



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit:

„Sterbehilfe und Sterbebegleitung – aus philosophisch-ethischer Sicht betrachtet“

Verfasserin:

Judith Kappel

angestrebter akademischer Grad:

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, März 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 190 347 299

Studienrichtung lt. Studienblatt: Philosophie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Josef Rhemann

I. Inhaltsverzeichnis

II. Einleitung	3
III. Theoretische Konzepte	7
1. Was ist Ethik?	9
1.1 Moral und Ethik	10
1.2 Recht und Ethik	12
1.3 Medizin – Ethik	13
2. Was ist der Mensch?	14
2.1 Anthropologischer Ansatz	15
2.1.1 Das Wesen des Menschen nach Plessner.....	16
2.2. Menschenwürde und Menschenrechte.....	23
2.2.1 Menschenrechte und Menschenpflichten.....	27
2.3. Was ist Handeln?	28
2.3.1. Der Kategorische Imperativ nach Kant.....	30
IV. Hauptteil	35
3. Sterbehilfe und Sterbebegleitung.....	37
3.1 Wortherkunft Euthanasie und Sterbehilfe.....	37
3.2 Sterben und Tod.....	39
3.3 Definition der Arten der Sterbehilfe	42
3.3.1. Hilfe beim Sterben / passive Sterbehilfe.....	44
3.3.2. Hilfe zum Sterben / aktive Sterbehilfe.....	44
4. Autonomie und Paternalismus	46
4.1 Anfänge der Autonomie.....	46
4.2 Definition des Begriffs Autonomie.....	47
4.3 „prima-facie“- Recht.....	47

4.4 Autonomie und Sterbehilfe.....	53
5. Arzt–Patienten–Verhältnis.....	54
5.1 Modelle des Arzt–Patienten–Verhältnis.....	56
6. Rechtslage.....	58
7. Ethische Begründungen.....	59
7.1 Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe	59
7.1.1 Deskriptive Unterscheidung.....	59
7.1.2 Ethische Beurteilung einer Handlung.....	62
7.1.3 Rechtfertigungsprinzipien von Tötungshandlungen.....	63
7.2 Aktive Sterbehilfe.....	69
7.2.1 Gründe für die freiwillige aktive Sterbehilfe.....	69
7.2.2 Gründe gegen die freiwillige aktive Sterbehilfe.....	70
7.2.3 Suizid und assistierter Suizid.....	75
7.3 Passive Sterbehilfe.....	81
7.4 Terminale Sedierung.....	83
8. Patientenverfügung.....	85
8.1 Verbindliche Patientenverfügung.....	87
8.2 Beachtliche Patientenverfügung.....	89
8.3 Vorsorgevollmacht	89
8.4 Beurteilung der Patientenverfügung.....	91
V. Zusammenfassung	93
VI. Bibliographie	96
VII. Abstract	101
VIII. Lebenslauf.....	103
IX. Anhang	104

II. Einleitung

Sterben – Tod – Sterbehilfe – Sterbebegleitung – Euthanasie: Diese Worte prägen die Diskussionen und Debatten rund um das Thema „Sterben“ in unserer heutigen Zeit. Doch geht es heute meist nicht mehr primär um den Tod, sondern um das Sterben – nämlich um das gute und menschenwürdige Sterben.

Dass dieses Thema nicht an seiner Aktualität verloren hat, zeigt auch eindeutig die Tatsache, dass es bei der Suchmaschine Google 6 920 000 Einträge für das Wort "Sterben" und immerhin 247 000 für das Wort "Sterbehilfe" gibt.

Dies zeigt auch, dass das Thema Sterben und Tod in unserer heutigen Gesellschaft kein Tabuthema mehr darstellt, sondern es gewinnt viel mehr noch an Wichtigkeit – häufig durch diverse Einzelfälle, in denen schwerkranke Menschen auf Sterbehilfe plädieren und somit in einigen europäischen Ländern die Öffentlichkeit beschäftigen.

Hat man sich früher mehr mit dem Thema Tod beschäftigt, mit den Fragen, was nach unserem Tod passiert, so steht heute im Mittelpunkt der Diskussion das Thema Sterben.

Doch was macht dieses Sterben so aktuell?

Klie und Student haben in ihrem Buch „Sterben in Würde“ dazu fünf Merkmale¹ aufgelistet:

1. In der heutigen Zeit leben die Menschen länger, das heißt wiederum, dass wir auch mit mehr älteren Menschen zusammenleben. Viele unter uns haben schon Menschen bis zu ihrem Tod begleitet – somit wird das Thema Sterben und Tod zu etwas „alltäglicherem“, zu etwas, mit dem wir uns auseinandersetzen beziehungsweise zu etwas, mit dem gewisse Erfahrungen verbunden sind.

¹ Vgl.: Klie, Student 2001, S. 20 - 25

2. Die Vergangenheit war geprägt von einer ars moriendi, die Gegenwart ist geprägt von einer friedlichen und eher sicheren Gesellschaft ohne Krieg und Gewalt und von einer immer mehr voranschreitenden Medizin, die dafür verantwortlich ist, dass man das Lebensende immer mehr hinauszögern und die Schmerzen verhindern kann. Dadurch können wir uns „getrost“ mit der Frage auseinandersetzen: „Wie wollen wir sterben?“. Es geht also heute darum, dass man schon vorsorglich plant, wie wir unser Leben beenden wollen.
3. Die Denkweise unserer Gesellschaft war einem Wandel unterzogen – glaubten früher viele Menschen an die Religion, an Gott und an ein Leben nach dem Tod, so ist dies heute für einen Großteil der Bevölkerung nicht mehr der Fall. Hatte man früher Angst vor dem Tod, so ist heute an diese Stelle die Angst vor dem Sterben getreten. Dahingehend setzen sich die meisten Menschen nicht mehr mit dem auseinander, was nach dem Sterben folgt. Durch diese moderne Sichtweise wird aber unser Leben eigentlich verkürzt – das heißt, dass wir durch die Voraussetzungen der Gesellschaft und der Medizin zwar länger leben, aber dadurch, dass wir uns von den Vorstellungen gelöst haben, dass es ein Leben nach dem Tod gibt, endet unser Leben somit endgültig mit dem Tod.
Dadurch bekommt das Thema Sterben und Tod eine andere Tragweite, denn, wenn wir über das Sterben sprechen, dann zugleich mit der Konnotation der „Endlichkeit“.
4. Es ist die Angelegenheit jedes Einzelnen, wie er leben und auch sterben will. Die Ablösung von den religiösen Bindungen und Traditionen und das Überwinden der Klassen-, und Ständegesellschaft haben zum Ergebnis, dass sich jeder Mensch individuell mit dem Tod und dem Sterben auseinandersetzen kann und somit auch muss.

5. „Früher haben die Experten entschieden, heute haben sie sich dem Willen des Sterbenden zu unterwerfen.“²

Es ist nichts neues, dass man sich als Kranker einem Arzt anvertraut. Doch hat sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient verändert. Haben sich die Menschen früher den Professionellen untergeordnet und an ihnen orientiert, so ist der heutige „moderne, selbstverantwortliche und selbstkontrollierende und sich der Vernunft unterwerfende Mensch“³ selber gefragt

Entscheidungen zu treffen, sei es, wenn es um Behandlungsabbruch oder Behandlungsverzicht geht oder darum, welche Behandlung der Patient unter den gegebenen Möglichkeiten bevorzugt.

Geht es um das Thema Sterben, so sind heute damit auch die Themen Wille, Autonomie, Selbstbestimmung des Patienten, ... verbunden.

Es geht mir im Folgenden nicht darum, dass ich entweder für die Gegner oder für die Befürworter der Sterbehilfe Partei ergreife. Auch möchte ich kein neues Konzept zu einem „guten Sterben“ entwerfen.

Mir geht es darum, zunächst in einem Theorieteil zu klären, was denn überhaupt Ethik beziehungsweise ethisch zulässig und ethisch verwerflich bedeutet. Darüber hinaus kläre ich den Begriff des Menschen (vor allem anhand Plessner), die damit verbundene Menschenwürde und was es überhaupt bedeutet, moralisch als Mensch zu handeln.

In meinem Hauptteil widme ich mich zunächst den verschiedenen Arten der Sterbehilfe und Sterbebegleitung, indem ich sowohl auf rechtliche, als auch auf ethische Aspekte zu sprechen komme.

² Klie, Student 2007, S. 25

³ Klie, Student 2007, S. 24

III. Theoretische Konzepte

1. Was ist Ethik?

In unserer heutigen Gesellschaft werden die Begriffe, wie „Ethik“, „Recht“ und „Moral“, häufig gleichgesetzt beziehungsweise besteht die Tendenz sie zu vermischen.

Daher sollen nun in einem ersten Schritt diese Begriffe kurz erklärt und „durchleuchtet“ werden.

Der Begriff „Ethik“ wurde erstmals von Aristoteles im Buch „Ethika Nikomacheia“ verwendet. Für Aristoteles galt die Ethik als eine eigenständige philosophische Disziplin, die er von den Disziplinen der theoretischen Philosophie unterschied. Diese praktische Philosophie beschäftigt sich mit menschlichen Handlungen und ihren Produkten.

So umfasst seine „Nikomaschische Ethik“ auch eine Theorie des Handelns *„und erhebt den Anspruch, den Schüler der Ethik so über sein Tun aufzuklären, daß er lernt, das Gute immer besser zu tun und sich dadurch immer als ein guter Mensch zu erweisen.“*⁴

Der Ursprung des Begriffs „Ethik“ gründet hierbei aus dem Griechischen „ethos“ und wird mit „Sitte und Gewohnheit“ übersetzt.

In der heutigen Zeit wird in unserem Sprachgebrauch „Ethik“ oft mit *„gängiger moralischer Überzeugung“*⁵ gleichgesetzt, wobei der Ursprung hier beim Lateinischen Wort „mos“ liegt, was wiederum so viel wie „Sitte und Gewohnheit“ bedeutet. Die durch die Gleichsetzung entstandenen Synonyme „moralisch“ und „ethisch“ charakterisieren somit das sittlich Gute beziehungsweise bezeichnen „unmoralisch“ und „unethisch“ das sittlich Schlechte.

In den aktuellen Ethikdiskussionen der Philosophie und der Theologie wird jedoch zwischen den diversen Begriffen differenziert. „Ethik“ wird dabei als eine Fachdisziplin verstanden, die moralische Begriffe klärt, ethische Theorien entwickelt und ethische Normen rechtfertigt.

⁴ Pieper 2007, S. 24

⁵ Knoepffler 2010, S.17

Die „Moral“ hingegen bezeichnet entweder gesellschaftliche Konventionen, oder Normen, Ideale und Werte im Rahmen einer ethischen Theorie. Somit ist ein einzelner Bürger dann als „moralisch“ anzusehen, wenn seine eigenen Einstellungen mit den gesellschaftlichen Konventionen oder mit den Normen und Werten einer ethischen Theorie konform laufen.

Der dritte zu unterscheidende Begriff ist der Begriff des „Rechts“. Dabei handelt es sich um, in der Gesellschaft durchsetzbare und gerechte Normen, die verbindlich und grundsätzlich strafbar sind.⁶

1.1 Moral und Ethik

Wie schon oben (Punkt 1) erwähnt, ist zwischen den beiden Begriffen Moral und Ethik zu unterscheiden.

Moral (aus dem Lateinischen „mos“ = Sitte) beziehungsweise Ethos (aus dem Griechischen „ethos“ = Gewohnheit, Charakter, Sitte) *„bedeutet eine durch ein gewisses Maß an Reflexion gekennzeichnete konkret-geschichtliche Form sittlich bestimmten menschlichen Miteinanderlebens – die gelebte sittliche Überzeugung einer Gruppe, Gesellschaft, Epoche.“*⁷

Darin enthalten sind gesellschaftliche und persönliche Handlungsregeln, Grundhaltungen, Wertvorstellungen – diese ermöglichen ein gelingendes Leben.

Moral bedeutet also, dass es sich dabei um verbindliche Normen und Werte handelt, die entweder als Gebote oder als Verbote an die Handelnden in einer Gemeinschaft appellieren.⁸

Ein Ethos ist beispielsweise das ärztliche Berufsethos, das Normen und Wertvorstellungen dieser einen bestimmten Berufsgruppe widerspiegelt, die eingehalten werden müssen, da sie sanktioniert werden können.

Ein solches Berufsethos ist auf zweifache Weise als sinnvoll zu erachten:

⁶ Vgl.: Knoepffler 2010, S. 18-19

⁷ Pöltner 2006, S. 17

⁸ Vgl.: Pieper 2007, S. 32

Erstens kann es innerhalb der Berufsgruppe dazu dienen, dass individuelles moralisches Handeln auf eine gewisse Art und Weise entlastet wird; und zweitens dient es dazu Informationen nach außen zu tragen, um der Gesellschaft zu verdeutlichen, was sie von dieser Berufsgruppe erwarten kann und darf.

Da dieses Berufsethos in Rechtsprechungen herangezogen werden kann, ist es notwendig, es aus ethischer Sicht immer wieder neu zu hinterfragen und zu formulieren.⁹

Ethik dagegen ist „die philosophische Wissenschaft des Ethos“¹⁰. Sie reflektiert methodisch-kritisch das Ethos und das von ihm geleitete menschliche Handeln unter der Differenz von gut und böse. Die Aufgabe der Ethik besteht dabei darin, dass sie die Gründe des Handelns prüft – das heißt, ob es sich um gute und vertretbare Gründe handelt oder nicht.

Zusammenfassend ist die Ethik erstens eine sittlich-praktische Disziplin, denn „*Ethische Reflexion wird nicht um des Willens willen, sondern um des Handelns willen betrieben*“.¹¹

Das Ziel der Ethik ist also immer das Handeln.

Zweitens ist die Ethik durch ihre „praktische Seite“ eine Disziplin der praktischen Philosophie und daher keine Geisteswissenschaft, da diese theoretische Fachwissenschaften sind.

Daraus resultiert, dass Ethik drittens eine normative Wissenschaft ist, denn die Ethik interessiert sich einerseits dafür, wie Menschen handeln sollen und auf der anderen Seite beschreibt die Ethik nicht, wie Menschen de facto handeln.

Der Zusammenhang zwischen Moral und Ethik besteht nun also darin, dass die Ethik die Moral befragt beziehungsweise reflektiert, indem sie die bereits verankerten Normen und Ideale im Ethos überprüft.

Das heißt wiederum, dass die Moral beziehungsweise das Ethos schon vor der Ethik existiert, denn der Mensch kann auch ohne Ethik sittlich handeln. Jedoch müssen tatsächliches und sittlich zu verantwortendes Handeln nicht schon von Anfang an

⁹ Vgl.: Bobbert 2002, S. 49 - 50

¹⁰ Pöltner 2006, S. 17

¹¹ Pöltner 2006, S. 18

deckungsgleich verlaufen. Aus diesen Gründen heraus resultiert, dass es keine Ethik ohne Ethos, aber auch kein Ethos ohne Ethik gibt.¹²

1.2 Recht und Ethik

Unter Recht versteht man „Wert- und Normkompromisse“, in Form eines Gesetzes – dabei handelt es sich um „verbindliche, ordnungsgemäße und grundsätzliche sanktionierbare Normen“¹³.

Das Verhältnis von Ethik und Recht besteht aus Gemeinsamkeiten, aus Unterschieden und aus dem Prinzip der Angewiesenheit.

Die Gemeinsamkeit von Ethik und Recht besteht darin, dass sie beide normative Wissenschaften sind, das heißt, dass sie daran interessiert sind, wie gehandelt werden soll.

Zu unterscheiden sind sie dadurch, dass das Recht Sanktionen unternehmen kann. Dies steht der Ethik nicht zu, da sich diese letztlich nur auf das Gewissen berufen kann.

Außerdem ist nicht alles, was rechtlich erlaubt ist, auch ethisch vertretbar. So gibt es zum Beispiel Gesetze, die ethisch nicht wirklich für gut geheißen werden, da sie sich nicht mit dem Gewissen vereinen lassen. Daher prüft man auch, ob Gesetze gerecht sind oder nicht, nicht mit Hilfe des Rechts, sondern anhand der Ethik.

Dies ist auch der Grund dafür, warum das Recht die Ethik nicht ersetzen kann – daher sind Ethik und Recht auch aufeinander angewiesen.

Denn auf der einen Seite braucht das Recht die Ethik. So muss man sich beispielsweise auf ethische Überzeugungen berufen, wenn neue rechtliche Richtlinien durch neue medizinische Handlungsmöglichkeiten erforderlich sind.

Auf der anderen Seite ist aber die Ethik bei ihrer Durchsetzung auch auf das Recht angewiesen.

¹² Vgl.: Pöltner 2006, S. 17-20

¹³ Knoepffler 2010, S. 19

Das heißt, dass das Recht die Rahmenbedingungen setzt und der Ethik somit innerhalb dieses Rahmens ein Spielraum bleibt, um bei Einzelfällen gerecht handeln zu können, was vor allem im medizinischen Sektor eine wichtige Rolle spielt.¹⁴

1.3 Medizin – Ethik

Laut Pöltner¹⁵ handelt es sich bei der Medizin-Ethik um die methodisch-kritische Reflexion von Handlungen, die entweder mit gut oder böse bewertet werden können. In der Medizin-Ethik geht es um Handlungen und Haltungen im Bereich der Medizin, die auf den allgemein anerkannten sittlichen Grundüberzeugungen beruhen. Die Medizin-Ethik umfasst daher alle ethischen Probleme auf dem Gebiet der Gesundheit und des Gesundheitswesens. Das heißt ihre Belange betreffen nicht nur das Handeln der Ärzte und der Krankenpfleger, nicht nur das Verhalten der Patienten, sondern auch, wie der Bereich des Gesundheitswesens organisiert wird.

Zu den häufigsten Problemen einer Medizin-Ethik zählen in unserer heutigen Zeit die folgenden:

- Schwangerschaftsabbruch
- Euthanasie
- Apparatemedizin
- Humanexperimente
- Künstliche Erzeugung von Menschenleben
- Gehirnchirurgie
- Organverpflanzung
- Informationspflicht
- Paternalismus¹⁶

¹⁴ Vgl.: Pöltner 2006, S. 15-16

¹⁵ Vgl.: Pöltner 2006, S. 21-30

¹⁶ Vgl.: Pieper 2007, S. 93 - 94

Dabei geht es letztlich immer um Fragen ethischer Natur, die auch geklärt werden müssen, damit der Arzt in jedem einzelnen Fall eine Entscheidung nach bestem Wissen und Gewissen treffen und somit seine Handlung auch rechtfertigen kann.

Die Ziele im Bereich der Medizin-Ethik sind konform mit dem Ziel einer allgemeinen Ethik – das Ziel liegt im Handeln.

Dieses Handeln umfasst erstens, dass kranke Menschen geheilt werden. Zweitens sollen Leiden und Schmerzen erleichtert werden, wenn eine vollständige Heilung nicht mehr möglich erscheint. Außerdem zählen zu diesem Handeln auch die Prävention, also die Verhinderung von Krankheiten, und die Rehabilitation.

Dieses Handeln im Bereich der Medizin muss unter zwei verschiedenen, aber wiederum auch untrennbaren, Gesichtspunkten verlaufen. Denn es sollte hinsichtlich der „*pragmatischen Differenz von richtig und falsch*“ sachlich kompetent verlaufen und hinsichtlich der „*moralischen Differenz von gut und böse*“¹⁷ sittlich vertretbar sein.

2. Was ist der Mensch?

Ein großes Thema der Philosophie beziehungsweise der Ethik ist immer wieder „Der Mensch“ – wenn man sich mit Philosophie und Ethik auseinandersetzt, geht es letztlich immer um den Menschen.

Daher wird im Folgenden versucht zu erörtern, was überhaupt der Mensch ist, und wie die Philosophie den Menschen beschreibt.

Des Weiteren ist ein gewisses Menschenverständnis auch wichtig im medizinischen Bereich, denn jedes menschliche Handeln und somit auch das medizinische Handeln wird von einer bestimmten Vorstellung des Menschen beeinflusst. Was für den Menschen beziehungsweise für den Patienten gut ist, kann nur dann herausgefunden

¹⁷ Pöltner 2006, S. 25 - 26

werden, wenn eine gewisse Vorstellung des Menschen und des Wesens des Menschen besteht.

So spielt es einerseits eine wichtige Rolle im Arzt-Patienten-Verhältnis, welche Vorstellung vom Menschen existiert, und andererseits ist ein gewisses Menschenverständnis auch sinngebend für die allgemeine medizinische Forschung.

2.1 Anthropologischer Ansatz

Jede wissenschaftliche Betrachtung, bei der es um den Menschen geht, wird unter dem Namen „Anthropologie“ zusammengefasst.

In der philosophischen Anthropologie geht es um die Frage nach dem Wesen des Menschen.

Doch was ist nun das Wesen des Menschen? Darüber „streiten“ sich die verschiedenen anthropologischen Thesen, denn eine vertritt die Tatsache, dass der Mensch bloß ein reines Vernunftwesen ist, die andere spricht sich dafür aus, dass der Mensch ein Sinnwesen ist.

Der Mensch ist aber beides – er ist Geistwesen und zugleich auch Sinnwesen. Wie er aber zur Identität mit sich selbst kommen kann, haben zum Beispiel Philosophen wie Platon, Aristoteles, Descartes, Kant, Hegel, u.a. damit begründet, dass das Streben des Menschen nach Einheit mit sich selbst einen Prozess der Vergeistigung darstellt – das Leiblich-Natürliche wird überwunden – andere wiederum (Feuerbach, Schelling, Nietzsche, Schopenhauer) pochten darauf, dass dieser Prozess ein Prozess der Verleiblichung ist.¹⁸

In der modernen Anthropologie geht man nun von einer anderen Basis aus, nämlich von einer empirisch gesicherten und auch biologisch nachprüfbaren. Doch auch hier zeigt sich immer wieder der Dualismus von Leib und Geist, indem der Mensch als

- *„werdender Gott [...]*
- *als nicht eindeutiges Wesen, das als Rollenträger fungiert [...], oder*

¹⁸ Vgl.: Pieper 2007, S. 72 - 76

- *als biologisches Mängelwesen, das seine Triebenergie zu gestalten, seine nicht festgelegte Natur durch selbstentwickelte Führungssysteme wie Kultur und Moral zu formen vermag [...].*¹⁹

2.1.1 Das Wesen des Menschen nach Plessner

*„Jede Zeit findet ihr erlösendes Wort. Die Terminologie des 18. Jahrhunderts kulminiert in dem Begriff der Vernunft, die des neunzehnten im Begriff der Entwicklung, die gegenwärtige im Begriff des Lebens“*²⁰

Mit diesem Satz beginnt Helmut Plessner sein Buch „Die Stufen des Organischen und der Mensch“, in dem er eine philosophische Anthropologie entwickelte. Er deutete auf einen Wandel in der Philosophie hin, denn dominierte der Begriff der Vernunft im 18. Jahrhundert die philosophischen Auseinandersetzungen und im 19. Jahrhundert der Begriff der Entwicklung, so vollzog sich im 20. Jahrhundert der Wandel hin zu einem neuen Begriff – nämlich den Begriff des Lebens.

*„Bezaubern konnte nur etwas Unbestreitbares, das diesseits aller Ideologien, diesseits von Gott und Staat, von Natur und Geschichte zu fassen war, aus dem vielleicht die Ideologien aufsteigen, von dem sie aber ebenso gewiß wieder verschlungen werden: das Leben.“*²¹

Plessner versuchte die Verbindung zwischen Natur und Geist und die Stellung des Menschen neu zu bestimmen.

So ging er zunächst der Frage nach, wie es denn überhaupt zur Entwicklung des Geistes kommen kann und negiert dabei zugleich die alte Alternative Empirismus-Apriorismus – Theorie, die besagte:

¹⁹ Pieper 2007, S. 75

²⁰ Plessner 1975, S. 3

²¹ Plessner 1975, S. 4

„Entweder ist der Mensch mit allen seinen Eigenschaften, körperlich und geistig, das letzte Glied der organischen Entwicklung auf der Erde. Dann ist sein Bewußtsein, sein Gewissen, sein Intellekt, das Formensystem seines Geistes und damit seine Kultur ein Naturprodukt, das Resultat der Großhirnentwicklung, des aufrechten Ganges, bestimmter Veränderungen der inneren Sekretion usw. [...] Oder seine eigene Naturgeschichte in Verbindung mit der Geschichte der Organismen ist wie die ganze Natur eine Konstruktion des Menschen nach Maßgabe der apriorischen Grundformen seines Geistes und ihm Rahmen seines Bewußtseins.“²²

Laut Plessner wird bei diesen Theorien nicht geklärt, wie es überhaupt zur Entwicklung des Geistes kommen kann. Sie vertreten zwar jeweils andere Argumente, aber dennoch arbeiten sie mit dem gleichen Prinzip – eine Sphäre wird absolut gesetzt, einmal die physische und das andere Mal die spirituelle; die eine Sphäre ist dabei immer abhängig von der anderen. Woraus diese Abhängigkeit besteht, wird jedoch nicht geklärt.²³

Im Mittelpunkt der philosophischen Überlegungen soll also der Mensch stehen, aber nicht als Objekt einer Wissenschaft, auch nicht als Subjekt des Lebens, *„sondern als Objekt und Subjekt seines Lebens d.h. so, wie er sich selbst Gegenstand und Zentrum ist“*.²⁴

Plessner unterscheidet in seiner Anthropologie zwischen einem anorganischen und einem organischen Körper und zwischen dem Belebten und dem Unbelebten. Geht es um die Lebendigkeit, so unterscheidet sich der organische vom anorganischen Körper durch seinen positionalen Charakter oder durch seine Positionalität.²⁵

Dabei geht es um die Grenzen der Körper; so liegt diese Grenze bei den anorganischen Körpern zwischen Körper und Medium; bei den organischen Körpern, das heißt, bei den Lebewesen, gehört die Grenze dem Körper selbst an, *„der Körper*

²² Plessner 1975, S. 5

²³ Vgl.: Plessner 1975, S. 3-6

²⁴ Plessner 1975, S. 31

²⁵ Vgl.: Plessner 1975, S. 129

ist die Grenze seiner selbst und des Anderen und insofern sowohl ihm als auch Anderen entgegen“²⁶.

Dadurch, dass diesem Körper die Grenzen eigen sind, erscheint er als ein Körper, der über ihm hinaus und auch ihm entgegen ist. Dieses "Über ihm Hinaus" und "Ihm Entgegen" ist für Plessner nichts anderes als die anschauliche Präzisierung der Doppelaspektivität.²⁷

Diese Doppelaspektivität bestimmt Plessner dadurch, dass er die organischen Körper zunächst zu den physischen Dingen zählt, die sich dadurch auszeichnen, dass sie zwei Richtungen aufweisen: „*die Transgredienz vom Phänomen ´in` das Ding hinein und ´um` das Ding ´herum`*“²⁸:

„Die erste Richtung zielt auf den substantiellen Kern des Dinges, die zweite Richtung zielt auf die möglichen anderen Dingseiten. Zum reellen Bilde gehört diese doppelte Blickführung, wenn es als gegenwärtiges Ding wahrgenommen werden soll, und erst in dieser doppelt gerichteten Blickgebung erscheint das räumlich sinnliche Phänomen als kernhaft geordnete Einheit von Seiten, als Ding.“²⁹

Das Ding erscheint sozusagen in einem Innen- und einem Außenverhältnis, und genau diese spezifische Eigenschaft macht es zu einem lebendigen Körper. Die Doppelaspektivität muss dabei gegenständlich am Ding auftreten – das heißt, „*daß die erscheinende Gesamtheit des Dingkörpers als Außenseite eines unaufweisbaren Innern sich darbietet, welches Innere [...] nicht die Substanz des Dinges ist, sondern mit zu seinen [...] Eigenschaften gehört*“³⁰.

Um diese Richtung nach Innen und nach Außen verwirklichen zu können, bedarf es dem Dingkörper einer Grenze, die selbst neutral ist und auch den Ansatz in die diversen Richtungen ermöglicht.³¹

²⁶ Plessner 1975, S. 127

²⁷ Vgl.: Plessner 1975, S. 128

²⁸ Plessner 1975, S. 83

²⁹ Plessner 1975, S. 83

³⁰ Plessner 1975, S. 100

³¹ Vgl.: Plessner 1975, S. 100

Diese Grenzen liegen, wie oben erwähnt, bei den anorganischen Körpern zwischen Körper und Medium und bei den organischen Körpern liegt die Grenze am Körper selbst.

Der belebte Körper ist außerhalb und innerhalb seiner, denn *„als Körperding steht das Lebewesen im Doppelaspekt ineinander nicht überführbarer Richtungsgegensätze nach Innen (substantieller Kern) und nach Außen (Mantel der eigenschaftstragenden Seiten)“*³².

Der unbelebte Körper dagegen weist keine divergente Innen- Außenbeziehung auf, ihm ist seine Grenze nicht zu eigen. *„Er ist, soweit er reicht. Wo und wann er zu Ende ist, hört auch sein Sein auf. Er bricht ab.“*³³

Darüber hinaus erscheinen die lebendigen Körper als raumbehauptende Körper, im Gegensatz zu den unbelebten, die als raumerfüllende Körper in Erscheinung treten. Ein Lebewesen füllt damit nicht nur eine Stelle im Raum aus, sondern es behauptet einen Ort, nämlich seinen natürlichen Ort.³⁴

Ausgehend von der Positionalität beziehungsweise den Organisationsformen unterscheidet Plessner drei Arten des Lebens – erstens die offene Positionalität der Pflanze, die geschlossene des Tieres und die exzentrische Position des Menschen.

*„Offen ist diejenige Form, welche den Organismus in allen seinen Lebensäußerungen unmittelbar seiner Umgebung eingliedert und ihn zum unselbständigen Abschnitt des ihm entsprechenden Lebenskreises macht.“*³⁵

Die Pflanze als offene Form, ist somit zwar für ihre Umgebung aufgeschlossen, aber geht es um den Stoffwechsel und um die Fortpflanzung, so ist sie unmittelbar und unselbstständig in ihre Umwelt eingegliedert.³⁶

³² Plessner 1975, S. 128

³³ Plessner 1975, S. 129

³⁴ Vgl.: Plessner 1975, S. 131

³⁵ Plessner 1975, S. 219

³⁶ Vgl.: <http://www.fleig-fleig.de/anthropologie-43.html>

„Geschlossen ist diejenige Form, welche den Organismus in allen seinen Lebensäußerungen mittelbar seiner Umgebung eingliedert und ihn zum Selbständigen Abschnitt des ihm entsprechenden Lebenskreises macht.“³⁷

Mittelbar in seine Umgebung eingegliedert ist das Tier dadurch, dass es sich gegen seine Umgebung „abkammert“ und dadurch, dass es zwischen sich und der Umgebung Zwischenglieder einschalten kann. Dafür steht ihm lediglich sein Körper zur Verfügung.

Erst durch das sensomotorische Schema, die Organisationsidee des Tieres, werden alle Wesensmerkmale tierischen Lebens verwirklicht. Morphologisch gesehen, bildet das Tier seine inneren Flächen zu Organen und Organsystemen aus; die äußere Körperfläche dient als Trägerin der Sinnes- und Bewegungsorgane. Physiologisch gesehen besitzt das Tier die Fähigkeit zu Spontanbewegungen, die Fähigkeit auf eigene Organkreise verteilte Zirkulation, Atmung, Ernährung und Empfindung.

Durch diese Organisationsform steht der lebende Organismus nicht mehr direkt mit seiner Umwelt in Kontakt, sondern dies geschieht „bloß“ mittels seines Körpers.³⁸

„Das Lebewesen grenzt mit seinem Körper an das Medium, hat eine Realität ‘im’ Körper, ‘hinter’ dem Körper gewonnen und kommt deshalb nicht mehr mit dem Medium in direkten Kontakt.“³⁹

Dadurch gelangt der Organismus auf ein höheres Seinsniveau und der von der zentralen Repräsentation abhängige Körper wird Leib genannt.⁴⁰

Das Tier lebt daher „zentrisch“ - es hat ein Zentrum oder ortloses Selbst. Durch dieses besitzt es das Vermögen in Distanz zum eigenen Körper zu existieren und diesen so zu beherrschen.⁴¹

Dieses lebendige Ding, in der Art und Weise der geschlossenen Form, ist ein Selbst der besonderen Art, denn es handelt sich um ein rückbezügliches Selbst – es ist ein ihm gegenwärtiges. Dieser Organismus steht im Hier – „*seine Existenz ist ins Zentrum der eigenen Körperfülle gestellt*“⁴², doch dieses Hier ist ihm nicht gegeben, es ist ihm noch nicht gegenwärtig. Das Tier erkennt nicht sein Selber sein.

³⁷ Plessner 1975, S. 226

³⁸ Vgl.: Plessner 1975, S. 226 - 230

³⁹ Plessner 1975, S. 230

⁴⁰ Vgl. : Plessner 1975, S. 230 - 231

⁴¹ Vgl.: <http://www.fleig-fleig.de/anthropologie-43.html>

⁴² Plessner 1975, S. 239

„Das Tier lebt aus seiner Mitte heraus, in seine Mitte hinein, aber es lebt nicht als Mitte. Es erlebt Inhalte im Umfeld, Fremdes und Eigenes, es vermag auch über den eigenen Leib Herrschaft zu gewinnen, es bildet ein auf es selber rückbezügliches System, ein Sich, aber es erlebt nicht – sich.“⁴³

Das Tier verfügt somit nicht über die volle Reflexivität; diese ist erst dem Menschen, durch seine exzentrische Position, gegeben. Durch sein Selbstbewusstsein erkennt er die Zentralität seiner Existenz und kann sich so in Distanz zu sich selbst und seinem Umfeld setzen. Das heißt, dass der Mensch nicht nur lebt und erlebt, sondern er erlebt sein Erleben. Das Lebewesen ist ein „Ich“, denn es weiß um sich und es ist sich selber bemerkbar.⁴⁴

Der Mensch befindet sich dabei in einer Welt, die gleichzeitig Außenwelt, Innenwelt und Mitwelt darstellt. In diesen „Welten“ lebt der Mensch jeweils unter einem Doppelaspekt.

Die Außenwelt, die eine räumlich-zeitliche Ausdehnung darstellt, zeigt sich unter dem Doppelaspekt der Existenz von Körper und Leib. Der Mensch existiert als Körper, über den er durch seinen Leib verfügt.

Der Doppelaspekt in der Innenwelt zeigt sich durch die Seele und das Erlebnis. Das Lebewesen ist sich deshalb als Innenwelt gegeben, da es Distanz zu sich selber einnimmt. Innenwelt bedeutet somit die Welt im Leib beziehungsweise, was das Lebewesen selber ist.

Der Mensch erlebt und wird sich seiner Erlebnisse inne, wenn er in seinem Selbstsein aufgeht. Wie intensiv er dieses gestaltet, formt zugleich sein psychisches Leben. Erlebnisse prägen somit den Menschen und werden durch vorgegebene Eigenschaften der Psyche ermöglicht.

In der Innenwelt des Menschen ist der Doppelaspekt also durch die Seele, *„als vorgegebene Wirklichkeit der Anlagen, die sich entwickelt und Gesetzen unterworfen ist“* und durch das Erlebnis, *„als die durchzumachende Wirklichkeit des eigenen*

⁴³ Plessner 1975, S. 287

⁴⁴ Vgl.: Plessner 1975, S. 288 - 292

Selbst im Hier- Jetzt, worin mich keiner ersetzen und wovon mich keiner als der Tod lösen kann“⁴⁵, gegeben.

Erleben kann somit als der seelische Vollzug im Hier-Jetzt angesehen werden.

„Das ist der radikale Doppelaspekt zwischen der (bewußt gegebenen oder unbewußt wirksamen) Seele und dem Vollzug im Erlebnis, zwischen Notwendigkeit, Zwang, Gesetz geschehender Existenz und Freiheit, Spontaneität, Impuls vollziehender Existenz.“⁴⁶

Zu der spezifischen Eigenschaft des Menschen gehört nun auch das „Außer-sich-stehen“, dieses zeigt sich vor allem in der Mitwelt.

Die exzentrische Positionalität des Menschen, auf der Außenwelt und Innenwelt beruhen, hat zur Folge, dass jeder einzelne Mensch an sich selbst individuelles und eigenes Ich unterscheiden muss. Dies kann nur erfolgen, wenn der Mensch auf andere Personen trifft.

Diese Mitwelt umgibt aber nicht die Person, so wie es die Natur macht, sondern sie trägt die Person, die wiederum die Mitwelt trägt und sie bildet. Mit Mitwelt ist dabei nicht nur die soziale Sphäre der Mitmenschen gemeint, sondern die Sphäre des Geistes: *„Zwischen mir und mir, mir und ihm liegt die Sphäre dieser Welt des Geistes.“⁴⁷*

Somit unterscheidet Plessner den Geist von Seele und Bewusstsein:

„Seele ist real als die binnenhafte Existenz der Person. Bewußtsein ist der durch die Exzentrizität der personalen Existenz bedingte Aspekt, in dem die Welt sich darbietet. Geist dagegen ist die mit der eigentümlichen Positionsform geschaffene und bestehende Sphäre [...], ist jedoch realisiert in der Mitwelt, wenn auch nur eine Person existiert.“⁴⁸

Die Mitwelt bezeichnet Plessner somit als das reine Wir oder als den Geist. Den Geist hat der Mensch nicht so wie er seinen Körper und seine Seele hat, denn diese

⁴⁵ Plessner 1975, S. 296

⁴⁶ Plessner 1975, S. 299

⁴⁷ Plessner 1975, S. 303

⁴⁸ Plessner 1975, S. 303

„besitzt“ er nur dadurch, dass er selber Körper und Geist ist und sie auch lebt. Der Geist dagegen ist eine Sphäre; in dieser Sphäre stehen wir und durch diese können wir als Personen existieren.⁴⁹

„Person“ sein heißt für Plessner, wenn das menschliche Individuum positional dreifach charakterisiert ist, das heißt es lebt in dem Weltverhältnis von Außenwelt, Innenwelt und Mitwelt. *„Es ist das Subjekt seines Erlebens, seiner Wahrnehmungen und seiner Aktionen, seiner Initiative. Es weiß und es will.“*⁵⁰

2.2. Menschenwürde und Menschenrechte

Menschenwürde erhält oft den Anspruch der Basis ethischer Rechtfertigung.

Was ist nun Menschenwürde; wie wird sie definiert; und bildet sie die Grundlage der Menschenrechte?

*„Wie es den Russen geht, wie es den Tschechen geht, ist mir total gleichgültig. Das, was in den Völkern an gutem Blut unserer Art vorhanden ist, werden wir uns holen, indem wir ihnen, wenn notwendig, die Kinder rauben und sie bei uns großziehen. Ob die anderen Völker in Wohlstand leben oder ob sie verrecken vor Hunger, das interessiert mich nur so weit, als wir sie als Sklaven für unsere Kultur brauchen, anders interessiert mich das nicht. Ob die dem Bau eines Panzergrabens 10 000 russische Weiber an Entkräftung umfallen oder nicht, interessiert mich nur insoweit, als der Panzergraben für Deutschland fertig wird.“*⁵¹

Diese Aussage Himmlers vom 4. Oktober 1943, verdeutlicht die nationalsozialistischen Verbrechen gegen Menschen und gegen die Menschlichkeit im Allgemeinen, basierend auf zwei Prinzipien:

⁴⁹ Vgl.: Plessner 1975, S. 293 - 308

⁵⁰ Plessner 1975, S. 293

⁵¹ Knoepffler 2010, S. 65

1. *„Du bist nichts, dein Volk ist alles.*
2. *Die arische Rasse ist besonders kostbar, andere Rassen sind minderwertig oder sind gar zu vernichten.“⁵²*

Diese Prinzipien wurden 1948 von den Vereinten Nationen zum Anlass genommen, um das Prinzip der Menschenwürde in den Menschenrechtserklärungen zu deklarieren:

„Artikel 1

Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.

Artikel 3

Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

Artikel 5

Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.“⁵³

Die österreichische Verfassung enthält keine eindeutige grundrechtliche Bestimmung der Menschenwürde; das Allgemeine Bürgerliche Gesetzbuch führt dazu “lediglich” aus:

“Jeder Mensch hat angeborne, schon durch die Vernunft einleuchtende Rechte, und ist daher als eine Person zu betrachten. Sklaverei oder Leibeigenschaft, und die Ausübung einer darauf sich beziehenden Macht wird in diesen Ländern nicht gestattet.“⁵⁴

Vor allem die Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen gibt zu verstehen, dass das Prinzip der Menschenwürde als Prinzip einer grundsätzlichen

⁵² Knoepffler 2010, S.66

⁵³ Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 1948

⁵⁴ Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch 118/2002 § 16

Subjektstellung und als Prinzip einer grundsätzlichen Gleichheit aller Menschen angesehen wird.⁵⁵

Diese Menschenrechtserklärung schreibt also allen Menschen gleiche Würde zu. Pöltner⁵⁶ vergleicht diese Zuschreibung nicht mit einer Zuerkenntnis, für ihn ist sie Ausdruck einer Anerkenntnis. Denn es wird nicht von einem Menschenbild gesprochen, sondern ein Grundzug des Menschen wird dargestellt. Außerdem impliziert sie, dass der Mensch von Anbeginn seiner Existenz Würde „besitzt“ und diese im Frei-sein-Können des Menschen liegt.

Würde kommt demnach allen Menschen zu – unabhängig von Rasse, Geschlecht, Eigenschaften, Leistungen, u.a.

Mit der Menschenwürde sind die Grundrechte jedes Menschen verbunden: Recht auf Leben, Recht auf körperliche Unversehrtheit, Recht auf Religionsfreiheit, u.a. Würde kommt den Menschen also dadurch zu, dass sie Menschen sind.⁵⁷

„Die Würde ist mit dem Leben eines Menschen koextensiv, sie ist nicht teilbar, d.h. in keiner Phase seines Lebens ist ein Mensch ohne sie, er besitzt sie von Anbeginn des Lebens.“⁵⁸

Der Verlust der Würde geht nur einher mit dem Tod des Menschen und ist somit von anderen Würdekonzptionen zu unterscheiden:

Erstens wird sie unterschieden von der sozialen und verliehenen Würde, welche zum Beispiel einem Bischof verliehen wird, wenn seine ausgeübte soziale Rolle als würdevoll anerkannt wird.

Des Weiteren besteht ein Unterschied zur expressiven Würde – das gezeigte Verhalten eines Menschen in einer schwierigen Situation wird als würdevoll bezeichnet - , zur moralischen Würde – das Verhalten eines Menschen wird als würdevoll betrachtet, wenn es den moralischen Standards der Gesellschaft ent-

⁵⁵ Knoepffler 2010, S. 66

⁵⁶ Vgl.: Pöltner 2006, S. 49

⁵⁷ Vgl.: Knoepffler 2010, S. 69

⁵⁸ Pöltner 2006, S. 50

spricht - , und zur ästhetischen Würde – Kirchen oder sonstige Bauten werden als würdevoll erachtet, da sie in unserem Sinne für wertvoll gehalten werden.⁵⁹

Pöltner⁶⁰ fügt noch hinzu, dass die Basis der Würde darin liegt, dass der Mensch ein Wesen von Vernunft und Gewissen und ein Wesen der Freiheit ist.

Mit dem Begriff der Freiheit ist aber nicht der aktuelle Freiheitsvollzug gemeint, denn nicht jeder Mensch ist in der Lage, seine Freiheit zu vollziehen. Wenn es also heißt „alle Menschen sind mit der gleichen Würde und den gleichen Rechten geboren“ so meint dies, dass diese Freiheit im prinzipiellen Frei-sein-können liegt.

Betrachtet man nun die Anwendung des Prinzips der Menschenwürde so gilt, dass es universelle Gültigkeit beansprucht. Es gibt also keine Situation, keine Umstände, die dieses Prinzip außer Kraft setzen können. Es kann auch nicht, so wie andere Grundrechte, durch bestimmte Einschränkungen der Gesetze aufgehoben werden.

Menschenwürde ist somit die Basis aller Grundrechte der Menschen:

„[...], dass Würde das fundamentale Prinzip ist, in dessen Licht alle Politischen und rechtlichen Entscheidungen - [...] alle ethischen Entscheidungen – zu treffen sind.“⁶¹

Die Menschenwürde und mit ihr verbundenen Menschenrechte und Werte von Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden sind insofern wichtig, da sie Bedingungen schaffen, damit menschliches Leben überhaupt gelingen und in weiterer Folge auch geschützt werden kann.⁶²

⁵⁹ Vgl.: Knoepffler 2010, S. 69 - 70

⁶⁰ Vgl.: Pöltner 2006, S. 51

⁶¹ Knoepffler 2010, S. 71 (zitiert aus: Dicke, Klaus: The Founding Function of Human Dignity in the universal Declaration of Human Rights. In: D. Kretzmer/E. Klein, (Hg.): The Concept of Human Dignity in Human Rights Discours. Kluwer, Dordrecht 2002.)

⁶² Vgl.: Knoepffler 2010, S. 72

2.2.1 Menschenrechte und Menschenpflichten⁶³

Jedem Menschen kommt der Status des Subjekts und der prinzipiellen Gleichheit zu. Demzufolge kommen jedem Menschen auch die gleichen Rechte zu, die sogenannten Menschenrechte.

Diese lassen sich in zwei Kategorien unterteilen:

In den Abwehr- und Schutzrechten geht es um die Rechte der Religionsfreiheit, der Forschungsfreiheit, um das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Sie schützen also zum einen jeden einzelnen Bürger, zum anderen aber auch den Staat selbst.

Unter diese Kategorie fällt auch die Achtung und Respektierung des Patientenwillens; demnach darf kein Arzt einen Patienten gegen seinen Willen behandeln.

Die zweite Kategorie der Menschenrechte umfasst die Anspruchsrechte. Dazu zählen politische Partizipationsrechte, soziale Rechte und justizielle Rechte.

Ein Beispiel dafür wäre das Recht, dass jeder Bürger Anspruch auf den höchstmöglichen Gesundheitsstandard hat.

Doch diese Menschenrechte können untereinander in Konflikt geraten, so zum Beispiel bei dem Fall einer Notwehr: das Abwehr- und Schutzrecht des Opfers steht über dem Abwehr- und Schutzrecht des Täters; das heißt, dass das Abwehrrecht des Täters nicht mehr aufrecht erhalten werden kann.

Aus diesem Grunde sind diese Menschenrechte nur erfüllbar, wenn mit ihnen gewisse Menschenpflichten verbunden werden.

„Nicht nur haben alle Menschen aufgrund ihrer prinzipiellen Gleichheit einen Anspruch auf Gerechtigkeit, sie haben auch eine ethische Verpflichtung im Rahmen ihrer Möglichkeiten, an einer gerechten Welt mitzuwirken.“⁶⁴

Wir Menschen haben also auch eine Verpflichtung zur Gerechtigkeit, denn „wer beansprucht, aufgrund seines Subjektstatus zugleich als Gleicher geachtet zu

⁶³ Vgl.: Knoepffler 2010, S. 100 - 126

⁶⁴ Knoepffler 2010, S. 101 - 102

werden, hat auch die Verpflichtung, den anderen aufgrund dessen Subjektstatus als Gleichen zu achten.“⁶⁵

Hoeffe konkretisiert diese Prinzipien der Menschenwürde, Menschenrechte und Gerechtigkeit in Regeln, wobei ich zwei davon aufgreifen möchte:

1. Individualverträglichkeitsregel

Diese besagt, dass das ethisch geboten ist, was für den einzelnen Menschen zuträglich ist. Ethisch zu unterlassen ist hingegen, was dem Einzelnen mehr Schaden als Nutzen bringt. Vor allem aber sollten nicht die Grundrechte der Menschen verletzt werden, wie das Lebensrecht.

2. Sozialverträglichkeitsregel

Ethisch geboten ist das, was der Gerechtigkeit zwischen den einzelnen Menschen zuträglich ist; zu unterlassen ist, was wiederum den Menschen mehr Schaden zufügt als es ihnen Nutzen bringt. Dabei steht denen Menschen mehr Schutz zu, die am verletzlichsten sind. Den einzelnen Bürgern soll aber trotzdem die notwendige Freiheit gegeben werden, aber nur solange die Gerechtigkeit nicht verletzt wird.

2.3. Was ist Handeln?

In den vorhergehenden Punkten war immer wieder die Sprache von Handlungen – einerseits vonseiten der Ethik, die menschliche Handlungen reflektiert, andererseits vonseiten der Medizin-Ethik, deren Ziel das Handeln darstellt.

Nun stellt sich die Frage, was überhaupt Handeln bedeutet beziehungsweise was unter Handeln verstanden wird?

Einleitend wäre zu sagen, dass sich Handeln zwischen den Menschen abspielt und somit auch den Umgang mit Menschen betrifft.

⁶⁵ Knoepffler 2010, S. 102

„Handeln ist kein Naturereignis, sondern ein Freiheitsvollzug, ein zielgerichteter menschlicher Vollzug (actus humanus), der Absichten (Beweggründen) entspringt.“⁶⁶

Handeln ist demnach idiosynkratisch für den Menschen, das heißt Handlungen entspringen jeweils von jemandem. Daher sind wir Menschen auch für unsere Handlungen verantwortlich und können somit zur Rechenschaft gezogen werden.

Im Gegensatz dazu können aber Tiere für ihr Handeln nicht bestraft werden – daher handeln Tiere auch nicht, sondern sie folgen einem Instinkt. So wird beispielsweise eine Katze nicht dafür bestraft, wenn sie eine Maus tötet – denn sie begeht keinen Mord, sondern sie verfährt instinktiv.

Jede Handlung eines Menschen hat auch eine Ursache – diese ist eine notwendige, aber noch nicht zureichende Bedingung für ein Handeln, denn auch der Beweggrund einer Handlung spielt eine wichtige Rolle.

Ein Mensch handelt also demnach erst, wenn er dahinter eine bestimmte Absicht oder ein bestimmtes Motiv sieht.

Daraus leitet sich dann ab, dass nicht jeder menschliche Vollzug gleich eine Handlung darstellt.

Auch ein „Nicht-Handeln“ ist auf eine Art und Weise wiederum ein Handeln, denn wir können nicht nicht handeln, da wir durch unser Dasein, durch unser Leben handeln „müssen“.

Daher versteht man auch unter einem gezielten Unterlassen eine Handlung – ein Mensch handelt also, indem er entweder etwas tut, oder indem er etwas unterlässt.

Handeln kann demnach nicht als Synonym für „Tun“ stehen und gleichzeitig auch nicht das Gegenteil von „Unterlassen“ sein.⁶⁷

⁶⁶ Pöltner 2006, S. 34

⁶⁷ Vgl.: Pöltner 2006, S. 34-38

Auch für den amerikanischen Philosophen Alan Gewirth ist Handeln nicht nur ein Tun, sondern auch ein Unterlassen.

Denn er versteht unter Handeln „*ein freiwilliges und zweckgerichtetes Tun oder Lassen*“⁶⁸.

Freiwilligkeit meint dabei, dass der Handelnde aus eigenem Antrieb, das heißt ohne Zwang, eine Tätigkeit vollzieht und auch über die unmittelbaren Umstände dazu Bescheid weiß.

Unter Zielgerichtetheit wird verstanden, dass der Handelnde vorerst überhaupt einmal weiß, dass er handelt, dass er durch seine Handlung ein Ziel erreichen möchte. Außerdem muss der Handelnde über bestimmte allgemeine Fähigkeiten und Voraussetzungen verfügen, um überhaupt handeln zu können.⁶⁹

Zusammenfassend muss ein Handeln also ein Motiv, eine Absicht und einen Zweck, also ein Ziel beinhalten.

2.3.1 Der Kategorische Imperativ nach Kant⁷⁰

Kant geht in seiner Moral- und Rechtsphilosophie von der folgenden Frage aus: „Was soll ich tun?“.

Er versucht dabei ein allgemeingültiges Gesetz zu formulieren, nachdem jeder Mensch zu handeln hat. Dieses „Gesetz“ findet seine Verwendung im „Kategorischen Imperativ“, der lautet: „*Handle so, daß die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.*“⁷¹

Kant geht dabei von der Vernunft des Menschen aus und bezeichnet Vernunft allgemein als das Vermögen, den Bereich der Sinne, der Natur zu übersteigen. Dieses „Übersteigen der Sinne“ erfolgt beim Handeln durch den praktischen Gebrauch der Vernunft.

⁶⁸ Bobbert 2002, S. 157

⁶⁹ Vgl.: Bobbert 2002, S. 157

⁷⁰ Vgl.: Höffe 2007, S. 174 - 200

⁷¹ Kant 1915, S. 39

„Die praktische Vernunft [...] bedeutet die Fähigkeit, sein Handeln unabhängig von sinnlichen Bestimmungsgründen, den Trieben, Bedürfnissen und Leidenschaften, den Empfindungen des Angenehmen und Unangenehmen, zu wählen.“⁷²

Darüber hinaus stellt die praktische Vernunft das Vermögen „zu wollen“ dar; denn man soll nicht nach den vorgegebenen Gesetzen der Natur handeln, sondern soll sich selber Gesetze geben, diese als Prinzipien anerkennen und gemäß ihnen auch handeln. Um nach diesen Gesetzen handeln zu können, muss der Mensch über das Vermögen des Wollens verfügen. Dieses Vermögen stellt nichts anderes als den Willen dar, durch den sich Menschen von den Tieren unterscheiden. Tiere folgen zwar auch eigenen Handlungsimpulsen, aber sie folgen dem Willen der Natur und nicht ihrem eigenen Willen.

Kant betont dabei den guten Willen, der ohne Einschränkung gut ist.

Wie lässt sich nun der gute Wille definieren?

Dazu zieht Kant den Pflichtbegriff heran.

„Die Pflicht ist die Sittlichkeit in der Form des Gebots, der Aufforderung, des Imperativs.“⁷³

Es gibt nun drei Möglichkeiten, die sittliche Pflicht zu erfüllen:

Erstens kann es sein, dass man zwar die Pflicht befolgt, aber dann doch vom Selbstinteresse bestimmt wird.

Dann kann man pflichtgemäß handeln, wenn man zum Beispiel einem Menschen, der sich in einer Notsituation befindet, aus Sympathie hilft.

Und drittens kann man aus der Pflicht heraus handeln.

Bei den ersten beiden Konzeptionen kann man laut Kant nicht von einer Moralität sprechen, da die sittliche Pflicht nicht rein um der Pflicht willen erfüllt wird, sondern aus irgendwelchen anderen Beweggründen heraus. Sie sind daher nur pflichtgemäß; wenn die Pflicht selbst gewollt ist und auch als solche erfüllt wird. Erst dann spricht Kant von Moralität.

⁷² Höffe 2007, S. 178

⁷³ Höffe 2007, S. 182

Das heißt, dass die Moralität nicht an der Handlung abzulesen ist, sondern nur aus ihrem Bestimmungsgrund heraus, nämlich dem Wollen.

Der Wert einer Handlung liegt folglich nicht in den Beweggründen, sondern alleine in der Befolgung der Pflichten.

Mit dem Kategorischen Imperativ stellt Kant nun ein objektives Beurteilungskriterium für die Moralität auf.

Der Begriff „Imperativ“ meint dabei, dass es sich um ein „Sollen“ handelt; er schreibt uns damit vor, in einer bestimmten Weise zu handeln – vergleichbar mit Aufforderungen, wie wir zu handeln haben.

Kategorisch ist diese Aufforderung deshalb, weil sie die einzige Möglichkeit zu handeln darstellt, und somit ohne Einschränkung gültig ist.

Mit dem Kategorischen Imperativ fordert uns Kant auf, sittlich zu handeln und dieses sittliche Handeln liegt in verallgemeinerungsfähigen Maximen.

Maxime sind dabei subjektive Grundsätze des Handelns, die eine Willensbestimmung beinhalten, und mehrere praktische Regeln unter sich haben.⁷⁴

Wenn es sich um subjektive Grundsätze handelt, dann sind sie von einem Individuum zum anderen unterschiedlich. Geht es um Prinzipien, die der Handelnde selbst als die eigenen anerkennt, dann versteht man darunter die Grundsätze der Willensbestimmungen. Und unter den Grundsätzen, die mehrere Regeln unter sich haben, versteht man Maxime, die vorschreiben, wie man sein ganzes Leben zu führen hat.

Eine Maxime ist demnach das Prinzip wonach ich handle, oder die Absicht, warum ich in einer bestimmten Situation so und nicht anders handle.

Maxime ermöglichen mir also aus Pflicht zu handeln und somit sittlich und gemäß der Moralität zu handeln.

⁷⁴ Kant 1915, S. 24

Den Maximen gegenüber stellt Kant die objektiven praktischen Grundsätze, die für den Willen jedes vernünftigen Wesens gelten. Diese nennt er die „praktischen Gesetze“.

Im Kategorischen Imperativ geht es um verallgemeinerungsfähige Maxime. Die Allgemeinheit jeder Maxime ist eine subjektive und keine objektive, die für jedes Vernunftwesen gültig ist. Die Verallgemeinerung prüft, *„ob der [...] gesetzte subjektive Lebenshorizont auch als objektiver Lebenshorizont, als vernünftige Einheit einer Gemeinschaft von Personen, gedacht und gewollt werden kann.“*⁷⁵

Kant spricht sich folglich dafür aus, dass Menschen so handeln sollen, dass sie das Wohlergehen ihrer Mitmenschen in ihre Handlungsüberlegungen miteinzubeziehen haben. Der Mensch hat nicht nur Verbindlichkeiten gegenüber sich selbst, sondern auch gegenüber anderen. Das Prinzip der Verbindlichkeiten gegenüber sich selbst ist laut Kant die eigene Vollkommenheit, intellektuelle, emotionale und physische Fähigkeiten und die Moralität. Das Prinzip der Verpflichtungen gegenüber anderen nennt er die „Glückseligkeit“.

Die gesetzmäßige Allgemeinheit des Kategorischen Imperativs lässt keine Ausnahme zu, denn jede Ausnahme würde im Widerspruch zu der allgemeinen Gesetzmäßigkeit stehen.

Daher geht es Kant darum, die verschiedenen Maxime auf ihre Widersprüchlichkeit hin zu überprüfen. Ein Widerspruch lässt sich dabei im folgenden Beispiel erkennen: Macht man die Maxime, sich aus Lebensüberdruß zu töten, zu einem allgemeinen Gesetz, so stößt man auf einen Widerspruch. Lebensüberdruß zählt laut Kant zu den „Unlustempfindungen“. Diese können aber auch dazu beitragen, dass der Mensch sein Leben aufrechterhalten will (denn Unlustempfinden zeigen dem Menschen beispielsweise an, dass er Hunger hat; um seinen Hunger zu stillen, fängt der Mensch zu essen an). Somit hat dies zur Folge, dass dieselbe Empfindung eines Menschen für zwei widersprüchliche Handlungen bestimmt ist – einerseits für das Töten andererseits für die Aufrechterhaltung des Lebens.

⁷⁵ Höffe 2007, S. 194

Folglich stellt diese Gesetzmäßigkeit, die es ermöglicht aus demselben Grund entgegengesetzte Folgen abzuleiten, keine Gesetzmäßigkeit mehr dar und kann daher - laut Kant - von einem vernünftigen Wesen auch nicht gewollt werden.

Der Kategorische Imperativ stellt einen Imperativ der Freiheit dar. Nun stellt sich die Frage, wie diese Freiheit möglich ist, wenn darin eine Verpflichtung, ein Sollen ausgedrückt wird. Kant argumentiert demnach folgendermaßen: Der Mensch hat die Möglichkeit zu wählen, er kann sich seine Zwecke, die sein Handeln leiten, selbst setzen. Außerdem soll eine Handlung um ihrer selbst willen getan werden; das heißt, eine Handlung bestimmt sich selbst heraus – sie ist autonom.⁷⁶ Diese Autonomie wird im Kategorischen Imperativ zum Ausdruck gebracht, denn *„das vernünftige Handeln gibt sich selbst sein Gesetz. Die moralische Verpflichtung ist Selbstverpflichtung: Das Handeln verpflichtet sich auf seine eigene Gesetzmäßigkeit, nicht auf irgendeinen beliebigen Zweck.“*⁷⁷

⁷⁶ Vgl.: Kantschule Falkensee – Kants Theorie der Moral

⁷⁷ Kantschule Falkensee - Kants Theorie der Moral

IV. Hauptteil

3. Sterbehilfe und Sterbebegleitung

3.1 Wortherkunft Euthanasie und Sterbehilfe

In den meisten europäischen und angloamerikanischen Ländern steht der Begriff „Euthanasie“ synonym für Sterbehilfe. In den deutschsprachigen Ländern hingegen ist der Begriff mit einer negativen Nebenbedeutung versehen, in dem er oft mit *„Tötung von Menschen ohne- oder gar gegen deren Einwilligung und ohne dass sie im Sterben liegen“*⁷⁸ übersetzt wird.

Wenn man die Begriffsgeschichte betrachtet, hatte Euthanasie früher eigentlich gar nichts mit Sterbehilfe zu tun.

In der Antike stand Euthanasie zunächst für *„den guten, sanften Tod, der in der Gunst der Götter bzw. des Schicksals lag“*⁷⁹. Teilweise wurde damit auch ein ruhmreiches oder rechtzeitiges Sterben verbunden, indem man sterben sollte, bevor man geistig oder körperlich eingeschränkt ist.⁸⁰

Mit Beginn des Christentums ist der Begriff dann komplett verschwunden und tauchte erst wieder in der Neuzeit auf.

Der Philosoph Francis Bacon unterschied in seiner Schrift *„De dignitate et augmentis scientiarum“* zwischen einem äußeren sanften Tod (*„Euthanasia exteriore“*) – dieser unterlag der Pflicht der Ärzte, indem diese durch Medikamente die Todesqualen verringern und der Sterbende somit die Möglichkeit hat, sanft und ruhig vom Diesseits ins Jenseits überzugehen – und dem inneren sanften Tod (*„Euthanasia interiore“*) – dieser kann durch die richtige Vorbereitung der Seele erreicht werden, indem durch seelsorgerische Maßnahmen der Sterbende seelisch unterstützt wird.⁸¹

In der Aufklärung hatte die Euthanasie nun auch die Ärzte erreicht, indem sie zu einer zentralen medizinischen Aufgabe wurde. Der Begriff Euthanasie wurde zwar zu dieser Zeit schon mit dem Begriff der Sterbehilfe gleichgesetzt, doch war damit nicht die aktive Beendigung des Lebens gemeint. Zu diesem Verständnis der

⁷⁸ Häcker 2008, S. 29

⁷⁹ Häcker 2008, S. 29

⁸⁰ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 8

⁸¹ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S.8
Vgl.: Häcker 2008, S.29

Euthanasie kam es erst am Ende des 19. Jahrhunderts, denn hier verstand man nun darunter das Recht auf den eigenen Tod. Dies wurde wiederum als Synonym für das Recht auf Selbsttötung und das Recht auf Tötung auf Verlangen verwendet.

Bald darauf wurde der Begriff der Euthanasie beziehungsweise der Sterbehilfe ausgeweitet, indem nun nicht mehr nur der selbstbestimmte Tod damit gemeint war. Denn es stand auch zur Diskussion, ob nicht auch Behinderten und sozial Schwachen, welchen der Ruf eines „unwerten Lebens“ erteilt, dieser Tod zuteilwerden sollte.⁸²

Vor allem in der Zeit der Nationalsozialisten wurde der Begriff der Euthanasie zum Inbegriff eines „fürchterlichen Sonderwegs“⁸³. 1933 wurde mit der Machtübernahme der Rassismus zur Staatsdoktrin; die Euthanasieprogramme, die sogenannte „Vernichtung des lebensunwerten Lebens“ begann dann aber erst im Jahre 1939. Hier zu erwähnen wäre zum Beispiel die „berühmte“ Aktion T4 zur Euthanasie von behinderten Menschen. Aber nicht nur diese sind den Nationalsozialisten zum Opfer gefallen, auch unheilbar Kranke und vor allem auch kranke oder behinderte Kinder befanden sich unter diesen Reihen.

Insgesamt wurden dabei mindestens 150 000 sozial, körperlich und geistig Behinderte und Schwache getötet.⁸⁴

Der Begriff „Sterbehilfe“ hat im Gegensatz dazu eine weitaus kürzere Begriffsgeschichte, da er erst im 19. Jahrhundert zur Bezeichnung der „direkten, aktiven Sterbehilfe“ eingeführt wurde. Zur Zeit der Nationalsozialisten wurde der Begriff „Sterbehilfe“ in der Art verwendet, wie der Begriff „Euthanasie“; jedoch konnte er sich im deutschen Sprachraum besser von der negativen Konnotation befreien und zu einem Sammelbegriff für Maßnahmen werden, die einem Menschen zu einem möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterben verhelfen.⁸⁵

⁸² Vgl.: Häcker 2008, S. 28 - 31

⁸³ Heusser, Riggenbach 2003, S. 34

⁸⁴ Vgl.: Heusser, Riggenbach 2003, S. 31 - 35

⁸⁵ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 90 und S. 85

3.2 Sterben und Tod

Der Mensch unterscheidet sich von allen übrigen Lebewesen durch die Tatsache, dass er weiß, dass sein Leben irgendwann ein Ende hat.

Obwohl der Tod somit zum Leben des Menschen gehört, wird dieses Thema in unserer Kultur oft an den Rand gedrängt oder gar vollkommen ausgeblendet.

Auch eine Definition des Todes zu geben, ist mit Schwierigkeiten verbunden,⁸⁶ denn, wann ist ein Mensch wirklich tot?

„Das einzige was wir sagen können ist, dass der Tod durch die Abwesenheit von Leben gekennzeichnet ist, was sich an bestimmten Zeichen ablesen lässt.“⁸⁷

Diese Anzeichen des Todes waren früher vor allem der Herztod, also der Ausfall der Herztätigkeit, gefolgt von Todeszeichen wie Leichenstarre, Totenflecken oder Fäulnis.⁸⁸

Das Sterben hingegen lässt sich als ein Prozess des Lebens beschreiben, der mit dem Tod endet. Doch auch der Begriff des Sterbens entzieht sich einer klaren Definition. Gilt zum Beispiel ein Mensch als Sterbender, wenn mehrere lebenswichtige Organe irreparabel beeinträchtigt sind? Dies hat in vielen Fällen sicher ihre Richtigkeit – doch wie stellt sich dann der Fall dar, wenn durch den medizinischen Fortschritt Organe ersetzt werden können? Man denke dabei zum Beispiel bloß daran, dass bei einem Menschen die Nierenfunktion ausfällt, dieser aber durch Dialyse über einen langen Zeitraum gut behandelt werden kann. Niemand von uns würde einen Nierenkranken als einen Sterbenden bezeichnen.⁸⁹

Daher unterscheidet Barbara Häcker in ihrem Buch „Die ethischen Probleme der Sterbehilfe“⁹⁰ zwischen dem Begriff der Sterbehilfe und dem der Agonie. Letzterer bezeichnet dabei die letzte Phase des Sterbens, also den Todeskampf, der nur wenige

⁸⁶ Vgl.: Häcker 2008, S. 34

⁸⁷ Häcker 2008, S. 35

⁸⁸ Vgl.: Häcker 2008, S. 35

⁸⁹ Vgl.: Häcker 2008, S.35

⁹⁰ Vgl.: Häcker 2008, S. 35 - 36

Minuten, aber auch Tage oder Wochen andauern kann. Anzeichen der Agonie sind irreversible Beeinträchtigungen der Atem-, Herz- und Kreislauffunktion.

Doch auch hier zeigt Häcker Schwierigkeiten auf – denn auch der plötzliche Ausfall der Herztätigkeit kann unter Umständen durch Reanimation wieder hergestellt werden.

Das heißt, dass der Fortschritt der Medizin seinen Teil dazu beiträgt, warum es so schwierig zu definieren ist, wann der Prozess des Sterbens beginnt, beziehungsweise wann der Zeitpunkt des Todes eintritt.

Nicht zuletzt wird dies auch bei der gegenwärtigen Definition des Todeszeitpunktes eines Menschen, nämlich dem Hirntod, deutlich.

Hirntod bedeutet dabei der Ausfall des gesamten Gehirns – es spielt dabei auch keine Rolle, dass der Körper des Menschen durch technische Maßnahmen, zum Beispiel durch künstliche Beatmung, noch am Leben erhalten werden könnte.

Hierin liegt auch der Unterschied zu einem Wachkomapatienten, denn bei ihm ist zwar das Großhirn beeinträchtigt, aber das Stammhirn mit seinen lebenswichtigen Funktionen (z.B.: Atmung) ist nicht geschädigt.

Betrachtet man den Hirntod des Menschen, so wird deutlich, dass mit dem Tod wichtige Fähigkeiten des Menschen enden – so kann er nicht mehr denken, fühlen und handeln.⁹¹

Somit bleiben den Menschen nur mehr die Verunsicherung und die Angst, wenn sie mit dem Tod oder Sterben konfrontiert sind.

Diese Angst hängt aber nicht zuletzt wieder mit der modernen Medizin zusammen. Starben Menschen in der Vergangenheit schon an „Kleinigkeiten“, so können heute auch schwere Krankheiten über einen langen Zeitraum gut behandelt und somit auch überlebt werden.

Genau diese Vorstellung ruft in vielen Menschen wiederum Angst hervor, da sie befürchten, dass sie am Lebensende der Medizin hilflos ausgeliefert sind.

⁹¹ Vgl.: Häcker 2008, S. 36 - 37

„Bei der Frage nach der Sterbehilfe geht es also um die Festlegung von Grenzen: Grenzen der Technik wie des Handelns. Durch die zunehmende Technisierung und den damit verbundenen Wegfall natürlicher Grenzen ist es nun nicht mehr das Schicksal, das für den Tod eines Menschen verantwortlich gemacht werden kann. Vielmehr sind es die Entscheidungen und Handlungen von Menschen, die über Leben und Tod bestimmen.“⁹²

Die meisten Menschen haben genaue und bestimmte Vorstellungen von einem „guten Sterben“.

„Das gute Sterben [...]: ohne Schmerzen, ohne lange Leidensfrist, im Bewusstsein zu dieser Welt zu gehören – und Bedeutung für andere Menschen zu haben. Vergleichbar mit einem Einschlafen ohne Erwachen.“⁹³

Doch meist geht es eigentlich darum, dass sich gewisse Befürchtungen nicht realisieren, nämlich solche, die einem würdelosen und leidvollen Sterben gleichen. Diese Befürchtungen setzen sich meist zusammen aus der Angst vor Leiden und Schmerzen, aus der Angst vor dem Verlust von Würde und Selbstkontrolle und aus der Angst vor der Einsamkeit und Isolation.⁹⁴

1. Angst vor Leiden und Schmerzen

Trotz fortschreitender Medizin hat die Mehrzahl der Bevölkerung Angst davor, dass der Sterbeprozess von unendlichen Schmerzen begleitet wird. Doch denkt sie nicht nur daran, dass diverse Schmerztherapien vielleicht nicht ausreichend genug sind, um die Schmerzen fast vollkommen zu lindern – vielen Menschen macht es auch Angst daran zu denken, dass ihr Leben zum Beispiel durch Beatmungsmaschinen sinnlos verlängert werden könnte.

Doch auch die Angst der Angehörigen spielt eine bedeutende Rolle. Sie sind es, die nur sehr schwer ertragen können, wenn sie einen Verwandten oder Bekannten leidend und an Maschinen „hängend“ sehen müssen.

⁹² Häcker 2008, S. 40

⁹³ Klie, Student 2007, S. 27 - 28

⁹⁴ Vgl.: Klie, Student 2007 S. 28 - 33

2. Angst vor Verlust der Würde und Selbstkontrolle

„Nicht mehr der zu sein können, der ich einmal war und sein will, sondern in grundlegender Abhängigkeit zu anderen Menschen, mit einer möglicherweise sichtbaren Angst, anderen ausgeliefert zu sein.“⁹⁵

Unser Leben ist bestimmt von Autonomie und Selbstkontrolle – jeder Mensch kann sein Leben individuell nach seinen Wünschen gestalten, sofern er damit niemanden schadet.

Doch am Lebensende kann sich das alles ändern – sei es, dass andere über mich entscheiden, oder, dass ich Institutionen oder auch Menschen ausgeliefert bin.

Vor allem wird diese Angst noch dadurch verstärkt, dass man in den Medien immer wieder von menschenunwürdigen Situationen in Pflegeheimen oder Krankenhäusern hört.

3. Angst vor Einsamkeit und Isolation

Vor allem ältere und pflegebedürftige Menschen haben in unserer heutigen Gesellschaft Angst vor dem Sterben in Einsamkeit – Angst davor, im Sterbeprozess nicht begleitet zu werden. Dies rührt daraus, dass ihnen das Vertrauen zu Institutionen, zu Ärzten und Pflegern, oft auch zu der eigenen Familie fehlt.

3.3 Definition der Arten der Sterbehilfe

„Als Sterbehilfe kann jedes Verhalten angesehen werden, dessen Ziel es ist, das Sterben zu beschleunigen oder den Tod eines irreversibel Kranken bzw. Sterbenden zu bewirken, um ihn vor sinnlosem, unnötigem Leiden zu bewahren.“⁹⁶

⁹⁵ Klie, Student 2007, S. 30

⁹⁶ Häcker 2008, S. 23

Jedoch gibt es einen Unterschied darin, wie der Tod herbeigeführt wird, beziehungsweise, in welcher Art und Weise der Sterbebegleiter Einfluss nimmt – so reicht die Bandbreite von einer Spritze mit einer tödlichen Substanz, über lediglich zur Verfügung stellen dieser Substanzen, bis dahin, dass beispielsweise lebenserhaltende Maßnahmen abgebrochen werden.

Im Grunde genommen kann man zwischen zwei Hauptkategorien unterscheiden – nämlich zwischen der „aktiven“ und der „passiven“ Sterbehilfe.

Bei der aktiven Sterbehilfe kommt es, wie der Name schon sagt, zu einem aktiven Eingreifen auf den Patienten zur Beendigung des Lebens – die passive Sterbehilfe hingegen bezeichnet beispielsweise die Möglichkeit eines Therapieabbruchs oder eines Behandlungsverzichts, durch die der Tod des Patienten ermöglicht wird. Es handelt sich hierbei also um ein „Sterbenlassen“, wobei versucht wird, den Patienten schmerzfrei zu halten.

Darüber hinaus gibt es eine weitere Form der Sterbehilfe – die „indirekte“ Sterbehilfe. Sie bezeichnet eine unbeabsichtigte Beschleunigung des Todeseintritts durch eine zum Beispiel medikamentöse Therapie. Sie versucht insofern die Leiden und Schmerzen zu lindern, auch wenn damit eine Inkaufnahme einer Lebensverkürzung einhergeht.

Eine andere Einteilung der Sterbehilfe kann auch aufgrund der Zustimmungsfähigkeit eines Patienten erfolgen. In diesem Fall wird zwischen der „freiwilligen“ und der „nicht-freiwilligen“ Sterbehilfe unterschieden. Erstere tritt ein, wenn ein Patient bei vollem Bewusstsein beziehungsweise selbst in der Lage ist, in lebensbeendende Maßnahmen einzuwilligen.

Wenn ein Patient jedoch unter dauerhafter Bewusstlosigkeit leidet oder aufgrund seines Alters nicht über die Fähigkeit autonom zu entscheiden verfügt, dann spricht man bei einem Behandlungsabbruch von nicht-freiwilliger Sterbehilfe.

Eine nicht ethisch konforme Art der Sterbehilfe stellt die „unfreiwillige“ Sterbehilfe dar, bei der ein zwar entscheidungsfähiger Patient gegen seinen Willen getötet wird. Dabei wird der Patient entweder einfach nicht nach seinen Wünschen gefragt, oder

man nimmt trotz des expliziten Wunsches des Patienten auf ein Weiterleben einen Behandlungsabbruch- oder -verzicht vor.⁹⁷

Zur besseren Übersicht der verschiedenen Arten der Sterbehilfe möchte ich nun im Folgenden eine genauere Gliederung aufstellen.

3.3.1. Hilfe beim Sterben / passive Sterbehilfe

Unter „passiver“ Sterbehilfe versteht man, wenn ein selbstbestimmter und von weniger Schmerzen begleiteter Tod ermöglicht wird, entweder durch einen Behandlungsverzicht oder durch den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen.

Lebenserhaltende Maßnahmen können dabei sein: künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, künstliche Beatmung, herz- und kreislaufaktivierende Medikamente, kardiopulmonale Reanimation, Chemotherapie, Dialyse, Behandlung einer Lungenentzündung, u.a.

Passiv wird diese Art der Sterbehilfe deshalb genannt, weil der Tod des Patienten nicht primär verursacht wird, sondern, weil es sich um ein „sterben lassen“ oder „geschehen lassen“ handelt.⁹⁸

3.3.2. Hilfe zum Sterben / aktive Sterbehilfe

a) indirekte aktive Sterbehilfe

Der Tod wird durch den Einsatz von schmerzlindernden Medikamenten, zum Beispiel durch eine Überdosis Morphin, die die Lebensdauer des Patienten verkürzen können, herbeigeführt.

Somit will man dem Leiden und den Schmerzen ein Ende setzen.

⁹⁷ Vgl.: Häcker 2008, S. 23 – 28

Vgl.: Österreichisches Rotes Kreuz

⁹⁸ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 92

Vgl.: Kerschner, Watzke 2008, S. 10

„Aktiv“ ist diese Form der Sterbehilfe deshalb, weil der Tod nicht, wie bei der passiven Sterbehilfe, durch ein „geschehen lassen“ bewirkt wird, sondern, durch eine Ursache von außen.

Um eine „indirekte“ Sterbehilfe handelt es sich aus dem Grund, dass der Tod nicht das primäre Ziel ist; denn er tritt als eine Folge einer Handlung ein, die darauf bedacht ist, dem Patienten die Schmerzen und Leiden zu nehmen.⁹⁹

b) direkte aktive Sterbehilfe

Die „direkte aktive“ Sterbehilfe bezeichnet die bewusste Herbeiführung des Todes beziehungsweise die gezielte Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen hin.

Aktiv wird diese Form wieder dadurch bezeichnet, dass der Tod nicht durch ein „geschehen lassen“ herbeigeführt wird, sondern durch eine Ursache von außen.

„Direkt“ ist sie insofern, da der Tod das primär zu erreichende Ziel darstellt.¹⁰⁰

c) assistierter Suizid

Ein Patient, der entschieden hat zu sterben, nimmt die Hilfe eines anderen in Anspruch. Diese Hilfe kann entweder aus dem Besorgen oder dem Zusammenstellen des Giftes oder des zum Tode führenden Medikamentes bestehen.

Der zum Freitod bereite Patient muss dabei rechtlich betrachtet bis zum Ende seines Lebens die Tatherrschaft behalten, das heißt, er muss auch selber die Medikamente einnehmen oder sich selber die Spritze setzen.¹⁰¹

Die Grenzen zwischen den verschiedenen Kategorien der Sterbehilfe sind oftmals sehr fließend. So stellen sich Fragen wie: Kann ein Behandlungsabbruch auch als aktive Tötung angesehen werden? Wann wird die indirekte Sterbehilfe zur Tötung auf Verlangen oder zur Tötung ohne Verlangen?

⁹⁹ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 99 – 100

Vgl.: Klie, Student 2007, S. 50 - 55

¹⁰⁰ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 105

¹⁰¹ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 50 - 55

Diese Fragen führen notwendigerweise dazu, dass man sich einerseits ethisch und andererseits auch juristisch mit dem Thema Sterbehilfe auseinandersetzt.

Bei einer juristischen und vor allem ethischen Rechtfertigung der verschiedenen Arten der Sterbehilfe, geht es auch um die Themen Autonomie, Paternalismus und das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Deshalb soll nun, um später eine Rechtfertigung anstellen zu können, in einem nächsten Schritt näher auf diese Themen eingegangen werden.

4. Autonomie und Paternalismus

4.1 Anfänge der Autonomie

Die Tradition der Arzt-Patienten-Beziehung war lange paternalistisch geprägt; erst in den 60-er Jahren kam es zu einem Wandel, ab dessen Zeitpunkt nun immer mehr auf die Selbstbestimmung des Patienten geachtet wurde.

Dieses Umdenken - veranlasst durch zwei Frauen, der Oberin Grauhan und der nordamerikanischen Pflege-theoretikerin Henderson, führte zum „Respekt vor dem Patienten als Mensch“ [...] und zur „Achtung seiner Menschenwürde“.¹⁰²

„[...] Eine moderne Krankenhausorganisation aber muß in diesem Beziehungsgeflecht auch die Stimme des Kranken selbst zu Gehör bringen. Er kann nicht länger als das vor allem passive Objekt der Organisation, als der einer Anstaltsordnung unterworfenen Insasse, als der eine Behandlung ‚erdulden- der‘ Patient verstanden werden. [...] Der Kranke muß neben Ärzten, Pflege- und Verwaltungspersonal als zwar vorübergehender – aber doch ‚stimmberechtigter‘ Teilnehmer in der Gesamtorganisation Krankenhaus ernstgenommen werden: als prinzipiell mündiger Bürger, dessen Schicksal es

¹⁰² Bobbert 2002, S. 86

ist, krank zu sein, und der das Recht hat, gesund zu werden oder Linderung zu erfahren.“¹⁰³

4.2 Definition des Begriffs Autonomie

Monika Bobbert definiert in ihrem Buch „Patientenautonomie und Pflege“ den Begriff der Autonomie als *„allgemeine persönliche Fähigkeit, als aktuelles Vermögen, als Charakterideal oder als moralisches Recht“¹⁰⁴*

Damit ein Mensch über Autonomie verfügen kann, müssen zwei Faktoren erfüllt sein: Freiheit beziehungsweise Freiwilligkeit und Intentionalität als Fähigkeit, um sich Ziele setzen und diese auch verfolgen zu können.

Das heißt, dass ein Mensch nur dann autonom - also selbstbestimmt - handelt, wenn er frei von äußeren kontrollierenden Einflüssen ist. Darüber hinaus muss sich ein Mensch, wenn er autonome Entscheidungen treffen will, erst über seine Wünsche und Ziele bewusst werden, damit er diese auch verfolgen kann.¹⁰⁵

4.3 „prima-facie“- Recht

Durch diese sogenannten „prima-facie“-Rechte soll inhaltlich bestimmt werden, welcher moralische Anspruch auf Autonomie den Patienten zugesprochen wird. Diese Rechte umfassen das Recht auf Zustimmung oder Ablehnung einer Handlung, die die physische oder psychische Integrität des Patienten tangiert, das Recht über die eigene Krankheit oder Gesundheit adäquat informiert zu werden. Drittens fällt darunter das Recht auf Festlegung des eigenen Wohls, viertens das Recht zwischen

¹⁰³ Bobbert 2002, S. 85 (zitiert aus: Grauhan, Antje, Grauhan, Rolf-Richard: Das Unbehagen am Krankenhaus. Führungsstruktur – Funktionserfüllung – Reorganisation. In: Das Krankenhaus, 61/7. 1969.)

¹⁰⁴ Bobbert 2002, S. 130

¹⁰⁵ Vgl.: Bobbert 2002, S. 130 - 132

möglichen Alternativen zu wählen. Das fünfte Recht umfasst eine möglichst geringe Einschränkung des Handlungsspielraums durch die jeweiligen Institutionen.

1. Recht auf Zustimmung oder Ablehnung

Der Schutz des eigenen Körpers ist wohl den meisten Menschen sehr wichtig, daher werden auch unerlaubte Eingriffe durch Handlungen anderer Personen als sehr verletzend empfunden.

In den Deklarationen des Weltärztebundes 1981 in Lissabon zu den „Rechten des Patienten“ wurde den Patienten erstmals das Recht eingeräumt, autonom zu entscheiden, ob sie einer Behandlung zustimmen oder nicht:

„Recht auf Selbstbestimmung

- a. *Der Patient hat ein Recht auf Selbstbestimmung, d.h. auf freie Entscheidung in bezug auf seine Person. Der Arzt soll den Patienten über die Folgen seiner Entscheidungen informieren.*
- b. *Ein geistig zurechnungsfähiger erwachsener Patient hat das Recht, in jedes diagnostische Verfahren oder jede Therapie einzuwilligen oder diese abzulehnen. Der Patient hat ein Recht, die für seine Entscheidungen notwendigen Informationen zu erhalten. Für den Patienten sollte klar verständlich sein, worin der Zweck einer Diagnose oder einer Behandlung besteht, welche Bedeutung die Ergebnisse haben und was die Konsequenzen einer ablehnenden Entscheidung sein würden.*
- c. *Der Patient hat das Recht, die Mitwirkung an der Forschung oder der medizinischen Lehre abzulehnen.“¹⁰⁶*

Die Verletzung der psychischen Unversehrtheit wird vor allem bei psychologischen Tests deutlich, nämlich dann, wenn die zu „untersuchende“ Person nicht ausreichend informiert wird, oder, wenn mit den persönlichen Informationen der Personen achtlos umgegangen wird.

¹⁰⁶ Bundesärztekammer Deutschland

Dieses moralische und auch juristisch festgelegte Recht wurde zum ersten Mal im Nürnberger Kodex von 1947 deklariert, in erster Hinsicht als Reaktion auf die Humanexperimente im Nationalsozialismus, gefolgt von der Einsicht der Richter, dass das Problem der Versuche an Menschen ein grundsätzliches, weltweites, ethisches ist.

In diesem Kodex wurde unter anderem folgendes festgelegt:

„Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich. Das heißt, daß die betreffende Person im juristischen Sinne fähig sein muß, ihre Einwilligung zu geben; daß sie in der Lage sein muß, unbeeinflusst durch Gewalt, Betrug, List, Druck, Vortäuschung oder irgendeine andere Form der Überredung oder des Zwanges, von ihrem Urteilsvermögen Gebrauch zu machen; daß sie das betreffende Gebiet in seinen Einzelheiten hinreichend kennen und verstehen muß, um eine verständige und informierte Entscheidung treffen zu können. Diese letzte Bedingung macht es notwendig, daß der Versuchsperson vor der Einholung ihrer Zustimmung das Wesen, die Länge und der Zweck des Versuches klargemacht werden; sowie die Methode und die Mittel, welche angewendet werden sollen, alle Unannehmlichkeiten und Gefahren, welche mit Fug zu erwarten sind, und die Folgen für ihre Gesundheit oder ihre Person, welche sich aus der Teilnahme ergeben mögen. Die Pflicht und Verantwortlichkeit, den Wert der Zustimmung festzustellen, obliegt jedem, der den Versuch anordnet, leitet oder ihn durchführt. Dies ist eine persönliche Pflicht und Verantwortlichkeit, welche nicht straflos an andere weitergegeben werden kann.“¹⁰⁷

2. Recht auf Information

Ein Patient, der im überwiegenden Fall als Laie inmitten der Institution Krankenhaus auftaucht, hat nicht nur das Recht auf medizinische Information hinsichtlich der Diagnose, Prognose und Therapie, sondern er braucht diese auch. Denn diese sind

¹⁰⁷ Nürnberger Regionalgruppe der IPPNW

Voraussetzung dafür, um überhaupt zielgerichtet und selbstbestimmt entscheiden und handeln zu können. Dies betrifft nicht nur die Zustimmung oder Ablehnung möglicher Methoden, sondern auch um das eigene Wohl festlegen und so zwischen den jeweiligen Alternativen wählen zu können.

Ein Ausnahmefall liegt dann vor, wenn ein Patient ausdrücklich wünscht nicht informiert zu werden, falls es zu einer schlechten Diagnose kommt.

„Das Recht auf Information

- a. Der Patient hat ein Recht auf Kenntnisnahme aller ihn betreffenden Informationen, die in seinen Krankenakten festgehalten sind, und auf umfassende Informationen über seinen Gesundheitszustand einschließlich der medizinischen Befunde. Vertrauliche Informationen in den Krankenakten des Patienten über eine dritte Person dürfen jedoch nicht ohne Zustimmung dieser dritten Person an den Patienten weitergegeben werden.*
- b. In Ausnahmefällen können Informationen dem Patienten vorenthalten werden, wenn es triftige Gründe zu der Annahme gibt, daß diese Informationen zu einer ernsthaften Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit des Patienten führen würden.*
- c. Informationen müssen dem Patienten entsprechend den regionalen Gepflogenheiten so gegeben werden, daß sie für ihn verständlich sind.*
- d. Auf seinen ausdrücklichen Wunsch hat der Patient das Recht, nicht informiert zu werden, es sei denn, daß die Informationen zum Schutz des Lebens einer anderen Person erforderlich sind.*
- e. Der Patient hat das Recht zu wählen, wer gegebenenfalls an seiner Stelle informiert werden soll.“¹⁰⁸*

3. Recht auf Festlegung des Eigenwohls

In der Kranken- und Altenversorgung ist es häufig der Fall, dass das Wohl des Patienten durch äußere Faktoren bestimmt wird – sei es durch ärztliche oder

¹⁰⁸ Bundesärztekammer Deutschland

pflegerische Regeln, durch die medizinische Heilkunde, durch diverse Standards oder durch den „fadenscheinigen“ Verweis auf Prioritäten anderer Personen, die vorgeben sollen, wie ein „vernünftiger“ Patient entscheiden würde.

Doch sollten vor allem in Bezug auf kranke Menschen, die von ihnen selbstgesetzten Wünsche und Ziele eine besondere Rolle spielen. Denn jeder Mensch weiß im Normalfall selbst am besten, was für ihn gut ist. Außerdem fühlt sich ein Patient wahrscheinlich sicherer und besser versorgt, wenn er das Gefühl hat, dass seine Wünsche und Ziele von Seiten der Ärzte nicht völlig ausgeklammert werden.

Auch im Falle einer schweren Krankheit soll dem Patienten die Möglichkeit eingeräumt werden, sein Leben nach seinen eigenen Vorstellungen und Wünschen führen zu können, da dies das Selbstverständnis eines Menschen bedeutsam prägt.

Doch was bedeutet dieses Recht auf „Festlegung des Eigenwohls“ in der Praxis? Wozu soll ein Mensch darüber reflektieren, was seine festgesetzten Wünsche und Ziele sind?

Der Patient hat das Recht über diverse Behandlungsmethoden oder Therapien angemessen informiert zu werden, um dann eine Entscheidung treffen zu können, ob diese Verfahren mit seinen Wünschen, Wertvorstellungen und Lebensplänen übereinstimmen. Das heißt in der Praxis, dass der Patient, bevor er beispielsweise einer Operation zustimmt, überlegt, ob auch nach der Behandlung noch die Möglichkeit bestehen würde seinen erlernten Beruf auszuüben oder ob er noch gewissen Freizeitaktivitäten nachgehen könnte.

Dieses Recht, dass jeder Mensch sein Eigenwohl bestimmen kann, hat aber auch gewisse Grenzen, denn nicht alle Mittel und Wege zur Umsetzung des Eigenwohls sind moralisch erlaubt. So wird dieses Recht vor allem in der Pränataldiagnostik, in der Gentherapie und in der Organtransplantation eingegrenzt – nämlich dann, wenn grundsätzliche moralische Interessen anderer betroffen sind.

4. Recht auf Wahl zwischen möglichen Alternativen

Erst seit den letzten Jahrzehnten besteht die Möglichkeit, dass ein Patient zwischen Behandlungsalternativen frei wählen kann. Früher hatte ein Patient bloß das Recht, entweder dem einen Vorschlag des Arztes zuzustimmen oder ihn abzulehnen.

Da in vielen Fällen mehrere ernstzunehmende Alternativen existieren, wird dem Patienten somit das Recht eingeräumt, frei zu wählen. Der Grund dafür liegt vor allem darin, dass durch die Wahlfreiheit der Patient besser seinen individuellen Prioritäten nachkommen kann.

5. Recht auf eine möglichst geringe Einschränkung des Handlungsspielraums durch Institutionen

Ein Patient in der Institution Krankenhaus unterliegt immer gewissen Einschränkungen, wie zum Beispiel, dass er sich an Vorschriften halten muss, oder, dass die festgelegten Abläufe nicht seinen Gewohnheiten und Vorlieben entsprechen. Diverse Einschränkungen *„unterliegen vorrangig dem moralischen Anspruch, die Achtung der grundlegenden moralischen Interessen bzw. Individualrechte aller Betroffenen sicherzustellen, [...] den Handlungsspielraum der Betroffenen möglichst wenig einzuschränken [...]“*.¹⁰⁹

Ärzte und vor allem Pflegende sind dazu verpflichtet auf Nachfrage zu begründen, warum bei einem Patienten der Handlungsspielraum eingeschränkt wurde.

Es ist jedoch nicht leicht, klar festzulegen, wann dies denn letztendlich der Fall ist und wann nicht. Denn es hängt immer davon ab, in welchem Ausmaß der Handlungsspielraum eingeschränkt wurde. So zählt beispielsweise das frühere Wecken des Patienten - als er es von seinem Alltag gewohnt ist - nicht als große Einschränkung.¹¹⁰

¹⁰⁹ Bobbert 2002, S. 143

¹¹⁰ Vgl.: Bobbert 2002, S. 134 - 144

4.4 Autonomie und Sterbehilfe

„Wir reduzieren dich nicht auf denjenigen, der seinen Willen für ein und allemal kundtut. Wir stehen weiter in Beziehung zu dir in den verschiedenen Dimensionen dessen, was in Beziehung stehen heißt.“¹¹¹

Die Debatten um Entscheidungen am Lebensende werden in der heutigen Zeit also dominiert von der Frage des Willens des Patienten beziehungsweise des Sterbenden. Das heißt, dass Ärzte, Pflegende aber auch Angehörige nicht einfach eine Entscheidung treffen können – sie bieten dem Patienten „bloß“ mehrere Optionen, zwischen denen sich letztendlich der Patient entscheidet. Somit spielen die Themen Patientenwille, Patientenautonomie und Selbstbestimmung eine wichtige Rolle am Ende des Lebens.

Dabei tauchen immer wieder die verschiedensten Problematiken auf – so besteht die Gefahr, dass sich der Patient von sozialen, moralischen und ökonomischen Erwartungen unter Druck gesetzt fühlt.

Des Weiteren ergibt sich aus den verschiedensten Forschungen, dass der Wille des Menschen nicht besonders stabil ist – unsere Willensäußerungen ändern sich abhängig von der jeweiligen Situation und dem jeweiligen Kontext.¹¹²

Klie und Student haben daher in ihrem Buch „Sterben in Würde“ vier Aspekte nach Andreas Kruse¹¹³ angeführt, die beim Begleiten Sterbender zu beachten sind:

1. *„Selbstständigkeit in der Alltagsgestaltung beschreibt die Fähigkeit des Menschen, einzelne Aktivitäten des täglichen Lebens weitgehend unabhängig von Hilfe auszuführen.“*
2. *Die Selbstverantwortung, die eine reflektierte Auseinandersetzung des Menschen mit sich selbst, mit seinen Werten, Zielen und Bedürfnissen anspricht, aber auch die Motivation, den Alltag in einer dieser Werte, Ziele und Bedürfnissen folgender Art und Weise zu gestalten.*

¹¹¹ Klie, Student 2007, S. 46

¹¹² Vgl.: Klie, Student 2007, S. 42 - 45

¹¹³ Kruse, Andreas: Das Verhältnis Sterbender zu ihrer eigenen Endlichkeit. In: Nationaler Ethikrat: Wie wir sterben. Selbstbestimmung am Lebensende: Tagungsdokumentationen. Tagungen des Nationalen Ethikrates in Augsburg und Münster: Berlin 2006.

3. *Die Mitverantwortung, die die Bereitschaft des Menschen reflektiert, sich mit Anliegen und Themen anderer zu beschäftigen und sich auch für diese einzusetzen.*
4. *[...] die angenommene Abhängigkeit. Damit ist die Fähigkeit und Bereitschaft gemeint, notwendige therapeutische, pflegerische, psychologische, spirituelle und soziale Hilfe ausdrücklich anzunehmen.“¹¹⁴*

Was heißt es nun, diese Aspekte in der Sterbehilfediskussion zu beachten?

Wenn im Falle einer Sterbehilfe im Vordergrund der Wille und die Autonomie des Menschen stehen, so sind die beiden ersten Punkte sehr wichtig: Selbstständigkeit und Selbstverantwortung. Da aber der Prozess des Sterbens zu einer Phase des Lebens gehört, bedeutet die Begleitung Sterbender auch „Leben ermöglichen bis man stirbt“. Zum Leben gehört somit auch in Beziehung zu anderen Menschen zu stehen. Somit werden die beiden letzten Punkte angesprochen – man steht in Beziehung zum Sterbenden: man reflektiert sein Leben, achtet seine jeweilige Situation, geht auf die jeweiligen Wünsche ein – aber alles in Bezug auf sein ganzes Leben.¹¹⁵

5. Arzt–Patienten–Verhältnis

Da Sterbehilfe immer mit einem menschlichen Handeln verbunden ist, spielt auch der Beziehungsrahmen, in der sich diese Handlungen abspielen, eine wichtige Rolle.

¹¹⁶

Die Arzt – Patienten – Beziehung ist geprägt von einem asymmetrischen Aufbau; denn wir Menschen benötigen dann einen Arzt, wenn wir krank sind - somit sind wir auf die Hilfe des Arztes angewiesen. Dabei erscheinen wir als Laien und der Arzt als Fachmann, der die Verantwortung für das Gelingen der Behandlung trägt.

Genau um diese „Laien–Fachmann–Konstellation“ geht es meist auch in den ethischen Diskussionen betreffend das Verhältnis Arzt und Patient.

¹¹⁴ Klie, Student 2007, S. 45 - 46

¹¹⁵ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 46

¹¹⁶ Vgl.: Häcker 2008, S. 157

Denn durch die Sonderstellung des Arztes rückt häufig der Paternalismus in den Vordergrund, der vom hippokratischen Eid hervorrührt.¹¹⁷

Das ärztliche Ethos hat seinen Ursprung im Ethos der Fürsorge, welches besagt, dass das für den Patienten Beste gemacht werden sollte („*salus aegroti suprema lex*“¹¹⁸). Dieses Ethos der Fürsorge besteht aus zwei Grundsätzen: so weit es möglich ist, soll wohl getan und geheilt werden und man soll - so weit es möglich ist - niemanden schaden.

„[...] wie sich ein guter Vater um das Wohl seines Kindes sorgt, so der Arzt um das Wohl seiner Patienten.“¹¹⁹

Genau in diesem Vergleich zwischen der Beziehung von einem Vater zu seinem Kind und der Beziehung von einem Arzt zu seinem Patienten, liegt die Gefahr – nämlich der Paternalismus.

Denn soll das Verhältnis zwischen dem Arzt und seinem Patienten so aussehen, dass nur der Arzt entscheiden kann, was für den Patienten das Beste ist? Soll nicht der Patient von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen können?

Eine faire Beziehung würde doch darauf beruhen, dass beide „Parteien“ die Meinung und den Wunsch des anderen achten und respektieren. Doch „*ein Paternalist verstößt bewußt gegen die ihm bekannten autonomen Präferenzen eines anderen, weil er meint, anderenfalls diesem [...] anderen selbst zu schaden*“¹²⁰.

Daher wurden in den letzten Jahren viele Bemühungen angestellt, um den Paternalismus in den Hintergrund zu drängen und die Position des Patienten zu stärken.

Gründe für den Wandel vom Paternalismus hin zur Patientenautonomie sind unter anderem die folgenden:

Durch die Auflösung patriarchalischer Gesellschaftsstrukturen kam es zu einer Privatisierung und Individualisierung vieler Lebensbereiche. Dies hatte zur Folge,

¹¹⁷ Vgl. : Häcker 2008, S. 160 - 161

¹¹⁸ Pöltner 2006, S. 89

¹¹⁹ Pöltner 2006, S. 91

¹²⁰ Pöltner 2006, S. 92 (zitiert aus: B., Schöne-Seiffert: Medizin-Ethik, in: Nida-Rümelin (Hg.). Angewandte Ethik. Kröner: Stuttgart 1996.)

dass Fürsorge als eine „*Bevormundung und Entscheidung über die Köpfe der Betroffenen hinweg empfunden*“¹²¹ wurde.

Die Autonomie des Patienten wurde als Schutz gegen sinnlose medizinische Maßnahmen angesehen, die nicht immer und automatisch dem Wohl des Patienten dienen. Diese Tatsache, dass nicht alles medizinisch Machbare, auch vom Patienten als positiv bewertet wird, weitete die Forderung nach Respektierung der Patientenentscheidung maßgeblich aus.¹²²

5.1 Modelle des Arzt–Patienten–Verhältnis

Welche Rolle der Arzt in der Beziehung zwischen ihm und den Patienten einnimmt, wird in verschiedenen Modellen unterschiedlich definiert.

1. Das hippokratische Modell:

Im hippokratischen Modell kommt das Fürsorgeethos zu tragen, denn der Arzt besitzt die uneingeschränkte Autorität. Der Patient vertraut einerseits auf die fachliche Kompetenz und andererseits auf die mitmenschliche Kompetenz des Arztes – er hat dem Arzt also vollkommen zu vertrauen.¹²³

Dieses Modell bekommt auch heute noch seine Aktualität, vor allem im Falle eines entscheidungs- und urteilsunfähigen Patienten.¹²⁴

2. Das Vertragsmodell:

Hier geht es vorrangig nicht um den personalen Kontakt zwischen Arzt und Patient, sondern um das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage. Dieses Modell tritt in Kraft, wenn medizinisch-technische Leistungen erforderlich sind, zum Beispiel in der Labormedizin, der Radiologie, u.a.¹²⁵

¹²¹ Pöltner 2006, S. 93

¹²² Vgl.: Pöltner 2006, S. 93

¹²³ Vgl.: Pöltner 2006, S. 90

¹²⁴ Vgl.: Roy 1998, S. 46

¹²⁵ Vgl. : Pöltner 2006, S. 90

3. Das Partnerschaftsmodell:

Hier herrscht Gleichrangigkeit von Arzt und Patient. Es gibt dem Patienten die Möglichkeit gleichberechtigter Entscheidungsträger zu sein und somit über den Verlauf seiner Behandlung entscheiden und Verantwortung übernehmen zu können.¹²⁶

In der heutigen Zeit sollte die Beziehung zwischen Arzt und Patient vom Partnerschaftsmodell geprägt sein. Dies kann aber nur funktionieren, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. So sollte der Arzt über eine hinreichende technische und medizinische Kompetenz verfügen und er sollte dem Patienten Respekt entgegenbringen. Demgegenüber sollte der Patient dem Fachmann vertrauen, Respekt vor dem Arzt haben, offen über seine Krankheit reden und Einsicht in die Grenzen der Medizin haben.¹²⁷

Sass beschreibt das Verhältnis von Arzt und Patient als eine Dyade, *„deren Raum von keiner der Verpflichtungen erreicht wird, unter denen jeder der beiden Partner sonst noch stehen mag. So erscheinen Arzt und Patient als Partner einer geradezu archetypischen Beziehung, in der zwei selbstverantwortliche Individuen und nur sie miteinander kommunizieren.“*¹²⁸

Außerdem bezeichnet Sass, das - in so einer Situation - ärztliche Handeln als ein „zustimmungsbedürftiges Handeln“, in dem sich der Respekt des Patientenwillens widerspiegelt.

*„Der Arzt muß sein Handeln nicht nur gegenüber seinem Gewissen und im Blick auf die in seiner Profession anerkannten Regeln rechtfertigen können, sondern auch gegenüber dem von diesem Handeln betroffenen Patienten. Gegenüber einem mündigen und der Selbstbestimmung fähigen Patienten darf der Arzt nur Handlungen realisieren, denen der Patient auf erkennbare Weise zustimmt [...]“*¹²⁹

¹²⁶ Vgl.: Roy 1998, S. 46

¹²⁷ Vgl. : Roy 1998, S. 47

¹²⁸ Sass 1994, S. 75

¹²⁹ Sass 1994, S. 76

6. Rechtslage¹³⁰

Laut Österreichischem Gesetz sind die passive Sterbehilfe und die indirekte aktive Sterbehilfe als lebensverkürzende Schmerzmittelgabe straffrei.

Durch die Respektierung des Patientenwillens ist die passive Sterbehilfe in Österreich nicht nur erlaubt, sondern geboten. Denn ein entscheidungsfähiger Patient darf nicht ohne seine Einwilligung oder gegen seinen Willen behandelt werden; dies sieht auch das Strafgesetzbuch laut § 110 vor:

„Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.“¹³¹

Auch die Selbsttötung beziehungsweise der Selbsttötungsversuch sind in Österreich nicht strafbar.

Im Falle einer Tötung auf Verlangen - also der aktiven Sterbehilfe, und der Beihilfe zum Suizid - gibt es laut Österreichischem Gesetz keinen Unterschied.

Die aktive Sterbehilfe – die Tötung eines Menschen – ist also in Österreich nicht erlaubt und zieht eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren mit sich:

„Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“¹³²

Somit wird auch der assistierte Suizid im gleichen Ausmaß wie die Tötung auf Verlangen geahndet:

„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.“¹³³

¹³⁰ Vgl.: CDL-Bezirksverband Koblenz-Montabaur

¹³¹ Strafgesetzbuch Österreich. Eigenmächtige Heilbehandlung § 110 (1)

¹³² Strafgesetzbuch Österreich. Tötung auf Verlangen § 77

¹³³ Strafgesetzbuch Österreich. Mitwirkung am Selbstmord § 78

7. Ethische Begründungen

7.1 Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe

Die Debatte um die Sterbehilfe wird häufig von der Unterscheidung der „aktiven“ und der „passiven“ Sterbehilfe angeführt. Vor allem wenn es um eine ethische Bewertung geht, steht die aktive Sterbehilfe für das ethisch Unerlaubte, da sie mit einem „Töten“ gleichgesetzt wird; die passive Sterbehilfe trägt dabei den Part des ethisch Erlaubten, da es sich dabei um den Begriff des „Sterbenlassens“ handelt.

Es stellt sich nun also die Frage, worauf sich diese Unterscheidung gründet. Dazu wird im Folgenden zunächst geklärt, was innerhalb der Sterbehilfediskussion unter der aktiven und der passiven Sterbehilfe verstanden wird, um dann eine ethische Differenzierung vorzunehmen.¹³⁴

7.1.1 Deskriptive Unterscheidung

Wie schon in Kapitel 2.3 angesprochen, ist zwischen einem Tun und einem Unterlassen zu unterscheiden. Auch bei der Differenzierung von aktiver und passiver Sterbehilfe kommen diese beiden Begriffe wieder zum Tragen, denn der Unterschied zwischen aktiv und passiv, der Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen, müsste sich schon in der Handlung widerspiegeln. So werden die aktive Sterbehilfe, das Töten mit einem Tun, und die passive Sterbehilfe, das Sterbenlassen, mit einem Unterlassen gleichgesetzt.¹³⁵

Was ist nun der Unterschied zwischen Tun und Unterlassen, wenn beides eine Handlung darstellt?

Jeremy Bentham hat beispielsweise zwischen den beiden Begriffspaaren unterschieden, indem er ein Tun mit einer Bewegung gleichsetzt; das Unterlassen

¹³⁴ Vgl.:Häcker 2008, S. 41

¹³⁵ Vgl.: Häcker 2008, S.42 - 43

zeichnet sich hingegen durch ein Verharren in Ruhe aus¹³⁶ Dies würde bedeuten, dass sich der Sterbehelfer bei der aktiven Sterbehilfe bewegt; bei der passiven Sterbehilfe bleibt er aber in Ruhe, das heißt, er bleibt untätig.

Diese Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen hat also den Anschein, als würde sie ein einfaches Mittel sein, um zwischen der aktiven und der passiven Sterbehilfe zu differenzieren.

Doch wie sieht es nun aus, wenn diesem Unterlassen, also dem „Nichtstun“ ein Tun vorausgeht, indem zum Beispiel vorher „aktiv“ ein medizinisches Gerät abgeschaltet wurde?¹³⁷

Solche Sterbehilfefälle, in denen ein Therapieabbruch durchgenommen wurde, dürfen sicherlich nicht außer Acht gelassen werden. Nun reicht dafür aber die Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen nicht aus, da der Abbruch einer Therapie, das Abschalten eines Gerätes sicherlich ein sehr aktives Geschehen darstellt. Außerdem stellt sich hier die Frage, warum Behandlungsabbrüche dann trotzdem zur Kategorie der passiven Sterbehilfe zählen.

Aus diesem Grund hat Dieter Birnbacher den Begriff des „Geschehenlassens“ eingeführt, eine Unterform des Unterlassens:

„Ein Handeln von A ist ein Geschehenlassen immer dann, wenn das Handeln eine von A oder anderen initiierte Handlungskette beendet, die ein andernfalls wahrscheinliches Ergebnis e verhindert, das nicht seinerseits durch ein Handeln von A verursacht ist, und e daraufhin eintritt.“¹³⁸

Für Birnbacher ist ein Behandlungsabbruch durchaus eine Handlung; er wertet es jedoch als ein Geschehenlassen, da zum Beispiel das Beenden einer künstlichen Beatmung dem Sterben Raum gibt.

¹³⁶ Vgl.: Häcker 2008, S.43 (zitiert aus: Bentham, Jeremy: An Introduction tot he Principles of Morals and Legislations. Hafner: New York, 1948.)

¹³⁷ Vgl.: Häcker 2008, S. 43 - 44

¹³⁸ Häcker 2008, S. 45 (zitiert aus: Birnbacher, Dieter: Tun und Unterlassen. Reclam: Stuttgart, 1995. S. 114)

Somit liegt für ihn immer dann eine passive Sterbehilfe vor, wenn das Sterben durch ein Geschehenlassen eintritt – alles andere kann der aktiven Sterbehilfe zugeordnet werden.

Das heißt, dass bei der passiven Sterbehilfe der Sterbehelfende mit dem Sterbenden etwas „geschehen lässt“ und somit der Tod durch die ursprüngliche Krankheit hervorgerufen wird. Bei der aktiven Sterbehilfe wirkt der Sterbehelfende aktiv auf den Sterbenden ein und er ist zugleich auch für den Tod verantwortlich.¹³⁹

„ (...) ob der Handelnde dem Patienten etwas tut (aktive Sterbehilfe) oder etwas mit ihm geschehen lässt (passive Sterbehilfe). ‚Aktiv‘ an der aktiven Sterbehilfe ist nicht, dass der Sterbehilfe Leistende etwas tut, sondern daß er aktiv auf den Patienten einwirkt. ‚Passiv‘ an der passiven Sterbehilfe ist nicht, daß der die Sterbehilfe Leistende nichts tut, sondern daß er den Tod des Kranken geschehen läßt.“¹⁴⁰

Somit wird bei Birnbacher wichtig, durch welche Ursache der Tod hervorgerufen wird – zum einen ist, wie schon erwähnt, bei der aktiven Sterbehilfe der Sterbehelfende die Ursache, zum anderen ist bei der passiven Sterbehilfe die ursprüngliche Krankheit die Ursache.

Diese Unterscheidung von Tun und Unterlassen hat aber auch Zweifler hervorgerufen, die damit argumentieren, dass das Sterbenlassen nicht besser sei als das direkte Töten.

Einer, der versuchte dieser These zu widersprechen, war James Rachel. Er stützte sich mit seinen Überlegungen vor allem auf die Tatsache, dass in den 1970er Jahren in Amerika Kinder mit einem Down-Syndrom nicht ernährt wurden – man hat sie sterben lassen.

Für Rachel war dies kein sterben lassen, sondern eine Tötung, denn er sieht keinen Unterschied zwischen „Tun“ und „Unterlassen“ - für ihn sind beide gleichwertige Handlungen.¹⁴¹

¹³⁹ Vgl.: Häcker 2008, S. 46

¹⁴⁰ Häcker 2008, S. 46 (zitiert aus: Birnbacher, Dieter: Tun und Unterlassen. Reclam: Stuttgart, 1995. S. 344)

¹⁴¹ Vgl.: Häcker 2008, S. 48 - 49

Man sieht hier also deutlich, dass die Grenzen zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe sehr fließend sind und, dass es nicht immer leicht ist, genau zu definieren, wann welche Art der Sterbehilfe vorliegt.

Daher ist es immer sinnvoll eine Handlung inmitten ihres Kontextes zu betrachten.

Denn *„eine Handlung, deren Kontext man nicht kennt, kann nur sehr schwer eingeordnet und damit auch ethisch beurteilt werden. Dies gilt auch für die Sterbehilfe.“*¹⁴²

7.1.2 Ethische Beurteilung einer Handlung

Bei einer ethischen Beurteilung einer Handlung ist vorauszusetzen, dass sowohl ein Tun als auch ein Unterlassen eine Handlung eines Menschen darstellen.

Um eine Handlung aber überhaupt ethisch beurteilen zu können, müssen wir, wie schon in Kapitel 2.3 erwähnt, nach ihrem Motiv, ihrer Intention und ihrem Zweck fragen.

Betrachtet man nun das Motiv, so beschreibt es die Gründe, warum ein Mensch überhaupt handelt. In der Rechtsprechung wird zwischen hohen und niedrigen Motiven unterschieden – hohe Motive sind beispielsweise bei einem Mord die Tötung in Notwehr, niedrige Motive sind Eifersucht, Geldgier,...

Bei der Sterbehilfe ist das Motiv im Allgemeinen der Wunsch, dem Sterbenden zu helfen. Dies ist sowohl bei der aktiven, als auch bei der passiven Sterbehilfe der Fall. Daher scheint es nicht möglich, hinsichtlich des Motivs ethisch zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe zu differenzieren.¹⁴³

Unter der Intention verstehen wir die Absicht, mit der das Ziel einer Handlung verfolgt wird. Vor allem die Gegner der aktiven Sterbehilfe stützen sich mit ihren Begründungen auf den Begriff der Intention, denn bei der aktiven Sterbehilfe wird der schnelle Tod des Patienten herbeigeführt; die passive Sterbehilfe hingegen ermöglicht dem Patienten „nur“ an seiner Krankheit sterben zu können.

¹⁴² Häcker 2008, S. 51

¹⁴³ Vgl.: Häcker 2008, S. 52 - 53

Der Unterschied hierbei liegt für die Gegner im Ziel – während der Tod als Ziel bei der aktiven Sterbehilfe angesehen wird, liegt bei der passiven Sterbehilfe der Zweck darin das Leiden zu vermindern; dies wird schon durch den Abbruch oder den Verzicht von lebenserhaltenden Maßnahmen erreicht. Das heißt, bei der passiven Sterbehilfe wird der Tod zwar vorhergesehen, aber er ist nicht das primäre Ziel der Handlung.¹⁴⁴

Bei der Intention ist also eine Differenzierung nur möglich, wenn man den Tod bei der passiven Sterbehilfe außen vor lässt und somit als Ziel das Sterbenlassen definiert.

Im Grunde genommen könnte man nun aber annehmen, dass es keinen ethischen Unterschied zwischen der aktiven und der passiven Sterbehilfe gibt. Daraus würde sich eine Gleichstellung der beiden Arten schlussfolgern lassen. Doch auch dies ist nicht anzunehmen.

Denn, dass Menschen eine direkte aktive Tötung als viel schlimmer und bedrohlicher empfinden als das passive Pendant, ist auf emotionale Faktoren zurückzuführen. Dabei handelt es sich um eine natürliche Tötungshemmung, die vor allem bei einer aktiven direkten Tötung zum Vorschein kommt. Doch folgt nicht auch auf die passive Sterbehilfe der Tod? Folglich sollten wir daraus nicht schlussfolgern, dass das passive Geschehenlassen nur deshalb ethisch nicht verwerflich ist, weil wir es emotional besser verarbeiten können.¹⁴⁵

Doch woraus besteht dann die Differenzierung der aktiven und der passiven Sterbehilfe?

Um dies zu beantworten, braucht man zunächst Gründe, die die Handlungen der Sterbehilfe rechtfertigen.

7.1.3 Rechtfertigungsprinzipien von Tötungshandlungen

Zunächst einmal wäre vorzuschicken, dass das Tötungsverbot die Grundlage des menschlichen Lebens in einer Gemeinschaft bildet, denn es garantiert den Schutz der

¹⁴⁴ Vgl.: Häcker 2008, S. 53 - 54

¹⁴⁵ Vgl.: Häcker 2008, S. 77 - 79

in dieser Gemeinschaft lebenden Menschen. Dies schließt somit das Recht auf Lebensschutz mit ein.

Doch das Verbot einen anderen Menschen zu töten wird vor allem in Situationen der Notwehr in Frage gestellt – dem Angegriffenen wird erlaubt seinen Angreifer zu töten, wenn sein Leben selbst in Gefahr ist. Dies hat zur Folge, dass das Tötungsverbot, das als eine grundsätzliche Norm in einer Gesellschaft verankert ist, bezweifelt wird. Aus diesem Grunde braucht es in einer menschlichen Gesellschaft gewisse Rechtfertigungsprinzipien, die es erlauben, das Verbot einen Menschen zu töten in bestimmten Situationen außer Kraft zu setzen, ohne dass es dabei aber ihre prinzipielle Gültigkeit verliert.¹⁴⁶

Hierzu gilt es zunächst zwischen zwei Gruppen von Opfern zu unterscheiden, nämlich den Schuldigen und den Unschuldigen.

Im Normalfall wird die Tötung eines Schuldigen nicht als ethisch verwerflich angesehen, da die Tatsache, dass dieser Mensch Schuld hat, seine Tötung rechtfertigt.

Ein Schuldiger, der zum Beispiel das Leben eines anderen Mitmenschen angreift, hat somit gegen das Tötungsverbot verstoßen. Wenn sich der Angegriffene, sein Mitmensch, dann wehrt um sein Leben zu schützen, kann der Schuldige nicht mehr erwarten, dass das Tötungsverbot, gegen das er selbst schon verstoßen hat, für ihn noch gültig ist.

Der Angreifer hat also selbst das Tötungsverbot in Frage gestellt – genau diese Tatsache macht ihn zum Schuldigen. Er hat sich somit selbst aus der Gesellschaft ausgeschlossen, in der die prinzipielle Norm, das Tötungsverbot, gilt. Der Angegriffene hingegen besitzt weiterhin das Recht auf Lebensschutz.¹⁴⁷

„Er hat gegen das Verbot zu töten verstoßen, es in seiner prinzipiellen Gültigkeit in Frage gestellt, und kann es nun nicht mehr sinnvoll für sich selbst in Anspruch nehmen. Für die Gemeinschaft aber behält es selbst mit dem Recht auf Tötung in Notwehr seine prinzipielle Gültigkeit, wird doch damit gerade das Recht auf Lebensschutz unterstrichen. Notwendigerweise muss allerdings eine

¹⁴⁶ Vgl.: Häcker 2008, S. 81

¹⁴⁷ Vgl.: Häcker 2008, S. 84

konkrete Bedrohungssituation vorliegen, damit das Recht auf Lebensschutz das Tötungsverbot aussetzen kann. „¹⁴⁸

Die wissentliche und willentliche Tötung eines Unschuldigen hingegen sehen wir als ethisch nicht vertretbar an, denn er hat nicht gegen das Tötungsverbot verstoßen. Bei der Sterbehilfe geht es jedoch um die Tötung einer unschuldigen Person.

Wie ist diese „Tötungshandlung“ nun zu rechtfertigen? Schließlich hat er sich durch die Einhaltung des Verbots, einen Menschen zu töten, nicht aus der Gesellschaft, in der das Tötungsverbot prinzipiell gilt, ausgeschlossen.

Trotzdem kann ein Unschuldiger aber aus dieser Gemeinschaft isoliert werden – einerseits durch das Ausschlussprinzip – einem Mensch wird aufgrund fehlender Eigenschaften das Tötungsverbot abgesprochen – andererseits durch das Austrittsprinzip – ein Mensch entfernt sich aus eigenem Entschluss aus dem Bereich, in dem das Tötungsverbot gilt.¹⁴⁹

Ausschlussprinzip

„[...] dass beim Ausschlussprinzip einem Betroffenen aufgrund bestimmter Eigenschaften das Recht auf Lebensschutz, das innerhalb einer menschlichen Gemeinschaft gilt, aberkannt wird, weshalb sein Leben zur Disposition gestellt werden kann. „¹⁵⁰

Auf welchen Eigenschaften beruht dieses Ausschlussprinzip?

Dazu muss zunächst der Begriff der Person näher erläutert werden.

Für den Bioethiker Peter Singer ist es ethisch nicht erlaubt, eine Person zu töten. Doch laut ihm ist nicht jeder Mensch eine „Person“ – somit haben auch nicht alle Menschen das Recht auf Lebensschutz, denn nur Personen werden Eigenschaften zuteil, durch welche sie auch auf ein Weiterführen des Lebens interessiert sind.

¹⁴⁸ Häcker 2008, S. 84

¹⁴⁹ Vgl.: Häcker 2008, S. 84 - 86

¹⁵⁰ Häcker 2008, S. 87

Diese Eigenschaften sind für Singer Selbstbewusstsein und Rationalität.

Auch Wünsche und Interessen werden nur den Personen zugeschrieben, denn durch den Umstand, dass eine Person ein selbstbewusstes Wesen ist, ist sie „*sich [...] selbst als einer distinkten Entität bewußt, mit einer Vergangenheit und Zukunft.*“¹⁵¹

Also ist nur ein selbstbewusstes Wesen, eine Person, dazu in der Lage, Wünsche betreffend seiner Zukunft zu haben.

*„Nur eine Person kann weiterleben wollen oder Zukunftspläne haben, denn nur sie kann die Möglichkeit einer zukünftigen Existenz ihrer selbst überhaupt verstehen. Das bedeutet, daß es etwas anderes ist, das Leben einer Person gegen ihren Willen zu beenden, als das Leben eines Wesens zu beenden, das keine Person ist.“*¹⁵²

Personen haben also ein Interesse am Leben beziehungsweise am Weiterleben – dieses Interesse fehlt den Menschen, die keine Personen sind; daher sei es auch nicht verwerflich sie zu töten.

*„Nimmt man einem dieser Menschen ohne seine Zustimmung das Leben, so durchkreuzt man damit seine Wünsche für die Zukunft. Tötet eine Schnecke oder einen 24 Stunden alten Säugling, so vereitelt man keine Wünsche dieser Art, weil Schnecken und Neugeborene unfähig sind, solche Wünsche zu haben.“*¹⁵³

Peter Singer wollte mit seiner These die Konflikte lösen, die sich aus dem Tötungsverbot ergeben. Er konnte dadurch das Leben bestimmter Menschen, die bestimmte Eigenschaften nicht besitzen beziehungsweise an einer Krankheit leiden, in Frage stellen ohne dabei das Tötungsverbot zu tangieren. Er möchte also zeigen, dass man ein menschliches Leben ethisch legitimiert beenden könnte.

¹⁵¹ Singer 1994, S. 123

¹⁵² Häcker 2008, S. 88 (zitiert aus: Singer, Peter: Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik. Fischer: Erlangen, 1998. S. 199f)

¹⁵³ Singer 1994, S. 123

Doch Singers These zum Personenbegriff ruft Zweifel hervor, denn betrachtet man die Eigenschaft Selbstbewusstsein, die unter anderem den Menschen zu einer Person macht, so wird deutlich, dass Menschen, die betäubt sind oder einfach nur schlafen, sogleich getötet werden könnten.¹⁵⁴

Außerdem legitimiert er das Töten von Menschen, die an einer Krankheit oder Behinderung leiden, da sie die Fähigkeit zu Rationalität und Selbstbewusstsein verloren haben und somit auch keine Personen mehr sind.

Doch sind es eigentlich genau die Kriterien Krankheit oder Behinderung, die einen Ausschluss aus der Gesellschaft ermöglichen und nicht das Kriterium, eine Person zu sein oder nicht.

Darüber hinaus zeichnet sich eine menschliche Gemeinschaft aus ethischer Sicht betrachtet dadurch aus, dass sie genau solche Menschen, die schwach und hilflos sind, einen gewissen Schutz gewährt. Würde nun also das Ausschlussprinzip zu einer ethischen Rechtfertigungsstrategie erhoben werden, so würde dieser „natürliche“ Schutz innerhalb einer Gemeinschaft wegfallen. Dies würde wiederum bedeuten, dass jedes Mitglied der Gesellschaft Angst haben muss, getötet zu werden, was nicht zuletzt in der menschlichen Gesellschaft abzulesen ist; so wurden im Sinne eines Ausschlussprinzips viele Gewalttaten gerechtfertigt, sei es nun auf Grund der Rasse, der Religionszugehörigkeit, der politischen Einstellung, u.a.

Das heißt nun, dass das Ausschlussprinzip zwar als sehr plausibel erscheinen mag, wenn es um die Rechtfertigung von Tötungshandlungen gegenüber Unschuldigen geht. Doch bei näherer Betrachtung ist festzustellen, dass sich dahinter gewisse Schwierigkeiten verbergen, da es immer die Gesellschaft ist, die die Ausschlusskriterien bestimmt.¹⁵⁵

Somit kann das Ausschlussprinzip dem Ruf einer ethischen Rechtfertigung von Tötungen Unschuldiger als Prinzip des Täters nicht nachkommen.

¹⁵⁴ Vgl.: Häcker 2008, S. 88 - 92

¹⁵⁵ Vgl.: Häcker 2008, S. 95 - 96

Austrittsprinzip

„[...] tritt beim Austrittsprinzip der Betreffende selbst, durch seinen eigenen Entschluss, aus dem den Lebensschutz gewährenden Raum der Gemeinschaft aus. Indem er seinen Tod frei wählt, entzieht er sich damit selbst dem Geltungsbereich des Tötungsverbots.“¹⁵⁶

Das Austrittsprinzip spielt in Bezug auf die Sterbehilfe eine prägnante Rolle, da innerhalb der Sterbehilfedebatte die Sterbehilfe mit dem Wunsch eines Menschen zu sterben, gerechtfertigt wird.

Es ist hierbei also nicht die Gesellschaft, die aussucht, wem das Recht auf Lebensschutz zuteil wird, sondern der Einzelne trifft selbst die Entscheidung über sein Leben und somit auch darüber, ob der zu der Gemeinschaft gehören will, in der das Tötungsverbot gilt.

Das Austrittsprinzip ist daher eng verbunden mit der Autonomie eines Menschen, die erlaubt, dass jeder Mensch das Recht hat, frei über sein Leben und somit auch über seinen Tod verfügen kann.

Doch muss man dabei zwischen einem „frei verantwortlichen Handeln“ und einem „nicht freien Handeln“ unterscheiden, da das Handeln von äußeren Umständen beeinflusst werden kann.

Vor allem im Falle der Sterbehilfe darf nicht außer Acht gelassen werden, ob ein Schwerkranker, der unter unerträglichen Schmerzen leidet, überhaupt fähig ist, frei zu entscheiden. Seine Handlungsfreiheit kann durch diverse Ängste beeinträchtigt sein.

Ob dieser Zweifel besitzen doch viele Menschen die Fähigkeit, dass sie sich bewusst mit ihrer Krankheit, der möglichen Behandlungen und zuletzt auch mit den Folgen, die diese oder jene Entscheidung mit sich bringt, auseinandersetzen.

Es gibt also durchaus die Möglichkeit, dass Menschen in ausweglosen und hoffnungslosen Situationen fähig sind, frei über ihr Leben oder Sterben zu entscheiden. Gewiss muss dabei sichergestellt sein, dass der Sterbewunsch nicht etwa durch eine psychische Krankheit ausgelöst wurde, oder, dass der Sterbende einem Druck von außen ausgesetzt wird.

¹⁵⁶ Häcker 2008, S. 97

Somit kann das Austrittsprinzip insofern als ethisches Rechtfertigungsprinzip dienen, indem es als Prinzip des Opfers dem Schwerkranken die Möglichkeit gibt, frei über sein Leben und Sterben entscheiden zu können.¹⁵⁷

7.2 Aktive Sterbehilfe

7.2.1 Gründe für die freiwillige aktive Sterbehilfe

Die Befürworter einer „Tötung auf Verlangen“ stützen sich häufig auf das Argument, dass jeder Mensch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben hat. Das heißt, dass der Autonomie des Patienten auf alle Fälle Folge geleistet werden soll. Außerdem zeugt es von einer gewissen Unmenschlichkeit, wenn man einem euthanasiewilligen Patienten, der unter unerträglichen Schmerzen leidet, die Tötung verweigern würde.

Ein weiterer Einwand für die aktive Sterbehilfe ist, dass es für die Befürworter keinen Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen gibt, denn aus beiden resultiert der Tod. Das Argument, dass einmal der Tod herbeigeführt und beim anderen Mal der Tod in Kauf genommen wird, ist für sie nicht haltbar, da beides vorsätzlich geschieht.¹⁵⁸

Darüber hinaus gibt es oft auch noch einen anderen wichtigen Grund, der vor allem die Wirtschaft betrifft, denn, durch – beispielsweise - den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, kann sehr viel Geld gespart werden.¹⁵⁹

Aktive Euthanasie sollte dabei an drei Bedingungen gebunden sein – erstens muss der Patient öfter den Wunsch äußern, sterben zu wollen, zweitens muss dieser unheilbar krank sein und unter unerträglichen Schmerzen leiden, und drittens muss die Tötung von einem Arzt unter Kontrolle eines Kollegen durchgeführt werden.

¹⁵⁷ Vgl.: Häcker 2008, S. 97 - 112

¹⁵⁸ Vgl.: Pöltner 2006, S. 262 - 263

¹⁵⁹ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 62 - 63

Daraus ergibt sich auch das Rechtfertigungsprinzip, mit dem am häufigsten argumentiert wird – nämlich das „Argument der Selbstverfügung“¹⁶⁰:

„Jeder Mensch hat das Recht, sich zu töten. Da er dieses Recht hat, hat er auch das Recht, im Bedarfsfall jemand anderen zu bitten, ihn an seiner Stelle zu töten; und da ein Arzt am Besten in der Lage ist, sowohl die medizinischen Umstände des Bedarfsfalls zu beurteilen wie einen Menschen schmerzlos zu töten, kann der Sterbewillige sein Selbsttötungsrecht an den Arzt delegieren. Dem Arzt ist es unter diesen Umständen moralisch erlaubt, den Patienten zu töten.“¹⁶¹

Dieses Argument der Selbstverfügung enthält also sowohl das Recht auf Selbsttötung, als auch das Recht, sich töten zu lassen. Außerdem scheint es nicht moralisch verwerflich zu sein, wenn man unter bestimmten Bedingungen tötet, beziehungsweise ist es auch für Ärzte nicht unmoralisch, unter diesen bestimmten Bedingungen zu töten.

7.2.2 Gründe gegen die freiwillige aktive Sterbehilfe

Die Befürworter der aktiven Sterbehilfe rechtfertigen ihre Meinung mit drei Argumenten: das Recht auf selbstbestimmtes Sterben, das „Nicht-Töten“ schränkt die Autonomie des Patienten ein und zwischen Töten und Sterbenlassen gibt es keinen Unterschied.

Doch wie sieht es nun mit den Einwänden gegen eine aktive Sterbehilfe aus? Denn, sollte die Patientenautonomie nicht in allen Fällen gelten? Hat der Mensch nicht das Recht zu sagen, wann und wie er sein Leben beenden möchte?

Was die Autonomie und den Tötungswunsch eines Patienten betrifft, ist zunächst einmal zu beachten, dass der Wunsch getötet zu werden oft situationsabhängig ist. Denn oftmals ist er einfach nur ein Zeichen dafür, dass sich derjenige einsam und

¹⁶⁰ Leist 1996, S. 8

¹⁶¹ Leist 1996, S. 8

alleine fühlt und einfach nur nach menschlicher Zuwendung sucht. Hat er diese dann erfahren, erlischt meist auch der Tötungswunsch.

Die Autonomie eines Patienten kann durchaus auch eingeschränkt sein, sei es durch eine Krankheit oder durch die damit verbundenen Leiden.¹⁶²

Wie aber verhält es sich, wenn es sich um einen gut überlegten und freiwilligen Tötungswunsch handelt?

Viele rekurren darauf, dass das Respektieren einer fremden Autonomie nicht gleichzusetzen ist mit der ethischen Begründung der Tötung auf Verlangen. Denn die Autonomie eines anderen zu achten heißt nicht gleich, ihn auf sein Verlangen hin zu töten. *„Tötung auf Verlangen wäre [demnach] nicht Achtung, sondern das genaue Gegenteil, nämlich Vernichtung fremder Autonomie [...]“*¹⁶³ Wer also eine Autonomie von jemanden achtet, der achtet das Leben eines Menschen. Wenn die Achtung der Autonomie automatisch implizieren würde, dass man einen Patienten auf dessen Wunsch hin töten sollte, dann wäre die Konsequenz daraus, dass der Arzt jedem Tötungsverlangen – egal aus welchen Gründen und zu welchem Zeitpunkt – nachzugehen hat.

Dies würde eine Instrumentalisierung des Arztes zur Folge haben.¹⁶⁴

Schließlich ist es ja nicht der Patient selbst, der sich tötet, sondern er benötigt die Hilfe eines Arztes. Somit dürfen, trotz der Vorrangstellung der Patientenautonomie, die Eigenverantwortung und die Urteilsfähigkeit der Ärzte nicht an die Seite gedrängt werden.¹⁶⁵

Viele Patienten wollen oft deshalb nicht mehr leben, weil sie befürchten, dass sie durch die vielen medizinischen Neuerungen keine Chance auf einen menschenwürdigen Tod haben.

Nun stellt sich die Frage, ob zu einem menschenwürdigen Sterben auch das Sterben auf Verlangen gehört? Stirbt jemand „unwürdig“, wenn man seinem Wunsch auf Tötung nicht nachkommt?

Tatsache ist, dass die Existenz eines Menschen nicht menschenunwürdig sein kann; es können nur die Umstände, in denen sich dieser Mensch befindet

¹⁶² Vgl.: Pöltner 2006, S. 265

¹⁶³ Pöltner 2006, S. 266

¹⁶⁴ Vgl.: Pöltner 2006, S.266 - 267

¹⁶⁵ Vgl.: Leist 1996, S. 13 - 14

menschenunwürdig sein. Das heißt, dass der Verlust bestimmter Eigenschaften den Menschen nicht unwürdig machen kann.

Zählt man nun also Kranksein und Sterben zu der Kategorie der Zustände und nicht zu den Umständen, so kann man nur unter menschenunwürdigen Umständen sterben. Das heißt, unwürdig können nur die Umstände sein, aber nicht das Sterben selbst.

„Kranksein oder Sterben sind nicht Umstände, sondern Zustände des Lebens. Ich befinde mich in einem Zustand. Zustände sind Befindlichkeiten, Weisen menschlicher Weltoffenheit. [...] Ich befinde mich im Zustand der Krankheit heißt, ich bin krank. Nicht aber befinde ich mich im Umstand der Krankheit. Ich lebe nicht unter dem Umstand der Krankheit, sondern ich bin krank, und jemand lebt nicht unter dem Umstand des Sterbens, sondern er stirbt.“¹⁶⁶

Wenn also ein Leben Würde hat, so kann nicht an eine aktive Sterbehilfe appelliert werden mit dem Verweis, dass der Patient ansonsten ein menschenunwürdiges Leben führen müsste.

Menschenwürdig sterben kann also nicht heißen, getötet zu werden. Wenn ein Patient „unwürdig“ sterben muss, dann aus der Tatsache heraus, dass er keinen adäquaten Sterbebeistand erhalten hat, und nicht dadurch, dass ihm die verlangte Tötung nicht zugesprochen wurde.¹⁶⁷

Ein weiteres Argument, das bei der Debatte gegen die aktive Sterbehilfe herangezogen wird, ist, dass sie durch eine falsche Diagnose ausgelöst werden kann. Sollte ein Patient durch eine falsche Diagnose getötet werden, hätte dies natürlich fatale Folgen, die nicht mehr rückgängig gemacht werden könnten.

Außerdem verringert die aktive Sterbehilfe die Möglichkeiten der Mediziner, sich neuere und bessere Therapiemöglichkeiten anzueignen, da sie das Leben ja verkürzt.

¹⁶⁸

¹⁶⁶ Pöltner 2006, S. 270 - 271

¹⁶⁷ Vgl.: Pöltner 2006, S. 271

¹⁶⁸ Vgl.: Leist 1996, S. 15 - 16

Ein nächstes Problem stellt die Unvereinbarkeit von aktiver Sterbehilfe und ärztlichem Ethos dar, da das Töten nicht zu den Aufgaben des Arztes gehört. Zunächst einmal verbietet der hippokratische Eid die Mithilfe eines Arztes bei Abtreibung und Selbstmord, durch die Forderung, niemals menschlichem Leben zu schaden.

*„Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil, sie schützen vor allem, was ihnen Schaden und Unrecht zufügen könnte.
Nie werde ich, auch nicht auf eine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen. Gleicherweise werde ich niemals einer Frau ein fruchtabtreibendes Mittel geben. Heilig und rein werde ich mein Leben bewahren und meine Kunst.“¹⁶⁹*

Der hippokratische Eid mag zunächst einmal sehr altertümlich wirken, doch wird auch in den „modernen“ Grundsätzen ärztlicher Ethik auf europäischer Ebene Rekurs darauf genommen, in dem sie vorschreiben, dass es Aufgabe des Arztes ist zu heilen, Leiden zu lindern, die Lebensqualität des Patienten zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen und den Sterbenden bis zum Tod beizustehen.

„Es ist Aufgabe des Arztes [...] unter Achtung vor dem Leben und der Würde des Menschen [...], die körperliche und geistige Gesundheit des Menschen zu schützen und sein Leiden zu lindern.

[...]

Der Arzt darf seine beruflichen Kenntnisse nur zur Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit der Menschen, die sich ihm anvertrauen und nur auf deren Ersuchen einsetzen. Er darf in keinem Fall zu ihrem Schaden tätig werden.

[...]

Im terminalen Stadium einer unheilbaren Erkrankung kann der Arzt sich darauf beschränken, die körperlichen und moralischen Leiden des Patienten zu lindern, wobei er sich darauf beschränkt, diesen in geeigneter Form zu behandeln und die Lebensqualität des Sterbenden so weit wie möglich zu erhalten. Es ist ein

¹⁶⁹ <http://www.maschessnig.at/doktor/eid.htm>

unabdingbares Gebot, dem Sterbenden bis zu seinem Tode beizustehen und so vorzugehen, daß seine Würde unangetastet bleibt.“¹⁷⁰

Ein wichtiger Punkt scheint dabei die These zu sein, dass der Arzt dazu verpflichtet wird, die Gesundheit des Patienten zu erhalten oder wiederherzustellen. Eine Tötung hat damit aber nichts zu tun. Das heißt, dass die Ärzte zwar die fachlichen Kenntnisse für eine Tötung haben, dadurch sind sie aber nicht gleich für eine Tötung zuständig.

Viele Befürworter der aktiven Sterbehilfe berufen sich auf das Argument, dass das ärztliche Ethos als konservativ einzustufen sei, da es nicht mehr den Anforderungen einer modernen Gesellschaft entsprechen würde. Sie plädieren auf eine neue Definition der ärztlichen Rolle, in der der Arzt nicht nur heilt und Leben erhält, sondern auch als Helfer fungiert, der sich nach den individuellen Wünschen der Patienten richtet.

Die Ärzteschaft aber negiert diese Forderung aus dem Grund, dass damit eine Umdeutung ärztlichen Handelns vollzogen wird. Denn ärztliches Handeln wird somit auf eine gewisse Art und Weise zu einem technischen Herstellen. Doch Ärzte sind nicht zu einem Herstellen (z.B.: Herstellung des Todes), sondern zu einer Wiederherstellung des Gesundheitszustandes verpflichtet¹⁷¹

Bei einer Billigung der aktiven Sterbehilfe läuft es auf die Gefahr hinaus, dass das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem Patient beeinträchtigt werden könnte.

Denn die Patienten würden das Vertrauen in ihren Arzt verlieren, wenn sie bei einem Arztbesuch fürchten müssten, vielleicht ohne ihre Einwilligung oder ohne richtige Diagnose getötet zu werden.¹⁷²

Somit würde der Arzt von einem Helfer zum Töter „mutieren“ und eine adäquate Bewältigung der Situation von Not und Hilfe wäre de facto unmöglich.

Befürworter der aktiven Sterbehilfe wenden dabei im Gegenteil ein, dass eine Institutionalisierung eher zu einem Anstieg des Vertrauens führen kann, da die

¹⁷⁰ Grundsätze ärztlicher Ethik

¹⁷¹ Vgl.: Pöltner 2006, S. 276 - 277

¹⁷² Vgl.: Leist 1996, S. 18

Aussicht auf Erfüllung des Tötungswunsches, den Sterbewilligen eher dazu veranlasst, mehr Vertrauen in seinen Arzt zu schöpfen.

Wenn aber das Vertrauen in die Grundhaltung des Berufes „Arzt“ durch eine Institutionalisierung der aktiven Sterbehilfe schwindet, und der Arzt damit auch von seinen Grundhaltungen abweicht, entsteht eher das Gefühl des Misstrauens; das heißt, den Ärzten wird eher misstraut, als vertraut. Und dies kann keine Basis für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung darstellen.¹⁷³

Dieses Misstrauen macht den Patienten sodann zu einem Opfer; denn ein Arzt ist somit befähigt einen Menschen unter bestimmten Voraussetzungen zu töten. Doch wie verhält sich die Situation, wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind? Denn einen Missbrauch durch Ärzte kann auch durch beste Kontrollen dieser nicht ausgeschlossen werden.¹⁷⁴

7.2.3 Suizid und assistierter Suizid

„Der Wunsch nach Sterbehilfe ist [...] eigentlich ein Suizidwunsch. Das ist bei sterbenden Menschen nichts anderes als bei Menschen in anderen Lebenskrisen.“¹⁷⁵

Suizidale Handlungen kommen vor allem bei älteren Menschen vor, die sich in schweren Lebenskrisen befinden.

Doch warum geraten Menschen in solchen Lebenskrisen in die „Gefahr“ des Suizids?

Unsere stabilisierenden Elemente, die uns normalerweise Stütze und Hilfe gewährleisten, versagen meist in solchen Situationen – so verlieren wir dann die Menschen, die uns am meisten bedeuten oder unser Beruf wird uns plötzlich gleichgültig. Somit hat in unserem Leben nichts mehr eine so bedeutende Rolle und der Tod erscheint uns als der einzige Ausweg. Der Suizid wird dann als die Lösung der Krise angesehen.¹⁷⁶

¹⁷³ Vgl.: Pöltner 2006, S. 278 - 279

¹⁷⁴ Vgl.: Leist 1996, S. 18

¹⁷⁵ Klie, Student 2007, S. 109

¹⁷⁶ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 105 - 107

Vor allem bei älteren Menschen kommt der Gedanke an einen Suizid häufig vor, geprägt durch die Angst vor Vernachlässigung und Respektlosigkeit, durch die Angst vor Schmerzen und anderen körperlichen Beschwerden und durch die Angst, dass sie anderen zur Last fallen können.¹⁷⁷

Es ist also nichts Ungewöhnliches, dass man bei schwer kranken Menschen – vor allem in den älteren Lebensjahren- mit dem Suizidgedanken konfrontiert wird.

Der Tötungswunsch wird aber oftmals nicht nur vom schwerkranken Menschen geäußert; auch Angehörige, die diesen meist begleiten oder pflegen, sehnen sich nach dem baldigen Tod desjenigen Menschen. Der Grund dafür besteht meist aus dem Mitleidsprinzip, das heißt, dass gerade hilfsbereite Menschen oft dazu neigen, mit dem kranken oder bald sterbenden Menschen Mitleid zu empfinden.

Doch können wir mit einem anderen leiden?

Aus psychologischer Sicht betrachtet können wir nur an und mit uns selbst leiden – der Kranke leidet also für sich sowie der Helfende oder Pflegende für sich leidet.

Durch das Leiden - beziehungsweise Mitleiden - des Helfenden wird meistens dessen eigene Not ausgedrückt, dass er mit seiner eigenen Situation (zum Beispiel den schwer kranken Menschen über Jahre hinweg zu pflegen) gänzlich überfordert ist.¹⁷⁸

Wenn sich ein entscheidungsfähiger Patient, der unter einer unheilbaren Krankheit leidet, zum Suizid entschließt, hilft es meist nichts, wenn man diesem Zuwendung und eine umfassende Versorgung entgegenbringt. Denn *„der Suizid eines unheilbar Kranken dürfte nahe bei dem liegen, was als „Bilanzsuizid“ bezeichnet wird, also ein Handeln darstellen, bei dem jemand in freier Verantwortung und nach ernsthafter Erwägung seiner Perspektiven den Entschluss fasst, nicht mehr leben zu wollen“*¹⁷⁹.

Ethisch betrachtet, bringt der Suizid - schon seit der Antike bis heute - Kontroversen mit sich. So wurde in der griechischen Antike der Suizid als unzulässig eingestuft – Platon sah die Selbsttötung als einen „Verstoß gegen den Willen der Götter“ und

¹⁷⁷ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 112

¹⁷⁸ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 119

¹⁷⁹ Nationaler Ethikrat 2006, S. 79

Aristoteles verstand darunter ein „Unrecht gegen die Polis“. Dagegen wurde im Römischen Reich der Suizid nicht verurteilt, da die Selbsttötung als natürliches Recht des Menschen angesehen wurde.

Die christliche Kirche vertrat wiederum die Auffassung, dass jede Form der Selbsttötung nicht zulässig ist; somit wurde auch über Jahrhunderte hinweg jeder Selbstmordversuch mit Kirchenbußen versehen.¹⁸⁰

Auch Kant plädierte für die Bestrafung des Suizids, da er „in der „Selbstentleibung“ einen Verstoß gegen die Selbsterhaltungspflicht und ein „Verbrechen (Mord)“, mehr noch eine Vernichtung des Sittengesetzes sowie die Verletzung der Würde des Menschen“¹⁸¹ sah.

Aktuell gesehen, werden in der ethischen Bewertung von Zulässigkeit und Unzulässigkeit des Suizids zwei unterschiedliche Positionen vertreten:

Nach der ersten Auffassung ist der Suizid moralisch nicht zulässig, denn er steht als Widerspruch zum Leben.

„In ihm widerspreche der Einzelne nicht nur dem Impuls, aus dem er lebt; er widerlege nicht nur die Absichten, die sein Handeln bis dahin geleitet haben; er stelle sich auch in Gegensatz zu allen, die seinem Dasein beigetragen haben.“¹⁸²

Das Urteil, dass jeder Suizid moralisch nicht gebilligt werden kann, kann aber nicht unbedingt gelten, da immer jeder Fall individuell betrachtet werden muss. Demnach wird die Selbsttötung nicht verurteilt, wenn ein schweres, unheilbares Leiden vorliegt und der Tod nicht mehr zu verhindern sei.¹⁸³

Die zweite Position argumentiert mit der ethischen Zulässigkeit der Selbsttötung, solange damit keine Rechte und Ansprüche von anderen Personen verletzt werden. Der Suizidwunsch eines entscheidungsfähigen, unheilbar Kranken soll demnach verstanden und auch respektiert werden.

¹⁸⁰ Vgl.: Nationaler Ethikrat 2006, S. 78 - 80

¹⁸¹ Nationaler Ethikrat 2006, S. 80

¹⁸² Nationaler Ethikrat 2006, S. 81

¹⁸³ Vgl.: Nationaler Ethikrat 2006, S. 81

„[...] so müsse gerade auch die persönliche Vorstellung vom richtigen Sterben bis hin zum Suizid als ultimo ratio respektiert werden. Vorauszusetzen sei selbstverständlich, dass der Selbsttötungswunsch ernsthaft bedacht sei.“¹⁸⁴

Fakt ist, dass sich trotz der Suizidgedanken, die betroffenen Menschen nicht selbst töten, sondern den Ausweg der Tötung durch andere suchen. Denn durch den menschlichen Überlebenstrieb sind wir normalerweise nicht in der Lage uns selbst zu töten. Daher sind wir auf die Hilfe eines anderen Menschen angewiesen, der uns *„darin unterstützt und dabei hilft, die Sperre in unserer Seele zu überwinden.“¹⁸⁵* Darauf basierend entstand auch die Technik des assistierten Suizides – eine Sonderform der Euthanasie – bei der auf Wunsch des Schwerkranken durch einen Arzt ein Gift verschrieben wird, das ihm durch einen Helfer gereicht wird. Verabreichen muss es sich der Kranke jedoch selbst.¹⁸⁶

Analog dazu verläuft auch der „Tötungswunsch“ der Angehörigen oder Pflegenden. Der Tötungsgedanke ist zwar vorhanden, doch der wirkliche Akt kann nicht durchgeführt werden, ausgelöst durch die eben erwähnten Sperren oder Barrieren in unserer Seele, die uns daran hindern, einen Mitmenschen zu töten. Diese Grenzen zur Tötung werden aber minimiert, wenn ein anderer dazu bereit ist, den Tötungsvorgang zu unterstützen.¹⁸⁷

„Aktive Sterbehilfe wird [...] zum Ausdruck extremer Hilflosigkeit in der Begegnung zweier Menschen, die sich in einer subjektiv unlösbar erscheinenden Krisensituation treffen. [...] In der Euthanasie-Handlung erleben beide den Selbsttötungswunsch respektive den Fremdtötungswunsch des jeweils anderen als eine Erleichterung für die Durchführung des je eigenen Impulses: Der suizidale Mensch, dessen suizidaler Handlungsimpuls durch eigene „Überlebens-Instinkte“ instinktiv gebremst wird, kann dies durch die Unterstützung eines tötungsbereiten Helfers kompensieren. Dessen „psychische

¹⁸⁴ Nationaler Ethikrat 2006, S. 82

¹⁸⁵ Klie, Student 2007, S. 114

¹⁸⁶ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 114

¹⁸⁷ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 124

Bremse“ zur Tötungshandlung andererseits wird gelockert durch den dringenden Suizidwunsch des Handlungspartners.“¹⁸⁸

Der assistierte Suizid wird insofern von der aktiven Sterbehilfe unterschieden, als die Tötungshandlung vom Patienten ausgeführt wird, und nicht vom Helfer, der „lediglich“ als Bereitsteller des tödlichen Mittels fungiert.

Doch erstreckt sich die Verantwortung des Helfers nicht nur auf die zur Verfügungstellung des Mittels, sondern auch darauf, dass der Helfer den Suizid akzeptiert, indem er die Motive und Gründe für die Selbsttötung und somit auch ihre Folgen akzeptiert. *„Wer das Mittel zur Verfügung stellt, trägt Mitverantwortung an dem Suizid.“¹⁸⁹*

Vor allem in den Fällen, wo ein Arzt als Helfer fungieren soll, gehen die Auffassungen der Menschen auseinander. So stellt sich die Frage, ob die Beihilfe zum Suizid in den ärztlichen Ethos integriert werden sollte?¹⁹⁰

Die ärztliche Suizidbeihilfe ruft demnach viele Kontroversen hervor; so werden drei verschiedene Positionen vertreten.

Die Befürworter der ersten Position argumentieren, dass die Beihilfe zum Suizid durch Ärzte nicht zulässig sei und jeder einzelne Fall daher ausnahmslos zu ahnden sei.¹⁹¹

Laut deren Auffassung, widerspricht die Beihilfe zum Suizid dem beruflichen Auftrag des Arztes. Das Bereitstellen von tödlichen Mitteln und die direkte Beteiligung am Suizid eines Menschen wären mit dem ärztlichen Ethos nicht zu vereinen.

Außerdem könnte man nie genau feststellen, ob der Suizidwunsch *„tatsächlich einem frei verantworteten und ernsthaft bedachten Entschluss entspringt und nicht einer depressiven Verstimmung oder einer vorübergehenden seelischen Krise“*.¹⁹²

Die Vertreter der zweiten Position plädieren für eine *„bedingte standesrechtliche Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe“*.¹⁹³ In diesem Fall wird wieder an das

¹⁸⁸ Klie, Student 2007, S. 127

¹⁸⁹ Pöltner 2006, S. 283

¹⁹⁰ Vgl. Pöltner 2006, S. 282 - 285

¹⁹¹ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 135

¹⁹² Nationaler Ethikrat 2006, S. 85

Selbstbestimmungsrecht des Patienten appelliert, welches der Arzt zu respektieren hat. So könnte die Beihilfe zum Suizid in den ärztlichen Ethos integriert werden, da der Arzt zum Wohl des Patienten handelt, wenn dieser im Falle einer unheilbaren Krankheit entschlossen hat, sich zu töten. Außerdem könnte der Arzt aufgrund seiner medizinischen Kompetenzen verhindern, dass der Patient bei der Durchführung der Selbsttötung unnötigerweise mehr leiden müsste beziehungsweise, dass beim Vollzug unvorhergesehene Schwierigkeiten auftreten könnten.

Dem Argument, dass Ärzte nicht genau abschätzen können, ob der Patient entscheidungsfähig ist und frei von einem äußeren Druck handelt, wird folgendermaßen entgegengesetzt: Ärzte sind durchaus in der Lage zu beurteilen, ob ein Patient entscheidungs- und urteilsfähig ist, denn die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit fällt in den alltäglichen Aufgabenbereich der Ärzte.

Die Vertreter dieser Position sind also grundsätzlich dafür, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid berufsrechtlich zu billigen sei, sofern der Patient unter einer unerträglichen und unheilbaren Krankheit leidet, er entscheidungsfähig ist und sich einer medizinischen Beratung und einer ausreichenden Bedenkzeit „unterzogen“ hat.

194

Gemäß der dritten Position soll die Beihilfe zum Suizid zwar nicht gebilligt, doch soll in einzelnen Fällen und unter bestimmten Umständen von einer standesrechtlichen Ahndung abgesehen werden.¹⁹⁵

Das heißt, dass zwar die Verpflichtung auf Erhalt des Lebens des Patienten gilt, doch kann der Arzt nach langer medizinischer Begleitung zu der Entscheidung kommen, dass der Suizidwunsch des Patienten auch aus ärztlicher Sicht nachvollziehbar ist. Somit wäre die Beihilfe zum Suizid eine Gewissenentscheidung des Arztes, der dann die Verantwortung für die Hilfe bei der Durchführung des „Tötens“ übernimmt.¹⁹⁶

„Standesethisch sollen derartige Gewissensentscheidungen als tragische Einzelfallentscheidungen gebilligt und auch berufsrechtlich nicht

¹⁹³ Grimm, Hillebrand 2009, S. 136

¹⁹⁴ Vgl.: Nationaler Ethikrat 2006, S. 86 - 87

¹⁹⁵ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 136

¹⁹⁶ Vgl.: Nationaler Ethikrat 2006, S. 87 - 88

geahndet werden.“¹⁹⁷

Trotz der verschiedenen Auffassungen, sieht das Gesetz in Österreich vor, den assistierten Suizid zu verbieten und auch zu ahnden.

Dies nicht zuletzt aus den folgenden Gründen:

Die institutionalisierte Billigung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid könnte einen Erwartungsdruck erzeugen; das heißt, dass von älteren oder schwerkranken Menschen erwartet wird, dass sie die Beihilfe zum Suizid verlangen, damit sie anderen nicht zur Last fallen oder, damit sie nicht unnötige Geld „verschlingen“, welches für andere heilbare Patienten nötiger gebraucht werden würde.

Außerdem könnte die Institutionalisierung nicht erwünschte Auswirkungen auf die Gesellschaft haben, indem sie ein suizidfreundliches Klima zur Folge hätte, was wiederum heißt, dass die Tötung auf Verlangen als die zweckmäßigere und effizientere Variante hervortritt.¹⁹⁸

7.3 Passive Sterbehilfe

Bei der passiven Sterbehilfe ist es wichtig zwischen einem äußerungsfähigen und einem nicht äußerungsfähigen Patienten zu unterscheiden.

Im Falle eines äußerungsfähigen Patienten herrscht weitgehend die Einigkeit, dass es ethisch vertretbar ist, einen Menschen auf seinen aktuellen und ausdrücklichen Wunsch hin sterben zu lassen, wenn dieser die Einleitung oder Fortführung medizinischer Maßnahmen ablehnt.

Das heißt, dass ein Arzt zwar dazu verpflichtet ist, das Leben eines Menschen zu erhalten; wenn aber der Patient ausdrücklich verlangt eine medizinische Behandlung abubrechen, so ist der Arzt dazu verpflichtet, dem Willen des Patienten zu folgen.

¹⁹⁷ Nationaler Ethikrat 2006, S. 88

¹⁹⁸ Vgl.: Pöltner 2006, S. 284 - 285

Der Arzt sollte damit auch keine strafrechtlichen oder berufsrechtlichen Sanktionen einbüßen müssen.¹⁹⁹

Ethisch gesehen gibt es also keine Diskussion, dass medizinische Maßnahmen von einem entscheidungs- und äußerungsfähigen Patienten - nach reiflicher Überlegung und mit dem Wissen um die Konsequenzen - abgelehnt werden können.

Und doch gibt es immer wieder Uneinigkeit, wenn es um bestimmte medizinische Maßnahmen geht, nämlich die ethische Rechtfertigung des Verzichts auf künstliche Ernährung.²⁰⁰

Die künstliche Ernährung zählt in erster Linie zu den Maßnahmen der Lebenserhaltung. Aus diesem Grund gibt es immer wieder Diskussionen, dass der Verzicht auf künstliche Ernährung nicht ethisch zulässig sei.

Die Gegner argumentieren dabei, dass dadurch der Tod des Patienten durch Verhungern oder Verdursten ausgelöst wird, da die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zur medizinischen Basisversorgung gehört.

Entgegen dieser Meinung steht aber die Argumentation, dass der Verzicht auf künstliche Ernährung nicht allein den Tod verursacht. Denn schon allein die Tatsache, dass der Patient durch die Folgen seiner Krankheit nicht mehr in der Lage ist, sich auf natürlichem Wege zu ernähren, führt unweigerlich zum Tode. So „*sei [...] der Verzicht auf künstliche Ernährung lediglich als ein Nicht-Aufhalten eines zuvor durch andere Ursachen bewirkten Sterbeprozesses zu sehen.*“²⁰¹

Außerdem würde es wieder gegen den Willen des Patienten verstoßen, wenn die künstliche Ernährung, trotz ausdrücklicher Ablehnung des Patienten, durchgeführt werden würde.²⁰²

Der Nationale Ethikrat²⁰³ bezieht diesbezüglich die Meinung, dass in der Vergangenheit der Abbruch der künstlichen Ernährung als eine Tötung gewertet wurde, da Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr zur Basisversorgung gezählt haben, und auch der Patient nicht das Recht hatte, auf diese zu verzichten.

In der Gegenwart hat sich die Sachlage aber dahingehen verändert, dass nun eine Unterscheidung getroffen wird, ob es sich „*um das Eingehen auf subjektive*

¹⁹⁹ Vgl.: Nationaler Ethikrat 2006, S. 75

²⁰⁰ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 92 - 96

²⁰¹ Grimm, Hillebrand 2009, S. 98

²⁰² Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 97 - 99

²⁰³ Vgl.: Nationaler Ethikrat 2006, S. 75 - 77

Empfindungen wie das Stillen von Durst oder Hunger handelt oder ob eine medizinische Maßnahme der Lebenserhaltung in Frage steht.“²⁰⁴

Wobei das Stillen von Hunger und Durst noch immer zur medizinischen Basisversorgung und die künstliche Ernährung - ohne die subjektive Empfindung von Hunger und Durst - zu medizinischen lebenserhaltenden Maßnahmen zählt, die wiederum an die Einwilligung des Patienten gebunden ist.

Handelt es sich aber um einen äusserungsunfähigen Patienten, so ist der Arzt dazu verpflichtet, dass er auf frühere Willensäußerungen des Patienten zurückgreift. Besteht aber keine eindeutige frühere Willenserklärung, zum Beispiel in Form einer Patientenverfügung, und können somit nicht alle Zweifel ausgeräumt werden, so gilt in jedem Fall die Erhaltung des Lebens.

Dies gilt somit auch für Menschen, die nie die Fähigkeit besaßen, einen eigenen Willen zu bilden, oder für Wachkomapatienten. Denn alleine die Unmöglichkeit einer Willensbildung oder der Zustand des Wachkomas sind noch kein Indiz dafür, dass der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat. Das heißt, dass in solchen Fällen immer lebenserhaltende Maßnahmen eingesetzt werden müssen, außer der Patient hat in der Vergangenheit eine eindeutige Erklärung zur Ablehnung abgefasst.²⁰⁵

7.4 Terminale Sedierung²⁰⁶

Die moderne Medizin schafft es zwar 93bis 98 Prozent der seelischen und körperlichen Leiden und Schmerzen, die in der Endphase des Lebens zu Vorschein treten, zu lindern – doch was passiert mit den übrigen wenigen Menschen, bei denen keine ausreichende Symptomkontrolle erreicht werden kann?

Hier bietet sich die Methode der terminalen Sedierung an. Angelehnt an die Praktiken der Anästhesie - wo zum Beispiel durch einen Unfall verletzte Menschen

²⁰⁴ Nationaler Ethikrat 2006, S. 76

²⁰⁵ Vgl.: Nationaler Ethikrat 2006, S. 78

²⁰⁶ „Bezeichnung für die Gabe von Beruhigungsmitteln bis hin zur Erzeugung völliger Bewusstlosigkeit mit dem Ziel der Symptomkontrolle, die ohne dies zu beabsichtigen, zu einer Beschleunigung des Sterbeprozesses in der Endphase des Lebens führen kann.“ (Klie, Student 2007, S. 188)

in ein künstliches Koma versetzt werden, damit so eine Entlastung des Körpers hergestellt, eine gute Regeneration ermöglicht, die Körperfunktionen überwacht und eine Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gewährleistet werden können, mit dem Ziel, den Menschen möglichst wieder gesund weiterleben zu lassen – wird auch bei der terminalen Sedierung der Schwerstkranke in eine gewisse Art von Narkose versetzt, damit er seine Schmerzen nicht mehr spürt.

Doch ob dieser Parallelen, gibt es bei dieser Methode der Sterbehilfe ein beachtliches Problem, welches in der Situation des Patienten liegt. Der Komapatient hat die Möglichkeit wieder gesund zu werden, dem Sterbenskranken hingegen bleibt diese Chance verwehrt.

Aus dem Grund, dass dieser Patient nicht mehr gesund werden kann, nimmt man das Risiko eines schneller voranschreitenden Todes als Folge der Narkose in Kauf, wobei der Tod nicht das primäre Ziel darstellt. So fällt die terminale Sedierung in den Bereich der indirekten Sterbehilfe.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Frage der Ernährungsfortsetzung – denn, wenn der Patient ohnehin nicht mehr gesund werden kann, soll man ihn dann überhaupt noch mit Nahrung und Flüssigkeit versorgen?

Jedoch stirbt der Patient dann nicht an den Folgen seiner Krankheit, sondern er wird sozusagen in der Narkose getötet. Dies wirft dann wiederum die Frage auf, ob in so einer Situation die terminale Sedierung noch in die Kategorie der indirekten Sterbehilfe hineinfällt.²⁰⁷

Diese Art der Sterbehilfe verbirgt ein verführerisches Potential, denn sie wäre einfach anzuwenden. Außerdem reduziert sie die natürlichen Hemmungen, die uns Menschen daran hindern sich selbst oder andere zu töten.

Ein weiterer Punkt dieser Methode, falls sie in einer Institution häufig zur Anwendung kommt, ist, dass sie womöglich die Ärzte, Pflegenden oder Angehörigen dahingehend einschränkt, als sie nicht mehr viel Engagement zeigen um mögliche andere Alternativen zu suchen.²⁰⁸

²⁰⁷ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 131 - 134

²⁰⁸ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 136

Die terminale Sedierung lässt sich nicht exakt einer Kategorie der Sterbehilfe zuordnen, sondern lässt sich aufgrund der einzelnen Formen der aktiven, indirekten oder passiven Sterbehilfe zuordnen.

Hat die terminale Sedierung keine Lebensverkürzung zur Folge und erfolgt sie auf die Einwilligung des Patienten, so ist rechtlich nichts dagegen einzuwenden. Zur Kategorie der indirekten Sterbehilfe zählt sie, wenn sie lebensverkürzend wirkt.

Nicht erlaubt ist die terminale Sedierung, wenn damit nicht Schmerzen betäubt werden - was eigentlich das primäre Ziel der terminalen Sedierung sein soll - sondern, wenn sie *„bei einem sterben wollenden Patienten die schmerzfreie Entziehung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ermöglichen soll“*²⁰⁹. Der Patient stirbt demnach nicht, wie schon oben erwähnt, an seiner Krankheit, sondern an Mangel an Flüssigkeit und Nahrung; somit fällt die terminale Sedierung in die Kategorie der aktiven Sterbehilfe und kommt einer strafbaren Tötung auf Verlangen gleich.²¹⁰

8. Patientenverfügung

In vielen europäischen Ländern spielt bei der Debatte um die Sterbehilfe die Patientenverfügung eine beachtliche Rolle. Wird in einigen Ländern noch sehr viel darüber diskutiert, wurde in Österreich 2006 ein Gesetz über Patientenverfügungen verabschiedet.

Nun stellt sich die Frage, wozu man eigentlich solche Patientenverfügungen benötigt?

Erstens soll damit eine Rechtssicherheit geschaffen werden. Des Weiteren gilt sie auch als Aufforderung, sich rechtzeitig über den eigenen Tod Gedanken zu machen. So kann man schon vorher entscheiden, dass man diese oder jene medizinische Maßnahme will oder nicht oder, dass diese oder jene beendet werden soll. Außerdem

²⁰⁹ Grimm, Hillebrand 2009, S. 63

²¹⁰ Vgl.: Grimm, Hillebrand 2009, S. 62 - 63

können solche Verfügungen eine wichtige Orientierung für Ärzte, Angehörige und Pflegekräfte sein.²¹¹

Wie schön öfter erwähnt, spielt das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten eine wichtige Rolle. So muss auch der Wille – so weit es möglich erscheint - des Patienten berücksichtigt werden, wenn dieser nicht mehr fähig ist selbst zu entscheiden, zu urteilen oder zu kommunizieren.

Dafür wurde nun die Patientenverfügung eingeführt beziehungsweise auch die Einsetzung eines Vorsorgebevollmächtigten.²¹²

In Österreich wird zwischen der „verbindlichen“ und der „beachtlichen Patientenverfügung“ unterschieden.²¹³

Wobei der behandelnde Arzt nur bei der verbindlichen Patientenverfügung an eben diese gebunden ist, da es ansonsten zu straf- und zivilrechtlichen Folgen kommen kann.

„Behandelt der Arzt (paternalistisch – etwa unter Hinweis auf den Hippokrates – Eid) entgegen einer solchen Patientenverfügung, liegt strafbare eigenmächtige Heilbehandlung vor.“²¹⁴

Laut Bundesgesetzblatt handelt es sich bei deiner Patientenverfügung um eine Willenserklärung, die den Patienten dazu verhilft, eine medizinische Behandlung abzulehnen.

Der Patient kann bei der Errichtung der Patientenverfügung krank sein oder auch nicht, aber er muss in allen Fällen einsichts- und urteilsfähig sein.

Die Patientenverfügung wird dann wirksam, wenn der Patient zum Zeitpunkt der Behandlung weder einsichts- und urteilsfähig, noch äußerungsfähig ist.²¹⁵

²¹¹ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 71 - 72

²¹² Vgl.: Kerschner, Watzke 2008, S. 11 - 12

²¹³ Vgl.: Patientenverfügungsgesetz BGBl I 2006/55

²¹⁴ Kerschner, Watzke 2008, S.13

²¹⁵ Vgl.: Patientenverfügungsgesetz BGBl I 2006/55 § 2 und § 3

8.1 Verbindliche Patientenverfügung

Die Patientenverfügung muss schriftlich abgefasst werden, wobei vor der Errichtung eine umfangreiche ärztliche Erklärung und Aufklärung erfolgen muss. Dabei hat der aufklärende Arzt die Pflicht, *„die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren“*²¹⁶.

Des Weiteren muss die Errichtung vor einem Notar, einem Rechtsanwalt oder einem rechtskundigen Mitarbeiter einer Patientenverfügung erfolgen.

Damit die Patientenverfügung zur Anwendung kommen kann, muss sie auch dem dann behandelnden Arzt vorliegen. Deshalb muss die Patientenverfügung der Krankengeschichte oder der ärztlichen Dokumentation beigelegt werden.

Das aber kann zu Problemen führen, da der behandelnde Arzt vor Beginn der Behandlung zunächst einmal die Krankengeschichte genau studieren muss, um in Erfahrung zu bringen, ob der jeweilige Patient vielleicht eine Patientenverfügung besitzt. Daher wird gegenwärtig darüber diskutiert, ob die Patientenverfügung auf der e-card gespeichert, oder ein eigenes entsprechendes Register dafür errichtet werden soll.²¹⁷

Inhaltlich gesehen steht im Bundesgesetzblatt für die verbindliche Patientenverfügung *„lediglich“*, dass *„die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen“*²¹⁸ müssen.

Erst bei Betrachtung der zusätzlichen Materialien zum Patientenverfügungsgesetz wird deutlich, was damit gemeint ist, dass die medizinischen Behandlungen konkret beschrieben werden müssen. So muss die in der Patientenverfügung beschriebene vorweggenommene Situation auch der dann tatsächlichen eintreffenden Situation entsprechen. Das setzt voraus, dass die zu ablehnenden Maßnahmen in der Verfügung eindeutig umschrieben werden. Das heißt, dass allgemeine Formulierungen, wie *„man will kein menschenunwürdiges Dasein fristen“*, *„man will*

²¹⁶ Patientenverfügungsgesetz BGBl I 2006/55 § 5

²¹⁷ Vgl.: Kerschner, Watzke 2008, S. 13

²¹⁸ Patientenverfügungsgesetz BGBl I 2006/55 § 4

keine risikoreiche Operation“, „man will natürlich sterben“ für eine verbindliche Patientenverfügung nicht ausreichend sind.²¹⁹

Es wird von den Gesetzesverfassern also nur dargelegt, was nicht für eine verbindliche Patientenverfügung ausreicht; konkrete Beispiele, die für eine Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung als geltend angesehen werden, werden dabei nicht vorgeschlagen.²²⁰

Die Patientenverfügung gilt im Normalfall für fünf Jahre, sofern der Patient nicht eine kürzere Frist veranschlagt hat.

Es gibt auch die Möglichkeit die Patientenverfügung zu erneuern, die dann wiederum für fünf Jahre ihre Gültigkeit besitzt.

Bei einer Erneuerung erfolgt wiederum eine ärztliche Aufklärung; es reicht jedoch aus, dass der Patient auf seine vorherige Patientenverfügung Bezug nimmt; es muss also keine neue Errichtung erfolgen.

Der Ablauf der Patientenverfügung nach fünf Jahren hat vor allem den Grund, dass sich der Patient neuerlich mit seiner Verfügung und mit medizinischen Fortschritten auseinandersetzt.²²¹

Die Patientenverfügung verliert aber auch ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft. Dabei ist es nicht wichtig, dass der Patient noch einsichts- und urteilsfähig ist. Der Widerruf der Verfügung kann entweder schriftlich oder mündlich erfolgen, oder durch ein bloßes schlüssiges Verhalten.

Auf jeden Fall ist sie aber ungültig, wenn sie nicht auf einer Freiheit basiert, das heißt, wenn sie durch physischen oder psychischen Druck auferlegt wurde. Weiters ist sie ungültig, wenn der Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist. Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Gültigkeit der Patientenverfügung stellt der Stand der medizinischen Wissenschaft dar – wenn sich seit der Errichtung der Patientenverfügung in puncto medizinischer Forschung und Wissenschaft einiges geändert hat, dann gilt die Patientenverfügung als unwirksam.²²²

²¹⁹ Vgl.: Materialien zum Patientenverfügungsgesetz 2. Abschnitt

²²⁰ Vgl.: Kerschner, Watzke 2008, S. 14

²²¹ Vgl.: Materialien zum Patientenverfügungsgesetz 2. Abschnitt

²²² Vgl.: Patientenverfügungsgesetz BGBI I 2006/55 § 7 und § 10

8.2 Beachtliche Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung enthält und trotzdem zur Ermittlung des Willens des Patienten dient, nennt man eine beachtliche Patientenverfügung.²²³

Wenn also eine Verfügung nicht verbindlich ist, weil etwa der Patient nicht ausreichend genug aufgeklärt worden ist, weil die zu ablehnenden Maßnahmen nicht exakt bestimmt wurden, weil sie nach fünf Jahren nicht erneuert wurde, u.a. so soll sie aber doch ihren Zweck haben.

Außerdem sollen Patienten auch die Möglichkeit haben, dass sie eine Patientenverfügung errichten, die zwar nicht verbindlich ist, aber trotzdem auf die Entscheidungen des Arztes einen Einfluss nimmt.

Das heißt, dass diese Art der Patientenverfügung zwar nicht verbindlich ist, jedoch auch beachtet werden soll – sie soll als Hilfsmittel dienen, um den Willen des Patienten zu ermitteln.²²⁴

8.3 Vorsorgevollmacht

Wenn nun ein Patient weder eine verbindliche, noch eine beachtliche Patientenverfügung errichtet hat, gibt es noch die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht. Das heißt, dass der Patient, wenn er noch einsichts- und urteilsfähig ist, eine andere Person, die ebenfalls einsichts- und urteilsfähig sein muss, als seinen Vorsorgebevollmächtigten bestimmt, welcher dann über die medizinischen Maßnahmen zu entscheiden hat. Er gilt somit als ein „*Stellvertreter in Gesundheitsfragen*“²²⁵.

²²³ Vgl.: Patientenverfügungsgesetz BGBI I 2006/55 § 8

²²⁴ Vgl.: Materialien zum Patientenverfügungsgesetz 3. Abschnitt

²²⁵ Kerschner, Watzke 2008, S. 17

„Eine Vorsorgevollmacht ist eine Vollmacht, die nach ihrem Inhalt dann wirksam werden soll, wenn der Vollmachtgeber die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine Äußerungsfähigkeit verliert.“²²⁶

Wenn es um die Einwilligung medizinischer Behandlungen mit hohem Risiko geht, so ist laut Gesetz sogar zusätzlich noch notwendig, dass die Vorsorgevollmacht vor einem Notar, einem Rechtsanwalt oder einem Gericht errichtet wird.²²⁷

Der Vorsorgebevollmächtigte hat nach dem Wohl und dem Willen des Patienten zu entscheiden:

„Der Bevollmächtigte hat bei Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten dem Willen des Vollmachtgebers, wie er in dem Bevollmächtigungsvertrag zum Ausdruck gebracht wird, zu entsprechen. Einem Willen des Vollmachtgebers, der nach Eintritt des Vorsorgefalls aus Äußerungen des Vollmachtgebers oder sonst aus den Umständen des Einzelfalls hervorgeht, hat der Bevollmächtigte Rechnung zu tragen, wenn er dem Wohl des Vollmachtgebers nicht weniger entspricht. Mangels eines feststellbaren Willens hat der Bevollmächtigte das Wohl des Vollmachtgebers bestmöglich zu fördern.“²²⁸

Wichtig bei einer Vorsorgevollmacht ist noch, dass der Bevollmächtigte in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder in keinem engen Verhältnis zu einem Krankenhaus, einem Heim, u.a stehen, in denen der Vollmachtgeber betreut wird.²²⁹

Mit einer Vorsorgevollmacht kann also der Patient schon vorher entscheiden, wer im Falle seines Verlusts der Urteilsfähigkeit über medizinische Maßnahmen entscheiden kann.

²²⁶ Sachverwalterrechtsänderungsgesetz BGBl I 2006/92 § 284f (1)

²²⁷ Vgl.: Sachverwalterrechtsänderungsgesetz BGBl I 2006/92 § 284f (3)

²²⁸ Sachverwalterrechtsänderungsgesetz BGBl I 2006/92 § 284h (1)

²²⁹ Vgl.: Sachverwalterrechtsänderungsgesetz BGBl I 2006/92 § 284f (1)

Sinnvoll ist sie vor allem dann, wenn ein Patient an einer schweren Krankheit leidet, die in weiterer Folge die Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigt, wie zum Beispiel bei der Alzheimer-Krankheit.

Widerrufen kann die Vorsorgevollmacht jederzeit werden, sofern - im Gegensatz zur Patientenverfügung - der Patient einsichts- und urteilsfähig ist.²³⁰

8.4 Beurteilung der Patientenverfügung

Gegner der Patientenverfügung, in erster Linie sind dies Psychologen, gehen vor allem von der Frage aus, ob der einmal geäußerte Wille mit dem Willen im Zustand der Bewusstseinstrübung gleichzusetzen ist?

Denn laut ihnen kann man einen bestimmten Willen nicht exakt genug im Voraus formulieren beziehungsweise planen. Uns Menschen ist es nämlich verwehrt, exakte Planungen für die Zukunft zu treffen - es fällt uns schon schwer am heutigen Tag Festlegungen für den morgigen zu treffen.

Wie schwer muss es uns Menschen dann fallen solche Vorausplanungen für die Zukunft zu treffen, in der die Rahmenbedingungen nicht einzuschätzen sind? Viele von uns können sich schlecht in solche diverse Situationen hineinversetzen, da die meisten von uns noch nie in Todesnähe oder im Zustand der Bewusstseinstrübung gewesen sind.

So gehen im Falle einer Demenz oder eines Wachkomas viele Juristen von einer Kontinuität des Willens aus – was vor dem Koma oder der Demenz galt, gilt auch noch im Koma und bei Ausbruch der Demenz.

Doch *„im Koma und in der Demenz bin ich per definitionem ein anderer: Ich habe Fähigkeiten und Möglichkeiten verloren – aber ich habe auch andere neu hinzugewonnen.“*²³¹

Als Koma- oder Demenzpatient sind mir noch einige meiner Persönlichkeitsmerkmale erhalten geblieben, somit bin ich kein anderer Mensch, ich bin in *„dieser Seins-Form weder weniger noch mehr;“*²³² [...] ich bin *„schlicht anders“*²³³.

²³⁰ Vgl.: Kerschner, Watzke 2008, S. 19

²³¹ Klie, Student 2007, S. 83

²³² Klie, Student 2007, S. 83

Die Gegner der Patientenverfügung argumentieren somit mit dem Fakt, dass ich heute für diesen „anderen“ keine wirkliche Entscheidung treffen kann mit der Hoffnung, dem „anderen“ später etwas Gutes zu tun.²³⁴

Des Weiteren liegt die Schwierigkeit schon in der Errichtung einer Patientenverfügung, denn, wenn Menschen keine genaue Vorstellung von dem haben, was sie in der Zukunft ablehnen wollen, scheint es schwierig, eine verbindliche Patientenverfügung abzuschließen. Erklärungen wie „kein sinnloses Leiden“ oder „keine künstliche Lebensverlängerung“ reichen nicht aus, da sie zwar für den Laien, also dem Patienten als klar und deutlich erscheinen, für den Arzt sind sie aber zu wenig konkret.

So gilt es zum Beispiel im Falle einer Demenz genau zu beschreiben, in welchem Stadium der Demenz keine medizinischen Maßnahmen mehr gewünscht werden.²³⁵

Diesen Aussagen gegenüber steht aber die weit verbreitete Auffassung, dass die Patientenverfügung ein bewährtes „Mittel“ dafür ist, dass ein Patient eine autonome Entscheidung treffen kann, selbst in den Situationen, in denen früher eher die Ärzte autonom entscheiden konnten.²³⁶

„[...] Haben früher Ärzte in der Situation der Bewusstlosigkeit eines Patienten vor dem Hintergrund ihres Wissens unter Einbeziehung des vermutlichen Patientenwillens entschieden, so kann das Vorgehen von Ärzten in dieser Situation durch den Patienten heute bindend verfügt werden.“²³⁷

²³³ Klie, Student 2007, S. 83

²³⁴ Vgl.: Klie, Student 2007, S. 80 - 86

²³⁵ Vgl.: Kerschner, Watzke 2008, S. 32 - 34

²³⁶ Vgl.: Kerschner, Watzke 2008, S. 31

²³⁷ Kerschner, Watzke 2008, S. 31

V. Zusammenfassung

Sterbebegleitung und Sterbehilfe stellen ein sehr komplexes Themengebiet dar – daher soll meine Grundlagenarbeit, die für mich wichtigsten Punkte zu diesem Thema beinhalten.

Ausgehend von meinem Theorieteil, in dem ich zunächst klärte, was denn überhaupt Ethik ist, was moralisch handeln heißt, was das Wesen des Menschen ist und welche Menschenrechte und Menschenpflichten wir Menschen haben, versuchte ich in meinem Hauptteil zunächst die verschiedenen Arten der Sterbehilfe und Sterbebegleitung darzulegen.

Man kann die verschiedenen Kategorien der Sterbehilfe zwar genau definieren, beziehungsweise rechtlich einordnen, doch gibt es immer wieder Diskussionen um ihre moralisch-ethische Rechtfertigung. Diese Auseinandersetzungen von Befürwortern und Gegnern der Sterbehilfe, vor allem der aktiven Sterbehilfe, habe ich versucht näher zu erläutern.

Eine große Problematik stellt in den verschiedenen Debatten die Autonomie des Patienten dar, denn einerseits soll der Patient selbstständig entscheiden können, wann und wo er sterben möchte. Andererseits gibt es aber immer wieder Fälle, in denen ein Patient nicht mehr fähig ist, seinen Willen zu äußern. Doch wie kann der Arzt dann auf die Autonomie des Patienten Rücksicht nehmen? Für diese Situationen hat man in einigen Ländern - u. a. in Österreich - die Patientenverfügung eingeführt, die es erlaubt, schon im „Vorhinein“ über seinen „Tod“ entscheiden zu können.

Doch auch diese Patientenverfügung – in Österreich wird zwischen einer verbindlichen und einer beachtlichen Patientenverfügung unterschieden – gliedert die Gesellschaft in zwei unterschiedliche Parteien, einerseits in diejenige, die zu verstehen geben, dass man nicht schon so weit im Voraus planen kann und die in der Zukunft eintretende Situation nicht richtig einschätzen kann, und andererseits in

diejenige, die in der Patientenverfügung eine Chance sehen, dass auch ein urteilsunfähiger Patient seine Autonomie und seinen Willen durchsetzen kann.

Im Allgemeinen geht es bei dem Thema Sterbehilfe und Sterbebegleitung primär um die Menschenwürde und um die Autonomie des Menschen. Jedoch muss das Thema immer unter einem ethischen und einem rechtlichen Aspekt betrachtet werden.

Abschließen möchte ich mit zwei Zitaten, wobei das erste auf den Wert des menschlichen Lebens Bezug nimmt – was für mich eine große Rolle spielt -; das zweite fasst für mich am besten zusammen, worum es bei der Begleitung Sterbender geht: nämlich, dass man dem Menschen, der kurz vor seinem Tod steht, sowohl fachlich, menschlich, als auch rechtlich „gerecht“ wird.

„In Extremsituationen lassen wir durchaus Ausnahmeregeln gelten. Allerdings haben auch solche Regeln ihre Grenzen an der menschlichen Würde und können im Einzelfall versagen. Menschenleben lassen sich z.B. nicht verrechnen. Das ist das Fatale bei all den [...] Beispielen, die nach einer Lösung suchen, wo es um das Überleben geht. Ist das Leben eines alten Menschen weniger wert als das eines jungen? Reicht der Hinweis darauf, daß der eine sein Leben bereits hinter sich, der andere es aber noch vor sich hat, aus, um zu entscheiden, daß der jüngere ein größeres Recht auf Leben hat? [...] Wer soll die bessere Chance erhalten? Der Stärkere, der Gebildetere, der Ranghöchste, der Optimist? Diese Fragen lassen sich nicht a priori beantworten, und selbst wenn man die Situation noch so genau beschreibt, läßt sich keine Regel finden, die ein eindeutiges Urteil erlaubt. In Extremsituationen versagen die moralischen Urteile und ihre Kriterien, die für den Regelfall, nicht aber für die Ausnahme gelten. Wie auch immer in einer Extremsituation gehandelt wird, es bleibt ein Unbehagen, weil jede denkbare Lösung sich auf Fakten stützt, denen allesamt die gleiche unlösbare Problematik zugrunde liegt, daß etwas verrechnet wird, das seiner Natur nach überhaupt nicht verrechenbar ist, der Wert menschlichen Lebens nämlich.“²³⁸

²³⁸ Pieper 2007, S. 192

„Wenn wir Sterbende begleiten, soll kein Urteil am Ende eines Sterbeprozesses stehen: Du hast recht gehandelt oder unrecht. Wenn es notwendig ist, die Justiz einzuschalten, dann hat meist schon die Kommunikation zwischen den Beteiligten nicht gut funktioniert. Ziel muss das verbindende Bemühen sein, Menschen in ihrer letzten Lebensphase gerecht geworden zu sein – fachlich, rechtlich, menschlich – und in Beziehung zu ihnen gestanden zu haben.“²³⁹

²³⁹ Klie, Student 2007, S. 17

VI. Bibliographie

Bücher:

Anzenbacher, Arno: Einführung in die Philosophie. Verlag Herder: Freiburg im Breisgau 8. Auflage 2002.

Bobbert, Monika: Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Campus Verlag GmbH: Frankfurt, New York 2002.

Feuerstein, Günter, Kuhlmann, Ellen: Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patienten-Verhältnis. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1999.

Grimm, Carlo, Hillebrand Ingo: Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE. Band 8: Sterbehilfe. Verlag Karl Alber GmbH: Freiburg, München 2009.

Häcker, Barbara: Die ethischen Probleme der Sterbehilfe. Eine kritische Analyse. Lit Verlag Dr. W. Hopf: Hamburg, 2008.

Heusser, Peter, Riggerbach Björn: Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Euthanasie. Verlag Paul Haupt: Bern, Stuttgart, Wien 2003.

Höffe, Otfried: Immanuel Kant. Verlag C.H.Beck oHG: München 7., überarbeitete Auflage München 2007.

Höffe, Otfried: Medizin ohne Ethik?. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main 2002.

Kant, Immanuel: Kritik der praktischen Vernunft. Verlag von Felix Meiner:
Leipzig 6. Auflage 1915.

Kerschner, Ferdinand, Watzke, Herbert: Patientenverfügung und
Vorsorgevollmacht. In: Schriftenreihe Niederösterreichische Juristische Gesellschaft
Heft 101. Niederösterreichische Juristische Gesellschaft LexisNexis
Verlag ARD Orac GmbH & Co KG: Wien 2008.

Kick, Hermes Andreas, Taupitz, Jochen: Ethische Orientierung in
Grenzsituationen des Lebens. Lebenskunst und Sterbekunst, Sterbebegleitung und
Trauerarbeit. LIT Verlag: Münster 2004.

Klie, Thomas, Student, Johann-Christoph. Sterben in Würde. Auswege aus
dem Dilemma Sterbehilfe. Herder GmbH: Freiburg im Breisgau 2007.

Knoepffler, Nikolaus: Angewandte Ethik. Ein systematischer Leitfaden. Böhlau
Verlag GmbH & Cie: Köln, Weimar, Wien 2010.

Leist, Anton: Das Dilemma der aktiven Euthanasie – Gefahren und Ambivalenzen
des Versuchs, aus Töten eine soziale Praxis zu machen. In: Medizinethische
Schriften Heft 5. Humanitas Verlag: Dortmund 1996.

Marquard, Otto, Seidler Eduard, Staudinger Hansjürgen: Ethische
Probleme des ärztlichen Alltags. In: Ethik der Wissenschaften Band 7. Wilhelm Fink
Verlag, Verlag Ferdinand Schöningh: 1988.

Pieper, Annemarie: Einführung in die Ethik. Sechste, überarbeitete und
aktualisierte Auflage. A. Francke Verlag: Tübingen und Basel, 2007.

Plessner, Helmut: Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Walter de Gruyter: Berlin, New York 3., unveränderte Auflage 1975.

Pöltner, Günther: Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas Verlags- und Buchhandels AG: Wien 2. Auflage 2006.

Quante, Michael: Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main 2002.

Roy, Bettina: Menschenwürdig Sterben. Mythos oder Telos? Eine kritische Analyse ethischer Argumentation um Sterben und Tod. Diplomarbeit: Wien 1998

Sass, Hans-Martin: Medizin und Ethik. Reclam jun. GmbH & Co: Stuttgart 1994.

Sass, Hans-Martin, Kielstein, Rita: Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht. LIT Verlag: Münster 2001.

Singer, Peter: Praktische Ethik. Philipp Reclam jun. GmbH & Co: Stuttgart 2., Revidierte und erweiterte Auflage 1994.

Internetquellen:

Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch Österreich 118/2002

<http://www.ibiblio.org/ais/abgb1.htm#t1h1> [22.01.2011]

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

<http://www.un.org/Depts/german/grunddok/ar217a3.html> [22.01.2011]

Bundesärztekammer Deutschland

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.49.1760> [18.01.2011]

CDL-Bezirksverband Koblenz-Montabaur

http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Sterbehilfe-in-Oesterreich.html
[19.02.2011]

Formular Patientenverfügung

http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB115084_Formular%20_Patientenverf%C3%BCgung.pdf [17.02.2011]

Formular Vorsorgevollmacht

http://www.justiz.gv.at/internet/file/2c948485246bff6f0124b96dd98b412f.de.0/formular_vorsorgevollmacht.pdf [17.02.2011]

Grundsätze ärztlicher Ethik (Europäische Berufsordnung)

[http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/5a6bd59a934b519480256d96000087f6/\\$FILE/EU-Berufsordnung.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/5a6bd59a934b519480256d96000087f6/$FILE/EU-Berufsordnung.pdf) [7.02.2011]

Kantschule Falkensee - Kants Theorie der Moral

<http://www.kantschule-falkensee.de/ags/philo/kantmoral.pdf> [22.02.2011]

Materialien zum Patientenverfügungsgesetz

http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/expertenletter/patientenverfuegung/Materialien_PatVG.pdf [16.02.2011]

Nürnberger Regionalgruppe der IPPNW

http://www.ippnw-nuernberg.de/aktivitaet2_1.html [18.01.2011]

Österreichisches Rotes Kreuz

<http://www.rotekreuz.at/berichten/publikationen/rotekreuzfactbook/hospiz/teil-2-der-hospizgedanke/sterbebegleitung-statt-sterbehilfe/> [10.01.2011]

Patientenverfügung Bundesgesetzblatt

http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB115096_Gesetzestext_PatVG%20_Patientenverf%C3%BCgung.pdf [16.02.2011]

Sachverwalterrechtsänderungsgesetz Bundesgesetzblatt

http://www.vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/4_Sachwalter/SWRAEG_2006.pdf [17.02.2011]

Strafgesetzbuch Österreich

http://www.jusline.at/index.php?cpid=f04b15af72dbf3fdc0772f869d4877ea&law_id=11 [19.02.2011]

Zur Anthropologie von Plessner:

<http://www.fleig-fleig.de/anthropologie-43.html> [27.02.2011]

<http://www.maschessnig.at/doktor/eid.htm> [8.02.2011]

VII. Abstract

In meiner Arbeit behandle ich zunächst theoretische Konzeptionen, wie den Unterschied zwischen Ethik und Moral und den Unterschied zwischen Recht und Ethik. Des Weiteren erörtere ich anhand von Helmut Plessner näher, was überhaupt die „Gattung Mensch“ ausmacht, um daraus näher die Menschenrechte und Menschenpflichten zu bestimmen.

In meinem folgenden Hauptteil bestimme ich dann näher die verschiedenen Arten der Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ausgehend von den Konzeptionen „Autonomie“ und „Paternalismus“ versuche ich die verschiedenen Richtungen sowohl rechtlich als auch ethisch zu analysieren. Dabei komme ich auch auf die „prima-facie-Rechte“ und die diversen Arten der Arzt-Patienten-Beziehung zu sprechen.

Außerdem gehe ich auf die verbindliche und die beachtliche Patientenverfügung und auf die Vorsorgevollmacht in Österreich ein.

VIII. Lebenslauf

Name: Kappel

Vorname: Judith

Geburtsort: Oberwart

Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung:

- Volksschule Unterkohlstätten 1990-1994
- BG & BRG Oberschützen 1994-2002
- Matura bestanden im Juni 2002
- Beginn des Lehramtstudiums der Philosophie und der lebenden Fremdsprache Französisch im WS 2002

IX. Anhang

1. Formular Patientenverfügung²⁴⁰

2. Formular Vorsorgevollmacht²⁴¹

²⁴⁰http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB115084_Formular%20_Patientenverf%C3%BCgung.pdf

²⁴¹http://www.justiz.gv.at/internet/file/2c948485246bff6f0124b96dd98b412f.de.0/formular_vorsorgevollmacht.pdf

Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (BGBl. I Nr. 55/2006) errichtet.

● Meine Patientenverfügung:

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, bei klarem Bewusstsein, ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der rechtlichen Tragweite erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich in Folge einer Krankheit meinen Willen als Patient(in) nicht mehr fassen oder – in welcher Form auch immer – äußern kann (z. B. Bewusstlosigkeit). Solange ich diese Patientenverfügung nicht widerrufe oder sonst zu erkennen gebe, dass sie nicht mehr wirksam sein soll, bzw. eine von mir vorgenommene Änderung vorliegt, gilt diese Patientenverfügung als Ausdruck meines Willens.

Ich möchte mit dieser Urkunde einePatientenverfügung errichten.

Diese Patientenverfügung ist beachtlich, auch wenn die Seite 4 nicht vollständig ausgefüllt ist. Als beachtliche Patientenverfügung muss sie als wichtige Orientierungshilfe berücksichtigt werden. (Ein ärztliches Aufklärungsgespräch wird in jedem Fall empfohlen!)

e Meine Daten:

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:

Straße:..... PLZ, Wohnort:

allenfalls:

Telefon:..... Geburtsort:

Rel.-Bek.:..... E-Mail:

I Beschreibung meiner persönlichen Umstände und Einstellungen:

Damit meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte für den Fall, dass ich mich während meiner medizinischen Behandlung nicht mit ihnen verständigen kann, meinen Willen als Patient(in) besser beurteilen können, halte ich Folgendes über meine Einstellung zu meinem Leben, meiner Gesundheit und Krankheit, meinem Sterben und meinem Tod fest:

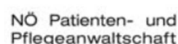
.....

.....

.....

.....

Dieses Formular wurde von den Patientenanwaltschaften Burgenland, Niederösterreich und Wien sowie Hospiz Österreich und Caritas in Zusammenarbeit mit den Bundesministerien für Gesundheit und für Justiz erarbeitet und wird von der Arbeitsgemeinschaft der Österreichischen Patientenanwälte, sowie den folgenden Institutionen empfohlen:



.....

.....

.....

.....

.....

O Sonstige Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

P Hinweis auf eine/n allfällige/n Vorsorgebevollmächtigte/n:

Name:..... Vorname:.....
Straße:..... PLZ,Wohnort.....
Telefon: E-Mail:
Die Vollmachtsurkunde ist beihinterlegt.

● Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Patientenverfügung selbst errichtet habe.

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

● Zeugen:

Nur für den Fall, dass die/der Erkrankte nicht in der Lage ist zu unterschreiben, muss sie/er bei „Unterschrift“ ein Handzeichen setzen. Dieses muss entweder notariell oder gerichtlich beglaubigt sein oder vor zwei Zeugen erfolgen. Einer der Zeugen muss den Namen der Person, die mit Handzeichen gefertigt hat, unter dieses Handzeichen setzen.

Wenn auch ein Handzeichen nicht möglich ist, muss die Errichtung der Patientenverfügung von einem Notar (oder Gericht) beurkundet werden.

1. Zeuge/in:

Name und Unterschrift:

2. Zeuge/in:

Name und Unterschrift:

.....

● Ärztliche Aufklärung

Als Ärztin/Arzt habe ich mit der Patientin/dem Patienten ein ausführliches Gespräch geführt. Diese(r) ist zum Zeitpunkt der Beratung in der Lage, das Besprochene zu verstehen und ihren/seinen Willen danach zu richten.

Im Gespräch haben wir die gesundheitliche Ausgangslage und die medizinischen Folgen der im Einzelnen abgelehnten Maßnahmen umfassend besprochen und ich beschreibe den Inhalt dieses Gespräches wie folgt:

.....

.....

.....

.....

.....

Nur wenn diese Seite ab hier vollständig ausgefüllt ist, ist diese Patientenverfügung für meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte verbindlich.

Ich als Ärztin/Arzt habe die Patientin/den Patienten über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung ausführlich informiert. Die Patientin/Der Patient schätzt die medizinischen Folgen der Patientenverfügung zutreffend ein, weil

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum:

Name, Unterschrift und Stampiglie Ärztin/Arzt:

.....

.....

● Errichtung vor einem rechtskundigen Patientenvertreter oder vor einem Notar bzw. Rechtsanwalt:

Ich habe den Erklärenden über das Wesen der verbindlichen Patientenverfügung und die rechtlichen Folgen sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt. Insbesondere habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass die Verfügung vom Arzt in aller Regel befolgt werden muss, selbst dann, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert ist.

Ort, Datum:

Name, Unterschrift und Stampiglie des rechtskundigen Patientenvertreters, Notars bzw. Rechtsanwalts:

.....

.....

Vorsorgevollmacht

1. Bevollmächtigung, Verfügungen

A Vollmachtgeber/in

Herr/Frau(Familienname, Vorname)
geboren am
wohnhaft in
Telefon/E-Mail
Sozialversicherungsnummer

Ich kann die Tragweite der hier abgegebenen Erklärung vollinhaltlich erkennen. Ich bin mir bewusst, dass die Einsetzung eines/einer Bevollmächtigten in aller Regel die Bestellung eines Sachwalters/einer Sachwalterin ersetzt und der/die Bevollmächtigte – anders als der Sachwalter/die Sachwalterin – nicht vom Gericht überwacht wird. Ich weiß, dass ich die Vollmacht jederzeit widerrufen kann, dass der Widerruf aber zu seiner Wirksamkeit dem/der Bevollmächtigten zugehen muss.

B Bevollmächtigte/r

(darf nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis oder einer anderen engen Beziehung zur Einrichtung stehen, in der sich Vollmachtgeber/in aufhält oder von der er/sie betreut wird)

Ich bevollmächtige

Herr/Frau(Familienname, Vorname)
geboren am
wohnhaft in
Telefon/E-Mail
Naheverhältnis: (z. B. Tochter, Freundin)

Zusatz (Einsatz mehrerer Bevollmächtigter oder eines/einer Ersatzbevollmächtigten)

Ich bevollmächtige weiter

Herr/Frau(Familienname, Vorname)
geboren am
wohnhaft in
Telefon/E-Mail
Naheverhältnis: (z. B. Tochter, Freundin)

(Unterfertigung dieser Person am Ende der Urkunde – siehe 3. A!)

Dieses Formular wurde in Zusammenarbeit mit folgenden Institutionen erstellt:



ifS-Sachwalterschaft
Institut für Sozialdienste
Vorarlberg



NÖ Landesverein für Sachwalterschaft
und Bewohnervertretung



salzburger hilfswerk
verein für
sachwalterschaft



☐ Die beiden Bevollmächtigten können in allen Angelegenheiten **allein** vorgehen.

oder

☐ Die beiden Bevollmächtigten sollen in allen Angelegenheiten **gemeinsam** vorgehen (bei Nichteinigung ist ein Sachwalter zu bestellen).

oder

☐ Der/die zweite Bevollmächtigte soll **ersatzweise**, wenn die oben zuerst genannte Person die Vollmacht nicht ausüben kann oder will (z.B. Urlaub), **tätig werden** (schriftliche Bestätigung des Erstbevollmächtigten sinnvoll bzw. – etwa bei Bankgeschäften – erforderlich).

C Wirksamwerden der Vollmacht

Der/Die Bevollmächtigte ist nur zu meiner Vertretung berechtigt, wenn ich in rechtlichen Angelegenheiten **nicht mehr selbst entscheiden kann**; das ist der Fall, wenn in rechtsgeschäftlichen Angelegenheiten die Geschäftsfähigkeit oder wenn in höchstpersönlichen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt oder wenn ich mich **nicht mehr selbst äußern kann**.

Zusatz (bei Bankgeschäften und im Verkehr mit Versicherungen und Pensionsbehörden empfohlen)

☐ Eine Vertretung kann bei Bankgeschäften und im Verkehr mit Versicherungen und Pensionsbehörden nur erfolgen, wenn das Wirksamwerden der Vorsorgevollmacht im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registriert wurde (bei jedem Notar möglich).

oder

☐ Eine Vertretung kann generell nur erfolgen, wenn das Wirksamwerden der Vorsorgevollmacht im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registriert wurde (bei jedem Notar möglich).

D Aufwandersatz, Entgelt, Rechnungslegung

Der/Die Bevollmächtigte bekommt tatsächlich gemachte notwendige und nützliche **Aufwendungen** (z. B. Reisekosten, Parkgebühren, Telefonkosten) ersetzt, sofern er/sie schriftlich dokumentiert (Rechnung, Fahrtenbuch).

Zusätzlich steht ihm für die mit der Vollmacht verbundenen Tätigkeiten

☐ kein **Entgelt** zu;

☐ ein angemessenes **Entgelt** für Tätigkeiten zu, die besondere berufliche Kenntnisse erfordern;

☐ ein Entgelt in der Höhe von monatlich Euro zu.

Er ist zur **Rechnungsführung** verpflichtet (hat also insb. Rechnungen zu sammeln).

E Untervollmacht

(= „Weitergabe der Vollmacht“; nicht gemeint ist die Einräumung einer Zeichnungsberechtigung gegenüber der Bank; siehe 2. D 2.)

☐ Mein/e Bevollmächtigte/r darf keinesfalls jemanden anderen bevollmächtigen, für mich vertretungsweise tätig zu werden.

☐ Er darf zwar grundsätzlich die Vollmacht weitergeben, nicht aber in folgenden Angelegenheiten:

.....
.....
.....
.....

(Unterfertigung dieser Person am Ende der Urkunde – siehe 3. A!)

Die Einwilligung in eine medizinische Behandlung oder die Änderung meines Wohnortes kann (soweit die Vollmacht diese Angelegenheiten mitumfasst) keinesfalls weitergegeben werden.

F Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung errichtet; der/die Bevollmächtigte soll meinen darin festgelegten Willen befolgen und durchsetzen.

☐ Sie ist der Vollmacht angeschlossen.

☐ Sie ist hinterlegt bei:

G Sachwalterverfügung (bedingte)

Ist trotz dieser Vollmacht die Bestellung eines Sachwalters/einer Sachwalterin erforderlich, so soll folgende Person herangezogen werden:

☐ die hier bevollmächtigte Person;

☐ Herr/Frau (Familienname, Vorname)

geboren am

wohnhaft in

Telefon/E-Mail

Naheverhältnis: (z. B. Tochter, Freundin)

2. Umfang der Vorsorgevollmacht

Ich bevollmächtige zur/in

A Vertretung vor Behörden und anderen Institutionen

Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt,

- ☐ mich vor **Behörden und Gerichten** zu vertreten;
- ☐ mich gegenüber öffentlichen **Versicherungen** sowie **Pensionsbehörden und betrieblichen Pensionsvorsorgeeinrichtungen** (wie Krankenkassen, Pensions- und Unfallversicherungsanstalten, Pensionsämtern, [Mitarbeiter-]Vorsorgekassen, Krankenfürsorgeanstalten, Pensionsinstituten, Betriebspensionskassen, Pensionsfonds, Wohlfahrtsfonds und sonstigen Hilfs- und Unterstützungskassen) zu vertreten;
- ☐ mich gegenüber privaten **Versicherungen** (wie Lebensversicherungen, Haushaltsversicherungen usw.) zu vertreten;
- ☐ für mich **Verträge mit Telekommunikationsunternehmen** abzuschließen und zu kündigen sowie alle damit zusammenhängenden Willenserklärungen abzugeben.

Die Vertretungsmacht umfasst auch die Bevollmächtigung zur Entgegennahme von an mich adressierten Sendungen (**Zustellvollmacht**).

B Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

- ☐ Entscheidung über **vorübergehende** Änderungen des Wohnortes (z. B. Rehabilitations- oder Kurzzeit-heimaufenthalt);
- ☐ Entscheidung über die **dauerhafte** Änderung des Wohnortes (Umzug in andere Wohnung, Pflegeheim);
■ **Achtung: nur gültig, wenn vor Rechtsanwalt/anwältin oder Notar/in oder bei Gericht errichtet!** ■
- ☐ Abschluss der damit zusammenhängenden **Verträge** (z. B. Mietvertrag, Heimvertrag).
- ☐ Ich möchte, wenn es notwendig wird und soweit dies möglich ist, in folgender **Einrichtung** leben:

.....
(namentliche Bezeichnung)

.....
(Anschrift)

Folgende Person ist in diesem Fall meine **Vertrauensperson** (Ansprechpartner/in für das Heim):

- ☐ die hier bevollmächtigte Person

☐ Herr/Frau (Familiennamen, Vorname)

geboren am

wohnhaft in

Telefon/E-Mail

Naheverhältnis: (z. B. Tochter, Freundin)

- ☐ **Auflösung meines bisherigen Haushaltes** (insb. Kündigung des Mietvertrags, Verkauf der Möbel, Abmeldung Radio und Fernsehen etc.) für den Fall dauernden Wohnens in einer stationären Einrichtung; dies gilt nur, soweit nicht eintrittsberechtigte Personen oder sonstige Berechtigte (z. B. Mieter/in, Untermieter/in) vorhanden sind. Im Falle einer Eigentumswohnung oder eines eigenen Hauses bitte jedenfalls D 1. (Liegenschaften) und D 4. (Grundbuch) ausfüllen!

☐ **Sonderregelung:**

Mit meiner Wohnung/meinem Haus soll der/die Bevollmächtigte folgendermaßen verfügen:

.....

.....

.....

Mit meiner Wohnungseinrichtung soll der/die Bevollmächtigte folgendermaßen verfügen:

.....

.....

.....

- ☐ Ausübung meines Äußerungs- und Stimmrechts als **Wohnungseigentümer/in**
(§ 24 Abs. 2 Wohnungseigentumsgesetz; Bevollmächtigung ist alle drei Jahre zu erneuern; siehe 3.A).

Die Vollmacht umfasst auch **folgende Angelegenheiten** des Aufenthalts und der Wohnung:

.....

.....

.....

C Gesundheitsangelegenheiten

- ☐ Zustimmung zu **medizinischen Behandlungen** nach meinem mutmaßlichen Willen (sowohl stationär als auch ambulant). Ich entbinde hiermit die zuständigen Ärzte und Ärztinnen sowie das Pflegepersonal gegenüber der hier bevollmächtigten Person ausdrücklich von ihrer **Verschwiegenheitspflicht**.
- ☐ Zusätzlich: Zustimmung zu medizinischen Behandlungen, auch wenn sie gewöhnlich mit einer **schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung** der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden sind (z. B. operativer Eingriff, Chemotherapie, Ernährung durch – nicht in vorhandene Körperöffnungen geführte – Sonden);
■ Achtung: nur gültig, wenn vor Rechtsanwalt/anwältin oder Notar/in oder bei Gericht errichtet! ■
- ☐ Ich habe eine **Patientenverfügung** erstellt; der/die Bevollmächtigte soll meinen darin festgelegten Willen befolgen und durchsetzen (siehe 1.F).

- ☐ Alternative (ersetzt keine verbindliche Patientenverfügung!): Folgende medizinische Behandlungen, die ich im Folgenden konkret beschreibe, lehne ich ab:

.....

.....

.....

.....

Arzt/Ärztin, der/die mich beim Erstellen der Patientenverfügung aufgeklärt und beraten hat:

Name

Adresse

Telefon

- ☐ Die Vollmacht umfasst auch den Abschluss der notwendigen **Behandlungsverträge** bzw Krankenhausaufnahmeverträge.

- ☐ Die Vollmacht umfasst auch **folgende** Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsmaßnahmen:

.....

.....

.....

.....

- ☐ Individuelle Vorgaben:

.....

.....

.....

.....

D Vermögensangelegenheiten

1. Allgemeines

Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt,

- ☐ über meine **sämtlichen Einkünfte** und mir gehörende **Vermögensgegenstände** zu verfügen und Verträge hierüber abzuschließen (ausgenommen davon sind Verfügungen über Konten, Depots, Sparbücher, Safes usw. bei Kreditinstituten und über Bausparverträge);

oder (alternativ zur umfassenden Verfügungsbefugnis)

- ☐ über mein **Einkommen** aus (z.B. Pension, Unfallversicherung)

.....

.....

.....

☐ über folgende **Liegenschaften**

.....

.....

.....

☐ über folgende **Vermögensgegenstände** (z. B. Schmuck) ausgenommen Geldvermögen, das auf einem Konto, Sparbuch, Safe oder Depot liegt,

.....

.....

.....

zu verfügen und Verträge hierüber abzuschließen;

☐ **Geldgeschenke** in der Höhe von € (ausgeschrieben:)

jährlich an

.....

.....

vorzunehmen;

☐ eine **Schenkung** von (z. B. Liegenschaft, Wohnung; Achtung: bei Ehegatten besteht allenfalls Notariatsaktpflicht für die Errichtung der Vollmacht!)

.....

an

.....

vorzunehmen.

☐ auch folgende Rechtsgeschäfte abzuschließen, die wegen ihres großen Umfangs nach meinen Vermögensverhältnissen unüblich sind (Angelegenheiten, die nicht zum ordentlichen Wirtschaftsbetrieb gehören)

■ **Achtung: nur gültig, wenn vor Rechtsanwalt/anwältin oder Notar/in oder bei Gericht errichtet!** ■

☐ der Kauf und Verkauf von Haus und Wohnung

☐ der Verkauf und die Belastung von Liegenschaften

☐ die Schenkung einer Liegenschaft

☐

☐

☐

☐

- ☐ Wenn der/die Bevollmächtigte zugleich mit mir ein Geschäft abschließen will (**Insichgeschäft**), vertritt mich folgende Person
- ☐ die/die Ersatzbevollmächtigte;
- ☐ Herr/Frau (Familienname, Vorname)
- geboren am
- wohnhaft in
- Telefon/E-Mail
- Naheverhältnis: (z. B. Tochter, Freundin)
- (Unterfertigung dieser Person am Ende der Urkunde – siehe 3. A!)

2. Bankvollmacht

Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt,

- ☐ über folgende Konten **und/oder Depots** zu verfügen sowie mich diesbezüglich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten zu vertreten;
- Kontonummer:..... BLZ:..... Kreditinstitut.....
- Kontonummer:..... BLZ:..... Kreditinstitut.....
- Kontonummer:..... BLZ:..... Kreditinstitut.....
- Kontonummer:..... BLZ:..... Kreditinstitut.....
- ☐ über alle beim Kreditinstitut geführten Konten oder Depots zu verfügen sowie mich diesbezüglich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten zu vertreten;
- ☐ über alle wo auch immer geführten Konten oder Depots zu verfügen sowie mich diesbezüglich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten zu vertreten;
- ☐ für diese auch Zeichnungsberechtigungen zu erteilen;
- ☐ andere Konten/Depots auf meinen Namen zu eröffnen, über diese zu verfügen und sie zu schließen;
- ☐ über mein Pensions-/Rentenkonto zu verfügen sowie mich diesbezüglich im Geschäftsverkehr mit dem Kreditinstitut zu vertreten.
- ☐ über mein **Bausparguthaben** zu verfügen sowie mich diesbezüglich im Geschäftsverkehr mit der Bausparkasse zu vertreten;
- Bausparvertragsnummer:..... Bausparkasse:
- ☐ einen (neuen) Bausparvertrag auf meinen Namen zu eröffnen und in meinem Namen einen Antrag auf Gewährung der Bausparprämie zu stellen (§ 108 EStG);
- ☐ meinen Bausparvertrag zu kündigen;
- ☐ meine Rechte als **Safe-/Schließfachinhaber/in** auszuüben.
- ☐ über folgende **Sparbücher** zu verfügen sowie mich diesbezüglich im Geschäftsverkehr mit dem Kreditinstitut zu vertreten (Vorlage des Sparbuchs und allenfalls auch Bekanntgabe des Lösungswortes notwendig);

Sparbuchnummer: Bank:

Sparbuchnummer: Bank:

Sparbuchnummer: Bank:

☐ über andere bei dem Kreditinstitut geführten Sparbücher zu verfügen sowie mich diesbezüglich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten zu vertreten;

☐ über alle wo auch immer geführten Sparbücher zu verfügen sowie mich diesbezüglich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten zu vertreten;

☐ (neue) Sparbücher auf meinen Namen zu eröffnen;

☐ meine Sparbücher zu schließen;

☐ mich in **Kreditgeschäften** zu vertreten, und zwar:

☐ Kreditrückführungsvereinbarungen für mich abzuschließen;

☐ Kredite vorzeitig zurückzuzahlen oder zu kündigen;

☐ Kredite zu kündigen;

☐ zusätzliche Sicherheiten in meinem Namen abzugeben;

☐ andere Ansprüche aus Kreditgeschäften geltend zu machen.

☐ **andere Ansprüche** aus Bankgeschäften geltend zu machen (z.B. Schadenersatzanspruch).

Damit stimme ich der **Offenbarung von Bankgeheimnissen** an die hier bevollmächtigte Person im Umfang der Vollmacht zu (§ 38 Abs. 2 Z 5 Bankwesengesetz).

3. Abgabenrechtliche Angelegenheiten

Der/Die Bevollmächtigte ist

☐ **generell** zur Wahrnehmung meiner abgabenrechtlichen Angelegenheiten bevollmächtigt;

☐ **lediglich** zur einkommenssteuerrechtlichen Veranlagung (**Einkommenssteuererklärung** und **Arbeitnehmerveranlagung**) bevollmächtigt;

☐ berechtigt, Zahlungen für mich **entgegenzunehmen**.

Von dieser Vollmacht ist auch die Entgegennahme behördlicher Schriftstücke mitumfasst (siehe auch 2. A).

4. Sonstige Vermögensangelegenheiten

Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt,

☐ Zahlungen und Wertgegenstände für mich **entgegenzunehmen** sowie Zahlungen an mich zu quittieren und Zahlungen vorzunehmen;

☐ **Eintragungen im Grundbuch** bezogen auf meine Liegenschaften (Bevollmächtigung ist alle drei Jahre zu erneuern; siehe 3. A)

.....
vornehmen.

☐ Soweit **testamentarisch bestimmte Gegenstände** meinem/er Erben/in überlassen worden sind, sind diese Gegenstände zurückzubehalten, zu verwahren und nach meinem Tod dem/r Erben/in – soweit von diesem erwünscht und der Nachlass nicht überschuldet – auszuhändigen.

☐ Mein Testament ist hinterlegt bei:

.....
.....

☐ Die Vollmacht umfasst auch **folgende** hier nicht angeführten **Vermögensangelegenheiten**.

.....
.....

☐ Individuelle Vorgaben:

.....
.....
.....
.....

(z.B. Übertragung der Wohnung/des Hauses an ein Kind mittels Kaufvertrags, Schenkung, Ausgedinges).

E Besondere Anordnungen

Folgende Maßnahmen darf der/die Bevollmächtigte nicht vornehmen:

.....
.....
.....
.....
.....

Weitere Wünsche:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Unterfertigung und Bekräftigung

A Unterfertigung

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Vorsorgevollmacht selbst errichtet habe.

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:

- Ich erneuere meine Vollmacht durch nachfolgende Unterschrift (nur in wohn- und grundbuchsrechtlichen Angelegenheiten ist dies alle drei Jahre notwendig; siehe § 24 Abs. 2 WEG und § 31 Abs. 6 GBG):

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:

- Ich, (Name), als bevollmächtigte Person, verpflichte mich, die Vollmacht in vollem Umfang und nach bestem Wissen und Gewissen auszuüben:

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:

Für Eintragungen im Grundbuch generell sinnvoll (siehe §31 Abs. 1 und 6 GBG): notarielle bzw. gerichtliche Beglaubigung der Unterschrift des/der Vollmachtgeber/in oder des/der Bevollmächtigten:

- Ich, (Name), als Zusatzbevollmächtigte/r (Ersatzbevollmächtigte/r bzw. Kollisionsbevollmächtigte/r), verpflichte mich, die Vollmacht in vollem Umfang auszuüben:

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:

- Die Vollmacht ist im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registriert (bei jedem Anwalt/jeder Anwältin oder jedem Notar/jeder Notarin möglich).

B 1. Bekräftigung vor Zeugen/innen bzw. Notar/in

(Kreditinstitute werden die Errichtung der Vorsorgevollmacht vor Rechtsanwalt/Anwältin oder Notar/in oder bei Gericht verlangen; siehe gleich anschließend B 2.)

Die Bekräftigung ist unbedingt notwendig, es sei denn die Urkunde wird vor Rechtsanwalt/Anwältin oder Notar/in oder bei Gericht errichtet! Es ist darauf zu achten, dass vor drei unbefangenen, volljährigen (nicht unter Sachwalterschaft stehenden) und sprachkundigen Zeugen/innen bzw. vor einem Notar/einer Notarin vom Vollmachtgeber/von der Vollmachtgeberin bekräftigt wird, dass der Inhalt dieser Vollmachtsurkunde seinem/ihrem Willen entspricht; die Zeugen/innen bzw. der Notar/die Notarin müssen hier unterschreiben:

1. Zeuge/in bzw. Notar/in: Name

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:

2. Zeuge/in bzw. Notar/in: Name

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:

3. Zeuge/in bzw. Notar/in: Name

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:

B 2. Errichtung vor Rechtsanwalt/Anwältin oder Notar/in oder bei Gericht

- Erklärung des Rechtsanwalts/der Rechtsanwältin, Notars/Notarin oder Gerichts (teilweise zwingend ■
■ vorgesehen; siehe „Achtung“ unter 2. B, 2. C und 2. D): ■

Ich habe den Erklärenden/die Erklärende über die Rechtsfolgen einer Vorsorgevollmacht sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs, der zu seiner Wirksamkeit dem/der Bevollmächtigten zugehen muss, belehrt. Insbesondere habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass die Einsetzung eines/einer Bevollmächtigten in aller Regel die Bestellung eines Sachwalters/einer Sachwalterin ersetzt und der/die Bevollmächtigte – anders als der Sachwalter/die Sachwalterin – nicht vom Gericht überwacht wird. Auch habe ich darauf hingewiesen, dass die österreichische Notariatskammer auf Anfrage den Gerichten und bestimmten anderen Stellen bzw. Personen Einsicht in das Verzeichnis zu gewähren hat.

Ergänzende Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Name, Unterschrift und Stampiglie des Rechtsanwalts / der Rechtsanwältin bzw. des Notars / der Notarin bzw. des Gerichts:

Ort, Datum: