentsbeschluss erlaubt. Montana hat mangels Einigung im Parlament bisher keine Regeln zur Durchführung. Vermont folgt bis 2016 weitgehend den restriktiven Prozeduren von Oregon und Washington, stellt den ärztlich assistierten Suizid danach allerdings völlig von Reglements frei. Vermont, das im Unterschied zu den anderen drei Bundesstaaten nicht im Nordwesten, sondern im Nordosten liegt, galt seit je als einer der liberalsten Bundesstaaten der USA.

² Gian Domenico Borasio / Ralf J. Jox / Jochen Taupitz / Urban Wiesing, *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge im Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, Stuttgart 2014; im Folgenden kurz „Borasio-Jox-Taupitz-Wiesing“.

lament vorgelegt haben, sagt ein sehr behutsames „Ja“. Sehr behutsam, denn er geht lange nicht so weit wie das die Bevölkerungsmehrheit wünschen würde. Aber er hält gerade angesichts dieser Mehrheit ein kategorisches Nein für unmöglich und versucht einen ethisch relativ restriktiven Kompromiss. Diesen möchte ich würdigen, indem ich drei Schritte gehe: Erstens schaue ich auf die etwas andere Gesetzes- und Debattenlage in Österreich, zweitens stelle ich meine Übereinstimmungen mit dem Entwurf der vier Kollegen dar, ehe ich schlussendlich einige kritische Anfragen stelle.

1 Österreich ist anders

Im Unterschied zu Deutschland gibt es in Österreich eine relativ eindeutige Gesetzeslage: § 78 StGB stellt die „Mitwirkung am Selbstmord“ unter Strafe: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“ Natürlich heißt das nicht, dass ein Gericht keine Ermessensspielräume hätte, wenn es zu einer Anklage aufgrund dieses Paragraphen kommt. Von der Würdigung eines ärztlichen Gewissenskonfliktes ist auch ein österreichisches Gericht nicht suspendiert, und insofern bleibt aus ärztlicher Sicht die Unsicherheit, ob ein Gericht sich den eigenen Überlegungen anschließt oder nicht.

Aufgrund dieser und anderer Erwägungen ist auch in Österreich eine Debatte über die Öffnung der ärztlichen Suizidbeihilfe im Gang. Im Auftrag des Bundes-

kanzlers hat sich die Bioethik-Kommission beim österreichischen Bundeskanzleramt mit dieser Frage beschäftigt und am 12. Februar 2015 ihre Position³ veröffentlicht. Dabei kam es zu zwei sehr unterschiedlichen Voten:

- 16 Mitglieder befürworten eine Lockerung des strafrechtlichen Verbots der Beihilfe zum Suizid. Sie plädieren für die Straffreiheit für nahe Angehörige, die erkennbar aus Mitleid handeln, und für Ärzte, die nach Aufklärung und Verstreichen einer Frist helfen, soweit es um volljährige einsichtsfähige Personen geht. Das ist ziemlich genau die Borasio-Jox-Taupitz-Wiesing-Lösung.

- Acht Mitglieder stehen hingegen einer Lockerung des Verbots aus § 78 StGB kritisch gegenüber. Schon jetzt werde jeder Einzelfall eines Verstoßes sorgfältig geprüft und die Gewissensnot eines Arztes anerkannt. Die Änderung der Gesetzeslage wäre ein falsches Signal und könnte den Suizid zum Normalfall werden lassen. Außerdem sei die Äußerung des Suizidwunsches oft ein Hinweis auf ganz andere Bedürfnisse, etwa nach menschlicher Zuwendung und Aufmerksamkeit. Besser wäre es daher, detailliertere Richtlinien für die Strafverfolgung der Suizidbeihilfe zu erarbeiten, an Hand deren jeder Einzelfall zu prüfen und beurteilen sei.

Gerade weil das Mehrheitsvotum der Bioethikkommission sich zu 100 % mit dem Vorschlag von Borasio-Jox-Taupitz-Wiesing deckt, kann ich direkt zur Kommentierung desselben übergehen. Dabei möchte ich zunächst meine Übereinstimmungen mit ihm nennen, ehe ich kritische Äußerungen anfüge.

³ *Bioethikkommission des Bundeskanzleramts Österreich, Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen*, Wien 2015.

2 Zustimmung

Ein erster Punkt meiner Zustimmung lautet: Ich teile die *Analyse des Ist-Zustands*. Ja, es gibt in seltenen Fällen Grenzen der Palliativmedizin und Schmerztherapie, sodass einzelne PatientInnen unter nicht linderbaren Schmerzen leiden müssen. Und ja, es gibt eine gewisse Rechtsunsicherheit, wenn sie auch in Österreich deutlich geringer ist als in Deutschland. Schließlich ja, es gibt faktisch schon derzeit Fälle von Beihilfe zum Suizid, und dies aufgrund der unklaren Rechtslage meist unter unwürdigen Bedingungen für alle Beteiligten. Eine rechtliche Weiterentwicklung ist also durchaus erstrebenswert.

Ein zweiter Punkt meiner Zustimmung: Ich teile die *Ziele des Gesetzesvorschlags* von Borasio-Jox-Taupitz-Wiesing. Respekt vor Patientenautonomie, Fürsorge durch ärztliche Beratungspflicht, Schutz vor sozialem Druck auf Betroffene, Suizidprävention, Vermeidung der Freigabe der Tötung auf Verlangen, Rechtssicherheit für alle Beteiligten sind sechs ohne jedes Wenn und Aber erstrebenswerte und ethisch wertvolle Zielsetzungen.

Ein dritter Aspekt: Ich teile zwei *fundamentalethische Annahmen*:

- die Überzeugung, dass kein ethisches oder rechtliches Ge- oder Verbot ohne Ausnahme gilt. „Lex valet ut in pluribus“ heißt es schon bei Thomas von Aquin (s.th. I–II q. 94 art. 4): „Ein Gesetz gilt nur in der Mehrzahl der Fälle“ – oder frei übertragen: „Keine Regel ohne Ausnahme“. Daher stimme ich prinzipiell einer Grundstruktur zu, die etwas verbietet, dann aber Ausnahmen zulässt. Die noch offene Frage ist allerdings, wie und auf welcher Ebene die Ausnahme festgestellt werden soll bzw. kann.

- die Überzeugung, dass das Öffnen eines Verbots in Einzelfällen eine gute Weise der Prävention sein kann, wenn diese Öffnung klug und differenziert geschieht und bestimmte Rahmenbedingungen hat. So nehmen in Oregon regelmäßig nur zwei Drittel derer, die ein Rezept für das tödliche Medikament erhalten haben, dieses auch in Anspruch (Abbildung 1⁴). Und im Rahmen der Seattle Cancer Care Alliance im Bundesstaat Washington haben die ÄrztInnen in den Jahren 2009 bis 2011 nur 40 von 114 PatientInnen dieses Rezept ausgestellt, die ein Interesse daran geäußert hatten – also gerade einmal einem Drittel (Abbildung 2). Allerdings nehmen im Bundesstaat Washington insgesamt fast all jene das Medikament ein, die es bekommen haben (Abbildung 3).

Ein vierter und letzter Aspekt meiner Zustimmung betrifft die *medizinethische* Überzeugung, dass die Öffnung der ärztlichen Suizidbeihilfe das Vertrauen in den Arzt/die Ärztin eher stärken als schwächen würde – aufgrund der möglichen Offenheit des Gesprächs, die es bisher so nicht gibt, und weil der Arzt/die Ärztin die Tatherrschaft anders als bei der Tötung auf Verlangen dem Patienten/der PatientIn belässt.

3 Anfragen

Insgesamt kann ich also vielen Argumenten gut zustimmen. Doch an einigen Schlüsselstellen bleibe ich zweifelhaft bis kritisch. Diese betreffen drei Aspekte: Die grundsätzliche Bewertung des Suizids, die Bewertung der ärztlichen Situation und die Frage eines potenziellen Dammbruchs.

Die erste Anfrage: Ich halte den Verweis auf die Pluralität der *Bewertung des*

⁴ Diese und die weiteren Abbildungen finden sich auf den beiden folgenden Seiten.

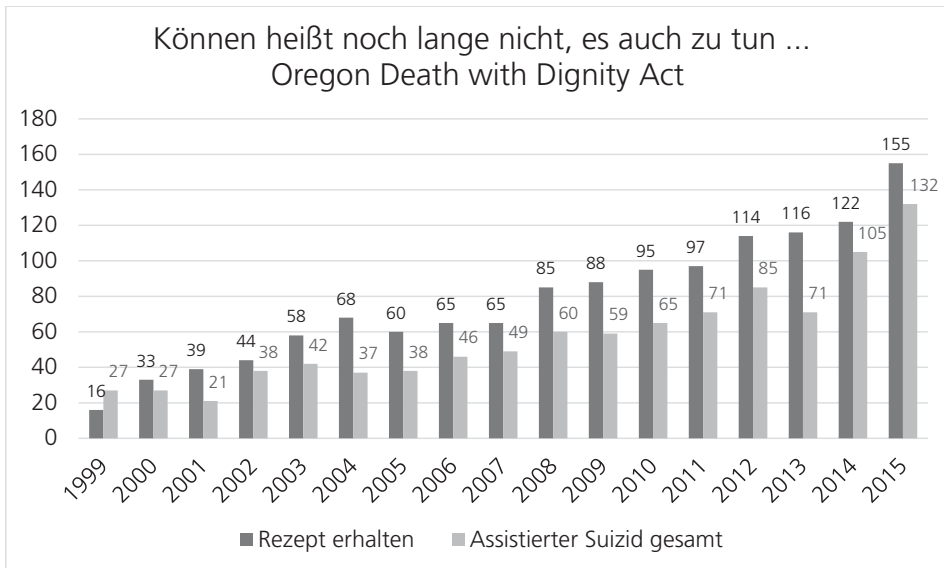


Abbildung 1: Zahl der ausgestellten Rezepte für tödliche Medikamente und der tatsächlich durchgeführten Suizide im Rahmen des Oregon Death with Dignity Act.⁵

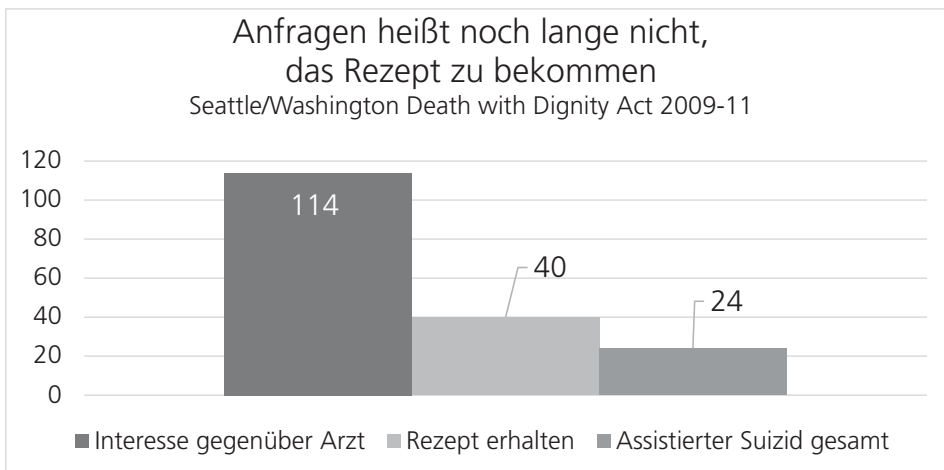


Abbildung 2: Zahl der geäußerten Wünsche auf Suizidbeihilfe, der ausgestellten Rezepte für tödliche Medikamente und der tatsächlich durchgeführten Suizide der Seattle Cancer Care Alliance 2009 – 2011 im Rahmen des Washington Death with Dignity Act.⁶

⁵ Quelle: Oregon Health Authority 2015; die jährlich erscheinenden Berichte über die Durchführung des Death with Dignity Act finden sich hier: Oregon: <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ar-index.aspx> [Abruf: 24.11.2016].

⁶ Quelle: *Elizabeth Trice Loggers* u. a., Implementing a Death with Dignity Program at a Comprehensive Cancer Center, in: *New England Journal for Medicine* 368 (2013), 1417–1424.

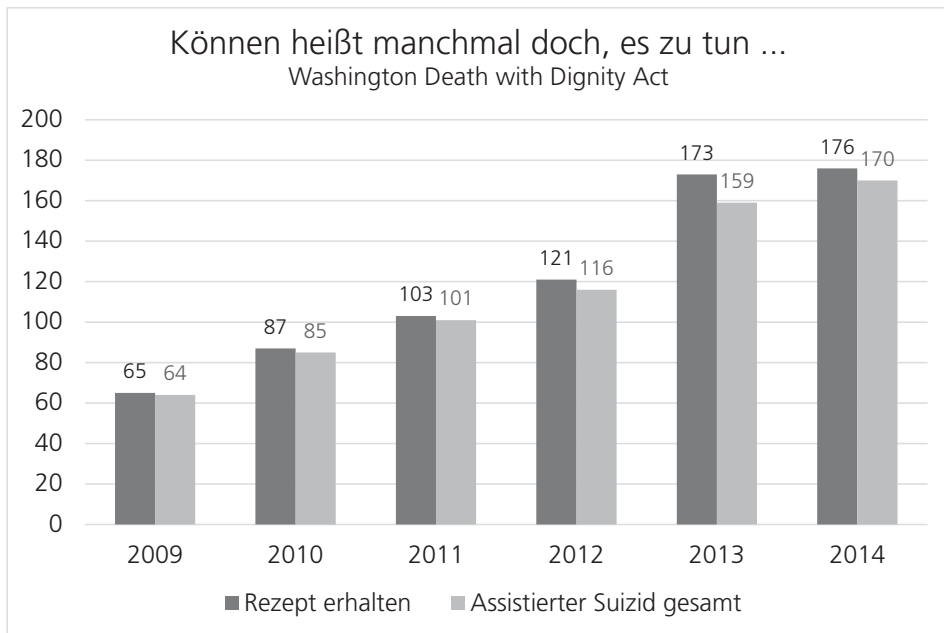


Abbildung 3: Zahl der ausgestellten Rezepte für tödliche Medikamente und der tatsächlich durchgeführten Suizide im Rahmen des Oregon Death with Dignity Act.⁷

freiverantwortlichen Suizids, den selbst einige evangelische TheologInnen für verantwortlich halten, für ethisch und juristisch sehr begrenzt relevant. Solange man eine universalistische Ethik und universale Grundrechte wie etwa die Menschenrechte für möglich hält oder gar postuliert – und ich tue das –, ist der ethische Pluralismus zwar eine Hürde, aber kein Argument. Über die Menschenrechte gibt es keinen weltweiten Konsens – wollen wir deswegen auf ihre weltweite Durchsetzung verzichten? Sie sind ja gerade wegen bestehender Dissense über ihre Geltung nicht nur formuliert, sondern demonstrativ proklamiert worden. Zudem scheint mir das zumindest implizite Plädoyer für einen Verzicht des Staats auf ethische und juristische

Bewertung des Suizids – konsequent zu Ende gedacht – den Einsatz für bestmögliche Suizidprävention ohne Begründung dastehen zu lassen: Aus welchem Grund sollte man freiverantwortliche Suizide verhindern, wenn man deren ethische Qualität nicht beurteilen will?

Was also wäre ein vernünftiges (!) Argument für einen Suizid? Nicht dement zu werden? Nicht in Windeln gepflegt werden zu müssen, wie es die US-Amerikanerin Brittany Maynard befürchtete, die sich im November 2014 das Leben nahm? Nicht an den Rollstuhl gefesselt zu sein? Anderen nicht zur Last zu fallen? Ober eben doch nur das eine: Extreme, nicht linderbare Schmerzen, die man nicht mehr aushält? Dieses letzte würde

⁷ Quelle: Washington State Department of Health 2016; die jährlich erscheinenden Berichte über die Durchführung des Death with Dignity Act finden sich hier: <http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/DeathwithDignityAct> [Abruf: 24.11.2016].

ich gelten lassen – bei allen anderen habe ich erheblich Zweifel.

In diesem Zusammenhang halte ich die Behauptung, der Suizid Schwerkranker bewirke „keinen Schaden für Angehörige“, weil innere Konflikte der Hinterbliebenen nicht signifikant häufiger seien als bei natürlich Verstorbenen,⁸ für stark vereinfachend. Insgesamt wird mir die soziale Bedeutung des Lebens eines Menschen zu wenig gewertet. Selbst wenn der Suizid nur für 10 % der Angehörigen extrem belastend wäre – wer gibt dem Sterbenden das Recht, diesen 10 % eine solche Last aufzuerlegen? Wohl höchstens die gut begründete Vermutung, dass seine eigene Last noch größer wäre. Damit wir uns recht verstehen: Ich will über niemanden urteilen, der am Lebensende Suizid begeht. Hier geht es nur um die Frage, ob die ethische Norm des Suizidverbots gut begründbar ist. Diese Frage bejahe ich aus den genannten Gründen.

Meine zweite Anfrage betrifft die *Beurteilung der ärztlichen Situation*: Der Vorschlag von Borasio-Jox-Taupitz-Wiesing recurriert auf ein Urteil des Verwaltungsgerichts Berlin vom 30. März 2012, das besagt, ein ausnahmsloses Verbot der Suizidbeihilfe wäre ein Verstoß gegen das Grundrecht der Gewissensfreiheit Art. 4 (1) Grundgesetz. Wenn „ausnahmslos“ meint, dass kein Gericht einen zum Suizid beihelfenden Arzt freisprechen darf, bin ich einverstanden. Wenn sich die Ausnahmslosigkeit aber auf eine eventuell vom Gesetzgeber einzuführende Norm beziehen sollte, und so habe ich das verstanden, wäre ich skeptisch, ob das Berliner Urteil in den höheren Gerichtsinstanzen hält. Die Respektierung der Gewissensfreiheit hat ihre

Grenze doch immer dort, wo es um unrechtmäßiges Handeln geht. Insofern frage ich mich, ob es sich hier nicht um ein Zirkelargument handelt: Weil die Suizidbeihilfe derzeit nicht verboten ist, sticht das Recht auf Gewissensfreiheit. Weil aber das Recht auf Gewissensfreiheit sticht, so der Schluss des Verwaltungsgerichts, darf kein Gesetz erlassen werden, das die Suizidbeihilfe verbietet.

Gewichtiger als die juristischen Finessen scheint mir allerdings eine Frage, welche die ÄrztInnen betrifft. Der vorgelegte Gesetzesvorschlag verlangt ihnen kommunikativ eine Menge ab. Sie sollen ergebnisoffen, aber zugunsten des Lebens beraten. Damit stünden sie in einer ähnlichen Spannung wie die Beraterinnen der Schwangerschaftskonfliktberatung. Während diese aber in höchstem Maße dafür ausgebildet wurden, haben die ÄrztInnen nur einen Crashkurs für ärztliche Kommunikation hinter sich. Wird sie die Beratung in puncto Suizid also nicht mehrheitlich weit überfordern?

Meine dritte und letzte Anfrage kreist um die *Einschätzung der Dambruchmöglichkeiten*. Es stimmt: Das Dambruchargument wird oft als Totschlagargument eingesetzt, ohne empirische Anhaltspunkte in den Raum gestellt und im Ausmalen der Folgen hoffnungslos übertrieben zu haben. Doch im Fall des ärztlich assistierten Suizids haben wir Zahlen, und die sollten wir genau studieren. In Oregon hat sich die Zahl der ärztlich assistierten Suizide von 24 im Jahr 1998 auf 105 im Jahr 2014 entwickelt. Das ist eine Vervierfachung im Lauf von 16 Jahren – allerdings auf niedrigem Niveau. Der Anteil ärztlich assistierter Suizide an allen Sterbefällen lag 2014

⁸ Gian Domenico Borasio / Ralf J. Jox / Jochen Taupitz / Urban Wiesing, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge im Leben (s. Anm. 2), 59

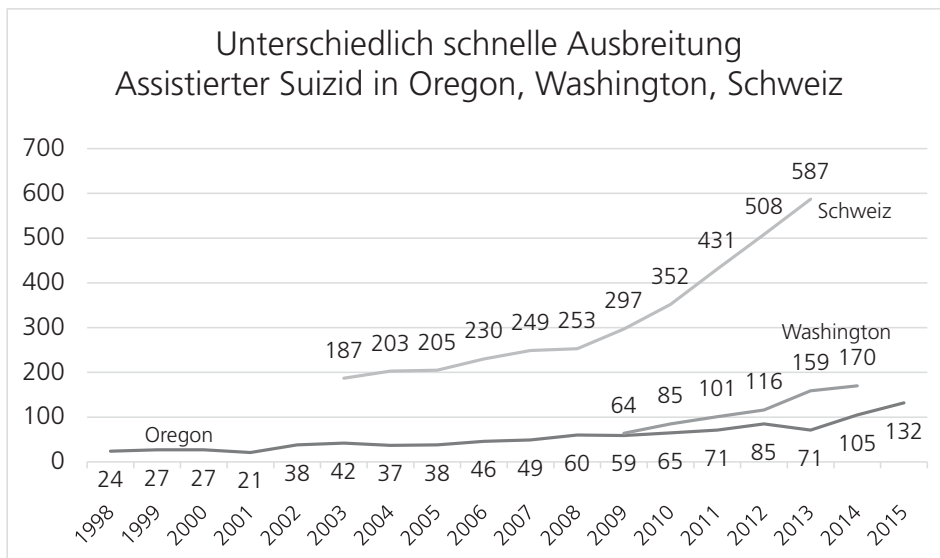


Abbildung 4: Fallzahlen des assistierten Suizids in den drei Ländern, die ihn und nur ihn ausdrücklich erlauben.⁹

bei 0,31 %. In Washington ist, wie die Abbildung 4 zeigt, der Zuwachs schon deutlich schneller, wobei die prozentuale Quote 2013 noch ähnlich hoch war wie in Oregon. Am schnellsten aber und auf dem mit Abstand höchsten Niveau steigt die Zahl assistierter Suizide in der Schweiz. 2012 waren es mit 508 Fällen bereits 0,8 % aller Todesfälle – Tendenz weiter und immer schneller steigend. Wohlgemerkt: Die Schweizer Statistik zählt nur Schweizer BürgerInnen – die „SuizidtouristInnen“ aus dem Ausland sind nicht eingerechnet.

Die deutlich schnellere Zunahme assistierter Suizide in der Schweiz, die man „Dammbruch“ nennen kann oder auch nur „Dammriss“, sehen Borasio-Jox-Taupitz-Wiesing. Sie vermuten als Ursache die

in der Schweiz fehlenden, in den beiden US-Staaten aber vorhandenen prozeduralen Regelungen für die Entscheidungsfindung. Das ist zweifelsohne ein Aspekt. Gerade wenn man ihn ernst nimmt, löst er aber zwei Folgefragen aus:

- Warum schlagen Borasio-Jox-Taupitz-Wiesing¹⁰ einen § 217 (2) StGB vor, der die Angehörigen und Nahestehenden als SuizidbeihilferInnen straffrei stellt? Das widerspricht dem gesamten Duktus ihrer Argumentation, die einerseits die nahen Angehörigen entlasten und andererseits eine strenge Prozeduralität als stärkstes Bollwerk gegen einen Dammbruch einführen will. Angehörigen kann man keine Prozeduren vorschreiben wie ÄrztInnen – wie sollen sie dann aber die Frei-

⁹ Quellen: Oregon Health Authority 2016, Schweizer Bundesamt für Statistik 2014, Washington State Department of Health 2016.

¹⁰ Gian Domenico Borasio / Ralf J. Jox / Jochen Taupitz / Urban Wiesing, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge im Leben (s. Anm. 2), 22.78–80.

verantwortlichkeit des Sterbenden feststellen, wenn diese doch die fundamentale Voraussetzung für die Straffreistellung ist? Dass nahe Angehörige in Deutschland bisher nicht strafbar waren, ist kein Argument – schon gar nicht, wenn man zurecht so viel Wert auf eine klare und nachvollziehbare Prozeduralität legt.

– Die Etablierung einer Prozedur wird nur greifen, wenn sie von den ÄrztInnen klar dokumentiert und von einer staatlichen Stelle engmaschig kontrolliert wird. Insofern wundert es mich etwas, dass der Vorschlag sich zu dieser Frage nicht weiter äußert, sondern alles einer Verordnung des Gesundheitsministers anheimstellt. Gerade wer die Prozeduralität als Schlüssel erachtet, müsste hier m.E. mehr liefern!

Abschließend komme ich noch einmal auf mögliche Gründe für die unterschiedliche Entwicklung in den USA und der Schweiz zurück. Neben der mangelnden Prozeduralität in der Schweiz erkenne ich dort auch eine völlig andere Mentalität, insbesondere mit Blick auf die Religion: Nach einer aktuellen, noch nicht publizierten Studie von Wolfgang Stronegger et al. 2015 in Österreich ist Religiosität (gleich welcher Konfession oder Religion) der mit Abstand stärkste Faktor dafür, dass Menschen gegen Tötung auf Verlangen und/oder Suizidbeihilfe sind. Die sogenannte Odds Ratio beträgt 5,1. Das heißt: Religiöse Menschen lehnen den assistierten Suizid und/oder die Tötung auf Verlangen 5,1-mal öfter ab als nichtreligiöse Menschen. Nun ist es kein Geheimnis, dass Religiosität in den USA viel stärker verbreitet ist als in Europa.¹¹ In „God’s own country“ gibt es folgerichtig eine viel größere Zu-

stimmung zur Verwerflichkeit des Suizids allgemein und zur Problematizität des assistierten Suizids im Besonderen.

Diese ethisch restriktivere Haltung, so meine abschließende These, eröffnet Spielräume, die man ohne sie nicht hat. Denn wenn alle sich darauf verlassen können, dass man mit dem assistierten Suizid höchst vorsichtig umgeht, können sie ihn im Grenzfall viel leichter zulassen. Ein Dammbruch ist dann weit weniger zu befürchten. Der von Borasio-Jox-Taupitz-Wiesing immer wieder festgestellte europäische Dissens zum Suizid, der in Wirklichkeit wohl eher ein Verzicht auf seine prinzipielle Beurteilung ist, könnte also ein gewichtiges, vielleicht sogar das stärkste Argument dagegen sein, die Lösung des amerikanischen Nordostens unbesehen nach Europa zu importieren.

Wieder einmal klingt das berühmte, oft falsch interpretierte „Böckenförde-Diktum“ an: „Der freiheitliche, säkularisierte Staat lebt von Voraussetzungen, die er selbst nicht garantieren kann. Das ist das große Wagnis, das er, um der Freiheit willen, eingegangen ist. Als freiheitlicher Staat kann er einerseits nur bestehen, wenn sich die Freiheit, die er seinen Bürgern gewährt, von innen her, aus der moralischen Substanz des einzelnen und der Homogenität der Gesellschaft, reguliert. Andererseits kann er diese inneren Regulierungskräfte nicht von sich aus, das heißt mit den Mitteln des Rechtszwanges und autoritativen Gebots zu garantieren suchen, ohne seine Freiheitlichkeit aufzugeben und – auf säkularisierter Ebene – in jenen Totalitätsanspruch zurückzufallen, aus dem er in den konfessionellen Bürgerkriegen herausgeführt hat.“¹²

¹¹ Zuletzt Detlef Pollack / Gergely Rosta, Religion in der Moderne. Ein internationaler Vergleich (Schriftenreihe Religion und Moderne 1), Frankfurt a. Main 2015, 327–436.

¹² Ernst-Wolfgang Böckenförde, Staat, Gesellschaft, Freiheit, Frankfurt a. Main 1976, 60.

4 Epilog

„Mein Ende gehört mir!“ So propagierten es im November 2014 die BefürworterInnen einer Freigabe des ärztlich assistierten Suizids. Ich denke, es ist klar geworden, dass man es sich so einfach nicht machen darf. Darin sind Borasio-Jox-Taupitz-Wiesing und ich uns jedenfalls einig. Die Ziele verbinden uns, der Weg dorthin bleibt schwierig und strittig.

Der Autor: *Univ.-Prof. Dr. Michael Rosenberger, geb. 1962, ist seit 2002 Inhaber des Lehrstuhls für Moralthologie an der Katholischen Privat-Universität Linz. Wichtige Veröffentlichungen neben den hier zitierten: Im Brot der Erde den Himmel schmecken. Ethik und Spiritualität der Ernährung, München 2014; Im Geheimnis geboren. Einführung in die Theologie des Gebets, Würzburg 2012; Wege, die bewegen. Eine kleine Theologie der Wallfahrt, Würzburg 2005.*