

Forschungsinstitut für Angewandte Ethik

Forschungsberichte und Mitteilungen

Herausgegeben von Anne Siegetsleitner und Otto Neumaier

Heft 28

Universität Salzburg

Heinrich Ganthaler

Stig Kangers Analyse der Menschenrechte

Teil II: Das Recht auf Leben

Inhalt

Vorwort	7
0. Einleitung	9
1. Vorbemerkung und Einschränkung der Thematik	11
2. Vier Standpunkte bezüglich der Interpretation des Rechts auf Leben	13
2.1. Die Lehre von der Heiligkeit des Lebens im strengen Sinn	13
2.2. Die Lehre von der Heiligkeit des Lebens im gemäßigten Sinn	16
2.3. Die liberale Position in ihrer schwachen Form	29
2.4. Die liberale Position in ihrer starken Form	34
3. Das Kernelement des Rechts auf Leben und die Grenzen der Toleranz	41
4. Abschließende Bemerkungen	43
Anmerkungen	45
Literatur	47

Vorwort

Gemäß Artikel 3 der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* von 1948 hat jeder Mensch das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person. Die Achtung vor dem Recht auf Leben eines jeden Menschen spielt dabei besonders im medizinischen Bereich eine wichtige Rolle. So zählen die Erhaltung menschlichen Lebens, die Heilung von Krankheit und die Förderung der Gesundheit seit je her zu den primären Zielen medizinischen Handelns. Was aber bedeutet es konkret, das Recht auf Leben eines Menschen zu achten? Folgt aus der Achtung vor dem Recht auf Leben die Pflicht, menschliches Leben mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu erhalten, oder kann es gerechtfertigte Ausnahmen von einem generellen Lebenserhaltungsgebot geben? Die Antwort auf diese und ähnliche Fragen hängt wesentlich davon ab, wie der Ausdruck 'Recht auf Leben' gedeutet wird und – wie etwa die Diskussion um verschiedene Formen der Sterbehilfe zeigt – wird dieser Ausdruck gerade im medizinethischen Kontext oft höchst unterschiedlich verwendet.

Im vorliegenden Teil II wird Stig Kangers Analyse des Rechtsbegriffs, deren logische und methodische Grundlagen in Teil I (Heft 27) ausführlich dargestellt wurden, auf den konkreten Fall des Rechts auf Leben angewandt. Wie dabei exemplarisch aufgezeigt wird, stellt Stig Kangers Analyse ein hervorragendes Instrument dar, um verschiedene Bedeutungen des Ausdrucks 'Recht auf Leben' herauszuarbeiten und die damit verbundenen medizinethischen Standpunkte zu präzisieren.

Salzburg, im August 2002

Heinrich Ganthaler

Das Recht auf Leben

0. Einleitung

Das Recht auf Leben zählt zu den grundlegendsten Menschenrechten. Die Achtung vor dem menschlichen Recht auf Leben ist dabei vor allem im medizinischen Bereich ein unabdingbares Gebot. Die Erhaltung menschlichen Lebens, die Heilung von Krankheit und die Förderung von Gesundheit zählen insofern zu den primären Aufgaben medizinischen Handelns. Im Zusammenhang mit dem Gebot der Achtung vor dem menschlichen Recht auf Leben stellt sich gleichwohl eine Reihe von schwierigen Fragen:

Was bedeutet es überhaupt, ein Recht auf etwas zu haben, und was bedeutet es im besonderen, ein Recht auf Leben zu haben?

Haben bereits menschliche Zellen ein Recht auf Leben oder gibt es gute Gründe, nur in Bezug auf Personen bzw. Menschen mit personalen Eigenschaften von einem 'Recht auf Leben' zu sprechen?

Folgt aus dem Gebot der Achtung vor dem Recht auf Leben das Gebot, menschliches Leben mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu erhalten, oder gibt es berechnigte Ausnahmen von einem generellen Lebenserhaltungsgebot?

Folgt aus dem Recht auf Leben, anders ausgedrückt, auch so etwas wie ein Recht auf den eigenen Tod, und kann es ethisch gerechtfertigt sein, in manchen Situationen eine lebenserhaltende Behandlung im Sinne "passiver Sterbehilfe" abubrechen?

Wenn ja, wäre dann unter ähnlichen Umständen auch Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe zulässig?

Um diese und ähnliche Fragen hat sich in den letzten Jahren eine anhaltende und zum Teil sehr emotional geführte Diskussion entwickelt. Dabei fällt auf, daß die Vertreter unterschiedlicher Standpunkte den Ausdruck 'Recht auf Leben' sehr unterschiedlich verwenden, was nicht selten zu Mißverständnissen Anlaß gibt und manchmal zu unnötiger Polemik führt. Gerade in der Auseinandersetzung mit Fragen dieser Art ist es aber erforderlich, sich einer möglichst klaren Sprache und Begrifflichkeit zu bedienen.

Stig Kangers Analyse des Rechtsbegriffs stellt, wie im folgenden gezeigt werden soll, ein hervorragendes Instrument dar, um verschiedene Bedeutungen des Ausdrucks 'Recht auf Leben' herauszuarbeiten und die damit verbundenen Standpunkte zu präzisieren.

Die logischen Grundlagen von Stig Kangers Analyse wurden von Edgar Morscher in Heft 27 der *Forschungsberichte und Mitteilungen*¹ bereits ausführlich dargestellt und werden hier vorausgesetzt.

1. Vorbemerkungen und Einschränkung der Thematik

Ein Rechtssatz hat nach Kanger die allgemeine Struktur²:

Partei *x* hat gegenüber der Partei *y* ein Recht im Hinblick auf den Sachverhalt *S*

Es ist somit jeweils zu spezifizieren, wer der *Rechtsinhaber* (im Sinne der Partei *x*), wer der *Rechtsadressat* (im Sinne der Partei *y*), und was der konkrete Sachverhalt bzw. *Inhalt des Rechts* ist, von dem gesprochen wird. Die Beantwortung dieser Fragen ist im Falle des Rechts auf Leben keineswegs trivial.

Was die Frage nach dem *Rechtsinhaber* betrifft, so ist im Bereich der Medizin gewöhnlich unumstritten, daß Menschen ab der Geburt Inhaber eines Rechts auf Leben sind. Es gibt aber durchaus unterschiedliche Meinungen darüber, ob bereits menschliche Zellen, Embryonen und Föten Inhaber eines Lebensrechts sein können, was vor allem für die ethische Beurteilung von medizinischen Praktiken wie Abtreibung und Vernichtung in vitro erzeugter Embryonen von größter Relevanz ist. Ich werde diesen Problembereich im folgenden allerdings ausklammern und mich auf die Analyse der Bedeutung des Ausdrucks 'Recht auf Leben' in bezug auf Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter beschränken.³

Was den oder die *Rechtsadressaten* betrifft, so kann es sich dabei sowohl um Personen (wie etwa andere Patienten, das Pflegepersonal oder die einen Patienten behandelnden Ärzte) als auch um Institutionen (wie etwa Krankenhäuser, Versicherungsanstalten oder den Staat) handeln. Dabei ist wichtig zu bemerken, daß das Recht auf Leben von unterschiedlichem Typ sein kann, je nachdem, welcher Rechtsadressat im konkreten Fall angesprochen ist. So ist z.B. das Recht auf Leben eines Patienten gegenüber seinen Mitpatienten, dem Pflegepersonal, den Ärzten, der Institution "Krankenhaus" und dem Staat jeweils von unterschiedlichem Typ. Der Grund dafür ist, daß Mitpatienten, Pflegepersonen, Ärzte und Institutionen wie das Krankenhaus oder der Staat mit unterschiedli-

chen Befugnissen und Handlungsmöglichkeiten ausgestattet sind und den jeweiligen Personen oder Institutionen gegenüber unterschiedliche Ansprüche bestehen können. Ich werde im folgenden nicht alle diese Beziehungen untersuchen, sondern mich exemplarisch auf die *Arzt-Patienten-Beziehung* beschränken, d.h. die Frage untersuchen, was es bedeutet (oder bedeuten kann), daß ein Patient x gegenüber einem Arzt y ein Recht auf Leben hat.⁴ Der Einfachheit halber beschränke ich mich dabei auf die Rechte von urteilsfähigen Patienten, da sich die Rechtsbeziehungen zwischen nicht-urteilsfähigen Patienten und den behandelnden Ärzten um einiges komplizierter darstellen.⁵

Auch der *Rechtsinhalt* ist zu spezifizieren. Ganz allgemein kann mit 'Recht auf Leben' gemeint sein, daß eine Person (bzw. ein Mensch) x gegenüber einem näher zu bestimmenden Rechtsadressaten y ein Recht darauf hat, daß x lebt. Der Sachverhalt, um den es sich hier handelt, ist also der Sachverhalt ' x lebt'. Je nachdem, ob es sich beim Rechtsinhaber um ein Wesen handelt, das bereits jetzt existiert, oder um ein Wesen, das jetzt noch nicht existiert, kann die allgemeine Bestimmung ' x lebt' aber zweierlei bedeuten: ' x hat gegenüber y ein Recht darauf, daß x am Leben bleibt' oder ' x hat gegenüber y ein Recht darauf, daß x ins Leben gerufen wird'. Ich beschränke mich im folgenden auch hier auf die Analyse des Lebensrechtes von bereits existierenden Personen und verwende den Ausdruck ' x lebt' im Sinne von ' x bleibt am Leben' (formal: Lx).

Die Formulierung einer Rechtsregel macht es schließlich erforderlich, jeweils die *Bedingungen* anzugeben, unter denen ein Recht eines bestimmten Typs vorliegt, wobei diese Bedingungen durch das Antezedens der jeweiligen Rechtsregel angegeben werden. Selbst wenn bei der Analyse eines konkreten Rechts Einigkeit über die Zuordnung zu einem der 26 Vollrechtstypen im Sinne Kangers⁶ besteht, kann es gleichwohl Meinungsunterschiede über die Anwendungsbedingungen des betreffenden Rechtstyps geben. Die Analyse der Bedingungen, unter denen ein Recht eines bestimmten Typs zur Anwendung kommt, bildet daher einen wesentlichen Bestandteil der Interpretation des betreffenden Rechts.

2. Vier Standpunkte bezüglich der Interpretation des Rechts auf Leben

2.1. Die Lehre von der Heiligkeit des Lebens im strengen Sinn

Gemäß einer sehr strengen Interpretation (in nenne die Lehre, die damit verknüpft ist, die *Lehre von der Heiligkeit des Lebens im strengen Sinn*) wird der Ausdruck 'Recht auf Leben' gelegentlich so verstanden, daß er ein absolutes Lebenserhaltungsgebot impliziert. So schreibt Papst Johannes Paul II. in seiner *Enzyklika Evangelium vitae*:

“Gott *fordert* vom Menschen, dem er das Leben schenkt, daß er es liebt, achtet und fördert. Auf diese Weise *wird das Geschenk zum Gebot*, und das *Gebot selbst offenbart sich als Geschenk*”⁷

In derselben Enzyklika wendet sich der Papst daher auch gegen jede Form der Euthanasie, wobei “Euthanasie” explizit als “eine *Handlung oder Unterlassung*” definiert wird, “die ihrer Natur nach und aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden.”⁸

Man beachte, daß hier nicht einfach von einem Tötungsverbot, sondern explizit von einem Lebenserhaltungsgebot bzw. einem Verbot der Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen gesprochen wird.

Es ist entsprechend dem Gesagten – wörtlich genommen – nicht nur verboten, den Tod eines unschuldigen Menschen durch aktives Handeln herbeizuführen (d.h. verboten, so zu handeln, daß eine Person x nicht am Leben bleibt: $G\neg xH\neg Lx$), sondern auch verboten, den Tod durch eine absichtliche Unterlassung (d.h. dadurch, daß man absichtlich nicht so handelt, daß eine Person x am Leben bleibt) herbeizuführen ($G\neg\neg xHLx$). Wenn es aber verboten ist, nicht so zu handeln, daß eine Person x am Leben bleibt ($G\neg\neg xHLx$), dann ist es – anders ausgedrückt – geboten, so zu handeln, daß x am Leben bleibt ($GxHLx$).

Das Recht auf Leben ist gemäß dieser Interpretation also – wendet man darauf Kangers Klassifikation von Vollrechtstypen an – ein **Vollrecht vom Typ 3**, welches als wesentliche Elemente die einfachen Rechtstypen *Anspruch* ($GyHLx$) und *Nicht-Contra-Freiheit* ($GxHLx$) enthält. Unter Berücksichtigung der aus *Anspruch* und *Nicht-Contra-Freiheit* ableitbaren einfachen bzw. negierten einfachen Rechtstypen setzt sich dieser Rechtstyp aus folgenden 8 einfachen Rechtstypen (bzw. deren Negation) zusammen⁹:

(1) Anspruch	$GyHLx$
(2) Freiheit	$\neg GxH\neg Lx$
(3) Befugnis	$\neg G\neg xHLx$
(4) Immunität	$G\neg yH\neg Lx$
(5) Nicht-Contra-Anspruch	$\neg GyH\neg Lx$
(6) Nicht-Contra-Freiheit	$GxHLx$
(7) Nicht-Contra-Befugnis	$G\neg xH\neg Lx$
(8) Nicht-Contra-Immunität	$\neg G\neg yHLx$

In Worten:

- (1) **Es ist geboten, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (2) Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (3) Es ist erlaubt, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.
- (4) Es ist verboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (5) Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (6) **Es ist geboten, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (7) Es ist verboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (8) Es ist erlaubt, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.

Als allgemeine Rechtsregel formuliert:

R 1

Für alle x und für alle y gilt: Wenn x ein urteilsfähiger Patient und y der behandelnde Arzt von x ist, dann hat x gegenüber y ein **Vollrecht vom Typ 3** darauf, daß x am Leben bleibt.

Die Anwendung dieser Rechtsregel bedeutet, daß sowohl der Patient als auch der behandelnde Arzt die Pflicht haben, das Leben des Patienten (der in diesem Fall die Rolle des Rechtsinhabers einnimmt) mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln aktiv handelnd zu erhalten. Diese Interpretation hat weitreichende Konsequenzen:

Was zunächst den Patienten als Rechtsinhaber betrifft, so ist es eine logische Konsequenz aus (6), daß es dem Patienten nicht erlaubt ist, so zu handeln, daß er nicht am Leben bleibt (aus (6) *Nicht-Contra-Freiheit* ($GxHLx$) folgt logisch (7) *Nicht-Contra-Befugnis* ($G\neg xH\neg Lx$)): er darf also z.B. nicht Suizid begehen. Gemäß (6) *Nicht-Contra-Freiheit* ($GxHLx$) ist es dem Patienten aber auch nicht erlaubt, nicht so zu handeln, daß er am Leben bleibt ($GxHLx$ ist äquivalent mit $\neg\neg G\neg\neg xHLx$): er darf also z.B. auch keine lebenserhaltende Behandlung ablehnen oder in einen Hungerstreik treten.

Was den behandelnden Arzt als Rechtsadressaten betrifft, so folgt aus (1), daß es dem Arzt verboten ist, so zu handeln, daß der Patient nicht am Leben bleibt (aus (1) *Anspruch* ($GyHLx$) folgt logisch (4) *Immunität* ($G\neg yH\neg Lx$)): es ist dem Arzt also z.B. verboten, einem Patienten Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe zu leisten.

Aus (1) folgt aber auch, daß es dem Arzt nicht erlaubt ist, nicht so zu handeln, daß der Patient am Leben bleibt ($GyHLx$ ist äquivalent mit $\neg\neg G\neg\neg yHLx$): der Arzt darf also z.B. keine wie immer geartete passive Sterbehilfe leisten, sondern ist verpflichtet, das Leben seines Patienten mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln zu erhalten.

Gegen diese strenge Interpretation spricht, daß sie mit weithin akzeptierten medizinethischen Prinzipien wie dem Prinzip der Achtung der Autonomie des Patienten und dem Prinzip, zum

Wohle des Patienten zu handeln bzw. dem Patienten nicht zu schaden, in Konflikt gerät.¹⁰ So müßte ein Patient entsprechend dieser Interpretation unter Umständen auch gegen seinen Willen und obwohl eine weitere Behandlung nicht mehr zu seinem Wohl ist, am Leben erhalten werden.

Die katholische Kirche, ebenso wie andere Vertreter der Lehre von der Heiligkeit des Lebens, lassen daher – entgegen dem Gesagten – sehr wohl Ausnahmen von dem Gebot der Lebenserhaltung zu. So ist es gemäß der Erklärung der Glaubenskongregation trotz des oben Gesagten erlaubt, “wenn der Tod näher kommt und durch keine Therapie mehr verhindert werden kann [...] auf weitere Heilversuche zu verzichten, die nur eine schwache oder schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten [...]”¹¹ Ebenso ist es unter bestimmten Umständen erlaubt, im Sinne indirekter Sterbehilfe schmerzstillende Mittel auch dann zu verabreichen, wenn “die Anwendung dieser Mittel das Leben abkürzt”.¹²

So betrachtet ist das Gebot der Lebenserhaltung auch aus der Sicht der katholischen Kirche nicht mehr absolut, sondern nur noch als Prima-facie-Norm, die gewisse Ausnahmen zuläßt bzw. gelegentlich durch andere Normen übertrumpft werden kann, zu verstehen.

2.2. Die Lehre von der Heiligkeit des Lebens im gemäßigten Sinn

Eine tolerantere Interpretation des Rechts auf Leben (ich nenne sie die *Lehre von der Heiligkeit des Lebens im gemäßigten Sinn*) findet sich auch in den *Richtlinien für die Sterbehilfe* der deutschen Bundesärztekammer von 1979 (im folgenden kurz *Richtlinien* genannt), wo es in der Einführung heißt:

“Dem sittlichen Auftrag ärztlichen Handelns: Leiden zu lindern, wo Wiederherstellung der Gesundheit und die Erhaltung des Lebens nicht mehr möglich sind, gegebenenfalls auf technische Möglichkeiten der Intensivmedizin zu verzichten, dem Sterben-

den einen menschenwürdigen Tod zu ermöglichen, wird weder von seiten der Moralthologie, Sozialethik und Rechtsphilosophie noch von der Strafrechtslehre widersprochen. Menschliches Leben durch sogenannte ‘aktive Sterbehilfe’ zu beenden, wird ethisch und rechtlich als unvertretbar abgelehnt.”¹³

Ähnlich heißt es in der Präambel zu den Grundsätzen zur Sterbegleitung der Deutschen Bundesärztekammer von 1988 (im folgenden kurz *Grundsätze* genannt):

“Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.

Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten sein kann. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund.”¹⁴

Entsprechend diesem Zitat gibt es also kein striktes Gebot zur Lebenserhaltung unter allen Umständen; vielmehr gibt es Umstände, unter denen es für den behandelnden Arzt nicht mehr geboten ist, das Leben des Patienten mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu erhalten (unter denen also gilt: $\neg \text{GyHLx}$)

Zur Frage der Erlaubtheit aktiver Sterbehilfe und ärztlicher Beihilfe zum Suizid heißt es andererseits auch in diesem Dokument explizit:

“Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.”¹⁵

Obwohl es dem Arzt nicht unter allen Umständen geboten ist, das Leben des Patienten zu erhalten, ist es ihm also gleichwohl strikt verboten, den Patienten – auch auf dessen Wunsch hin – zu töten bzw. aktiv so zu handeln, daß der Patient nicht am Leben bleibt (d.h. es gilt: $G\neg yH\neg Lx$).

Die *Richtlinien* ebenso wie die *Grundsätze* der Bundesärztekammer und andere medizinethische Dokumente richten sich dabei in erster Linie an Ärzte und sagen insofern zwar etwas über die Pflichten von Ärzten, nicht aber über die Pflichten von Patienten aus, was für eine Interpretation im Sinne der Kangerschen Vollrechtstypen insofern ein Problem darstellt, als bei der Zuordnung eines Vollrechtstyps stets beide Rechtsparteien (der Rechtsinhaber und der Rechtsadressat) zu berücksichtigen sind.

Gehen wir bei unserer Interpretation jedoch von der Annahme aus, daß es auch dem Patienten als Rechtsinhaber ethisch erlaubt ist, sich (im Sinne des elementaren Rechtstyps *Contra-Freiheit* ($\neg GxHLx$)) unter bestimmten Umständen gegen eine Verlängerung seines Lebens zu entscheiden (was aus dem Dokument nicht explizit hervorgeht), und lassen wir – ausgehend vom oben erörterten Rechtstyp 3 – vorläufig alle anderen Elemente unverändert, dann wäre das hier angesprochene Recht als ein **Vollrecht vom Typ 4** zu bestimmen, welches sich aus folgenden einfachen Rechtstypen (bzw. deren Negation) zusammensetzt:

(1) Nicht-Anspruch	$\neg GyHLx$
(2) Freiheit	$\neg GxH\neg Lx$
(3) Befugnis	$\neg G\neg xHLx$
(4) Immunität	$G\neg yH\neg Lx$
(5) Nicht-Contra-Anspruch	$\neg GyH\neg Lx$
(6) Contra-Freiheit	$\neg GxHLx$
(7) Nicht-Contra-Befugnis	$G\neg xH\neg Lx$
(8) Nicht-Contra-Immunität	$\neg G\neg yHLx$

In Worten:

- (1) **Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (2) Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (3) **Es ist erlaubt, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (4) **Es ist verboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.**
- (5) Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (6) **Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (7) **Es ist verboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.**
- (8) **Es ist erlaubt, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.**

Als allgemeine Rechtsregel formuliert:

R 2

Für alle x und y gilt: Wenn x ein urteilsfähiger Patient und y der behandelnde Arzt von x ist, dann hat x gegenüber y ein **Vollrecht vom Typ 4** darauf, daß x am Leben bleibt.

Vom Vollrechtstyp 3 unterscheidet sich dieser Rechtstyp dadurch, daß er anstelle der Elemente *Anspruch* ($GyHLx$) und *Nicht-Contra-Freiheit* ($GxHLx$) deren Negation, nämlich *Nicht-Anspruch* ($\neg GyHLx$) und *Contra-Freiheit* ($\neg GxHLx$) enthält, während alle anderen einfachen Rechtstypen, aus denen sich der Rechtstyp 3 zusammensetzt, unverändert erhalten bleiben.

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich allerdings, daß hier eine weitere Differenzierung erforderlich ist. So ist die vorgeschlagene Interpretation des Rechts auf Leben hauptsächlich deshalb fragwürdig, weil sie neben den Elementen *Nicht-Anspruch* ($\neg GyHLx$) und *Immunität* ($G\neg yH\neg Lx$) auch das Element *Nicht-Contra-Immu-*

nität ($\neg G \rightarrow yHLx$) enthält. Dem Arzt wäre es gemäß diesem Rechtstyp – das Vorliegen bestimmter Bedingungen vorausgesetzt – zwar *nicht geboten*, aber grundsätzlich *erlaubt*, das Leben des Patienten nach Gutdünken zu verlängern. Die Entscheidung über den Abbruch oder die Fortsetzung einer Behandlung oder lebensverlängernden Maßnahme läge gemäß dieser Interpretation also weitgehend beim behandelnden Arzt, der – auch bei Vorliegen der für einen erlaubten Behandlungsabbruch maßgebenden Bedingungen – mehr oder weniger nach Gutdünken über Abbruch oder Fortsetzung einer Behandlung entscheiden könnte, was einem stark paternalistisch gefärbten Arztethos entsprechen würde.

Die traditionelle medizinethische Auffassung, derzufolge in erster Linie der Arzt über Beginn, Weiterführung und Abbruch einer Behandlung entscheiden kann, hat mittlerweile jedoch einer Einstellung Platz gemacht, die im hohen Maße das Gebot der Achtung vor der Autonomie des entscheidungsfähigen und hinreichend aufgeklärten Patienten betont und derzufolge, wie es H.-M. Sass treffend ausgedrückt hat, *„das Wertbild des Patienten ebenso wichtig ist wie sein Blutbild“*¹⁶.

Grundsätzlich lassen sich, was einen möglichen Patientenwunsch auf Durchführung, Weiterführung oder Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung betrifft, drei Fälle unterscheiden, die im Hinblick auf eine gegebene Arzt-Patienten-Beziehung eine unterschiedliche Interpretation des Rechts auf Leben erfordern:

Fall 1: Der entscheidungsfähige und hinreichend aufgeklärte Patient lehnt explizit und als Ergebnis seiner freien Willensentscheidung (d.h. wirksam) jede lebensverlängernde Behandlung ab, verweigert also ausdrücklich die Einwilligung in jede lebensverlängernde Behandlung.

Fall 2: Der entscheidungsfähige und hinreichend aufgeklärte Patient äußert explizit und als Ergebnis seiner freien Willensentscheidung (d.h. wirksam) den Wunsch, daß sein Leben mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln erhalten werden soll.

Fall 3: Der dritte Fall ist derjenige, in dem weder Fall 1 noch Fall 2 zutrifft, in dem der (durchaus entscheidungsfähige und hinreichend aufgeklärte) Patient also weder jede lebensverlängernde Behandlung explizit ablehnt noch den expliziten Wunsch äußert, daß sein Leben mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln erhalten werden soll.

Was zunächst den **Fall 1** des expliziten Patientenwunsches auf Unterlassung oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen betrifft, so heißt es dazu in den *Richtlinien* der Deutschen Bundesärztekammer ganz allgemein:

“Bei der Behandlung ist nach angemessener Aufklärung der Wille des urteilsfähigen Patienten zu respektieren, auch wenn er sich nicht mit der vom Arzt für geboten angesehenen Therapie deckt.”¹⁷

In bezug auf einen möglichen Behandlungsabbruch heißt es im Kommentar zu den *Richtlinien* dann noch deutlicher:

“Der Wille des urteilsfähigen Patienten, der über die Erkrankung, deren Behandlung und die damit verbundenen Risiken aufgeklärt worden ist, bindet den Arzt. Weil der urteilsfähige Patient darüber zu entscheiden hat, ob er behandelt werden will, kann er die Behandlung abbrechen lassen.”¹⁸

In ähnlicher Weise heißt es in den *Grundsätzen*:

“Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen.”¹⁹

In diesem Fall ist das Recht auf Leben des Patienten also nicht als Vollrecht vom Typ 9, sondern als **Vollrecht vom Typ 8** zu deuten, welches sich aus folgenden einfachen Rechtstypen zusammensetzt:

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| (1) Nicht-Anspruch | $\neg GyHLx$ |
| (2) Freiheit | $\neg GxH\neg Lx$ |
| (3) Befugnis | $\neg G\neg xHLx$ |
| (4) Immunität | $G\neg yH\neg Lx$ |
| (5) Nicht-Contra-Anspruch | $\neg GyH\neg Lx$ |
| (6) Contra-Freiheit | $\neg GxHLx$ |
| (7) Nicht-Contra-Befugnis | $G\neg xH\neg Lx$ |
| (8) Contra-Immunität | $G\neg yHLx$ |

In Worten:

- (1) Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.
- (2) Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (3) **Es ist erlaubt, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (4) **Es ist verboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.**
- (5) Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (6) **Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (7) **Es ist verboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.**
- (8) **Es ist verboten, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.**

Vom Vollrechtstyp 4 unterscheidet sich dieser Rechtstyp dadurch, daß er an Stelle des Elements *Nicht-Contra-Immunität* ($\neg G\neg yHLx$) das Element *Contra-Immunität* ($G\neg yHLx$) enthält, welches für den behandelnden Arzt als Rechtsadressaten unter den gegebenen Umständen ein eindeutiges Verbot, lebenserhaltend zu handeln, enthält. In Form einer allgemeinen Rechtsregel formuliert:

R 3

Für alle x und für alle y gilt: Wenn x ein urteilsfähiger Patient und y der behandelnde Arzt von x ist, und x gegenüber y wirksam den expliziten Wunsch auf Abbruch oder Unterlassung jeder lebensverlängernden Behandlung äußert, dann hat x gegenüber y ein **Vollrecht vom Typ 8** darauf, daß x am Leben bleibt.

Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist, daß – nimmt man die oben zitierten Stellen ernst – der Wille des urteilsfähigen Patienten auf Abbruch einer Behandlung als *allein hinreichende Bedingung* für das Gebot des Behandlungsabbruchs zu betrachten ist. Es ist daher genau betrachtet überflüssig, zum Teil im selben Dokument²⁰ für die Erlaubnis zum Behandlungsabbruch noch weitere Bedingungen, wie etwa daß es sich bei der Krankheit um eine Krankheit mit infauster Prognose handeln muß, daß die Krankheit schon weit fortgeschritten sein muß und eine Behandlung nur das Leiden des Patienten verlängern würde, anzuführen. So ist eine möglicherweise lebensverlängernde Behandlung auf Wunsch des Patienten auch dann abzubrechen, wenn letztgenannte Bedingungen nicht oder noch nicht zutreffen.

Was den **Fall 2** betrifft, in dem ein Patient explizit den Wunsch auf Lebensverlängerung mit allen Mitteln äußert, so bietet sich – nimmt man den vielzitierten Grundsatz “voluntas aegroti suprema lex” ernst – demgegenüber eine Interpretation des Rechts auf Leben im Sinne des **Vollrechtstyps 6** an, der sich aus folgenden einfachen Rechtstypen zusammensetzt:

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| (1) Anspruch | $GyHLx$ |
| (2) Freiheit | $\neg GxH\neg Lx$ |
| (3) Befugnis | $\neg G\neg xHLx$ |
| (4) Immunität | $G\neg yH\neg Lx$ |
| (5) Nicht-Contra-Anspruch | $\neg GyH\neg Lx$ |
| (6) Contra-Freiheit | $\neg GxHLx$ |
| (7) Nicht-Contra-Befugnis | $G\neg xH\neg Lx$ |
| (8) Nicht-Contra-Immunität | $\neg G\neg yHLx$ |

In Worten:

- (1) **Es ist geboten, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (2) Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (3) **Es ist erlaubt, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (4) Es ist verboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (5) Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (6) **Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (7) Es ist verboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (8) Es ist erlaubt, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.

Als allgemeine Rechtsregel formuliert:

R 4

Für alle *x* und für alle *y* gilt: Wenn *x* ein urteilsfähiger Patient und *y* der behandelnde Arzt von *x* ist, und *x* gegenüber *y* den expliziten Wunsch äußert, daß *y* das Leben von *x* mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln erhält, dann hat *x* gegenüber *y* ein **Vollrecht vom Typ 6** darauf, daß *x* am Leben bleibt.

Aus dem Auftrag des Patienten, sein Leben mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu erhalten, folgt gemäß dieser Interpretation für den Arzt die Pflicht, entsprechend dem Patientenwunsch zu handeln, während es dem Patienten andererseits frei steht, auf die Erfüllung dieses Wunsches gegebenenfalls auch zu verzichten.

Als Vollrecht vom Typ 6 ohne jede Einschränkung interpretiert bedeutet 'Recht auf Leben', daß der Patient als Rechtsinhaber gegenüber dem jeweiligen Rechtsadressaten grundsätzlich einen *Anspruch* darauf hat, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln am Leben erhalten zu werden. Ob ein solcher uneingeschränkter Anspruch von Seiten eines Patienten tatsächlich existiert, ist freilich – soweit diese Frage überhaupt diskutiert wird – umstritten.

In vielen medizinethischen Dokumenten wie etwa den beiden oben zitierten Dokumenten der Deutschen Bundesärztekammer wird diese Frage überhaupt nicht aufgegriffen. Zustimmend zu einem solchen Anspruch äußert sich in einer Resolution aus dem Jahre 1979 die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Dort heißt es:

“Der erklärte oder aus der Gesamtheit der Umstände zu entnehmende Wille des Kranken auf Erhaltung des Lebens mit allen verfügbaren Mitteln ist im Rahmen des ärztlich Möglichen maßgebend.”²¹

Dagegen spricht sich die British Medical Association (BMA) in einem Dokument aus dem Jahre 1999 aus. Dort heißt es:

“Although patients’ wishes should always be discussed with them, the fact that a patient has requested a particular treatment does not mean that it must always be provided.”²²

Für diese These führt die BMA dabei insgesamt vier Gründe an:

- “(a) Health professionals are not obliged to provide any treatment which cannot produce the desired benefit. [...]
- (b) There is no obligation to provide any treatment which is clearly contrary to an individual's health interests. A life-prolonging treatment may, for example, prolong life but result in severe pain or loss of function so that overall it produces severe harm to the patient. [...]
- (c) Except in an emergency situation, doctors are not obliged to treat contrary to their conscience (though they may be obliged to make an appropriate referral). [...]
- (d) Where resources are limited, it is inevitable that some patients will not receive all of the treatment they request even though such treatment could be potentially beneficial to them.”²³

Dementsprechend gibt es also eine Reihe von Gründen, die den Arzt auch im Falle eines expliziten Patientenwunsches auf Lebenserhaltung mit allen verfügbaren Mitteln von einer Pflicht zur Erhaltung des Lebens des Patienten entbinden, und die – akzeptiert man den Standpunkt der BMA – als zusätzliche Bedingungen in die oben genannte Rechtsregel einfließen müssen. Entsprechend umformuliert müßte die Rechtsregel R 4 dann etwa so lauten:

R 4'

Für alle x und y gilt: Wenn x ein urteilsfähiger Patient und y der behandelnde Arzt von x ist, und

(1) x gegenüber y den expliziten Wunsch äußert, daß y das Leben von x mit allen y zur Verfügung stehenden Mitteln erhält, und (2) eine entsprechende Behandlung

(a) (aus der Sicht von y) erfolgversprechend ist, und

(b) (aus der Sicht von y) mit dem Wohl von x (gemäß den Wertmaßstäben von x) vereinbar ist, und

(c) mit dem Gewissen von y vereinbar ist, und

(d) angesichts beschränkter medizinischer Ressourcen (unter dem Aspekt ihrer gerechten Verteilung) vertretbar ist, dann (und nur dann) hat x gegenüber y ein **Vollrecht vom Typ 6** darauf, daß x am Leben bleibt.

(Die Bedingung 2 (c) bezieht sich dabei nur auf Situationen, in denen kein Notfall vorliegt.)

Die von der BMA angegebenen Bedingungen für die Aufhebung der ärztlichen Behandlungspflicht sind im einzelnen diskussionswürdig. Wie das Beispiel zeigt, ist es aber gelegentlich – auch bei grundsätzlicher Zustimmung zum Vorliegen eines bestimmten Rechtstyps – erforderlich, seine Anwendung einzuschränken, wobei die jeweiligen Anwendungsbedingungen selbst zum Gegenstand der Diskussion werden können. Im Rahmen der Diskussion medizinethischer und/oder medizinrechtlicher Fragen ist es also wichtig, darauf zu achten, ob sich die Meinungsunterschiede auf die Interpretation eines Rechts im Sinne der Zuordnung eines be-

stimmten Rechtstyps selbst oder nur auf die konkreten Anwendungsbedingungen eines Rechtstyps (über dessen Vorliegen sich die Diskussionspartner grundsätzlich einig sind) bezieht.

Bleibt **Fall 3** zu erörtern, in dem der Patient weder explizit jede weitere Behandlung ablehnt noch explizit den Wunsch äußert, mit allen verfügbaren Mitteln am Leben erhalten zu werden. Es kann sich dabei um eine Situation handeln, in der der Patient die Entscheidungsbefugnis über Aufnahme oder Unterlassung einer lebenserhaltenden Behandlung explizit in die Hand des behandelnden Arztes legt oder um eine Situation, in der der Patient, obgleich aufgeklärt und urteilsfähig, eine Antwort auf die Frage, ob bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen eingesetzt werden sollen – aus welchen Gründen auch immer – verweigert. Es handelt sich dabei um Situationen, die in der alltäglichen medizinischen Praxis aufgrund der Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung (hier der hilfeschuchende Kranke ohne medizinische Kenntnisse, dort der medizinisch kompetente Fachmann) nicht so selten sein dürften.

Was den ersten Fall betrifft, in dem der Patient die Entscheidung über die Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen explizit dem behandelnden Arzt überläßt, scheint vordergründig eine Interpretation des Rechts auf Leben im Sinne des eingangs erwähnten Vollrechtstyps 4 adäquat zu sein, welche es dem Arzt erlaubt, nach eigenem Ermessen lebenserhaltende Maßnahmen anzuwenden oder zu unterlassen.

Die Erlaubnis, nach eigenem Ermessen zu handeln, beinhaltet allerdings nicht die Erlaubnis, nach Belieben zu handeln. Der Arzt ist in diesem Falle vielmehr – ähnlich wie bei einem nicht-urteilsfähigen Patienten – angehalten, nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu entscheiden, wobei er sich aber notgedrungen auf andere Kriterien als das eines explizit geäußerten Patientenwillens stützen muß.

Die Situation stellt sich dann ähnlich wie beim expliziten Patientenwunsch auf Behandlung oder Unterlassung einer Behandlung dar, mit dem Unterschied allerdings, daß an die Stelle des expliziten Patientenwillens der mutmaßliche Patientenwille tritt.

Liegen klare Hinweise dafür vor, daß der Patient – ohne dies explizit zu äußern – einen Behandlungsabbruch wünscht, und ist dieser Wunsch angesichts des Krankheitszustandes des Patienten rational nachvollziehbar, dann sollte der Arzt diesem Wunsch nachkommen.

Liegen andererseits klare Hinweise dafür vor, daß der Patient – ohne dies explizit zu äußern – sehr wohl die Lebenserhaltung mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln wünscht, und spricht auch aus medizinischer Sicht alles dafür, daß die Lebenserhaltung zum Wohl des Patienten ist, dann scheint es für den Arzt jedenfalls geboten, lebenserhaltend zu handeln.

Liegt aber eine Prognose vor, die zurecht daran zweifeln läßt, daß eine weitere lebenserhaltende Behandlung noch zum Wohl des Patienten ist, dann scheint es geboten, eine weitere lebenserhaltende Behandlung zu unterlassen. Vertritt man die Meinung, daß selbst der explizite Patientenwille auf Lebenserhaltung mit allen verfügbaren Mitteln für den Arzt nicht unter allen Umständen bindend ist, dann kann noch viel weniger der diesbezügliche mutmaßliche Wille des Patienten unter allen Umständen als bindend erachtet werden.

Was schließlich den zweiten Fall betrifft, in dem ein durchaus entscheidungsfähiger und hinreichend aufgeklärter Patient die Antwort auf die Frage, ob er weiterbehandelt werden möchte oder nicht, schlicht verweigert, so läßt sich aus dem Umstand, daß der Patient eine Behandlung nicht explizit ablehnt, noch nicht schließen, daß es dann erlaubt sei, ihn zu behandeln. In diesem Fall scheint es also – geht man von dem Grundsatz aus, daß jede medizinische Behandlung eines urteilsfähigen Patienten seiner Zustimmung bedarf – geboten, eine Behandlung zu unterlassen. Allerdings wäre es in so einem Fall meines Erachtens geboten, nach den Gründen für das Verhalten des Patienten zu fragen und sich zu vergewissern, daß der Patient tatsächlich urteilsfähig ist und sich nicht in einem psychischen Ausnahmezustand befindet, der seine Urteilsfähigkeit beeinträchtigt.

Im Unterschied zur Lehre von der Heiligkeit des Lebens im strengen Sinn, welche durch einen einzigen Vollrechtstyp (den Vollrechtstyp 3) und eine einzige Rechtsregel (die Rechtsregel 1) vollständig charakterisiert ist, läßt sich die gemäßigte Lehre von der Heiligkeit des Lebens aufgrund der eingeführten Fallunterscheidung nur als **Konjunktion der Rechtsregeln 3 und 4'**, die sich auf jeweils unterschiedliche Vollrechtstypen beziehen (Rechtsregel 3 auf Vollrechtstyp 8 und Rechtsregel 4' auf Vollrechtstyp 6) wiedergeben.

2.3. Die liberale Position in ihrer schwachen Form

In ihrer Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender wendet sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ähnlich wie die Deutsche Bundesärztekammer nicht nur gegen jede Form der aktiven Sterbehilfe, sondern auch gegen die ärztliche Beihilfe zum Suizid, ohne jedoch den Suizid moralisch zu bewerten:

“Dem ärztlichen Auftrag widerspricht die aktive Mitwirkung bei der Selbsttötung, zum Beispiel durch Überlassung von Tötungsmitteln. Eine grundsätzliche sittliche Wertung der Selbsttötung soll damit nicht verbunden sein.”²⁴

Diese Aussage ist insofern besonders interessant, als sie explizit offen läßt, ob – moralisch betrachtet – neben dem Element *Nicht-Anspruch* ($\neg GyHLx$) und dem Verbot aktiver Sterbehilfe ($G\neg yH\neg Lx$) auch *Nicht-Contra-Befugnis* ($G\neg xH\neg Lx$) gilt.

Geht man davon aus, daß der wohlüberlegte Suizid eines entscheidungsfähigen Patienten im Sinne von *Nicht-Contra-Befugnis* moralisch verboten ist, dann bietet sich als eine mögliche Interpretation dieser Auffassung von Recht auf Leben – je nach vorliegenden Bedingungen – einer der oben erwähnten Rechtstypen 6 oder 8 an, andernfalls erhält man eine Interpretation im Sinne der von mir so genannten schwach liberalen Position.

Im **Fall 1** (Ablehnung jeder lebenserhaltenden Behandlung durch den Patienten) ist die Interpretation des Rechts auf Leben als Recht vom Typ 8 dann durch eine Interpretation im Sinne des **Vollrechtstyps 5** zu ersetzen, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| (1) Nicht-Anspruch | $\neg GyHLx$ |
| (2) Freiheit | $\neg GxH\neg Lx$ |
| (3) Befugnis | $\neg G\neg xHLx$ |
| (4) Immunität | $G\neg yH\neg Lx$ |
| (5) Nicht-Contra-Anspruch | $\neg GyH\neg Lx$ |
| (6) Contra-Freiheit | $\neg GxHLx$ |
| (7) Contra-Befugnis | $\neg G\neg xH\neg Lx$ |
| (8) Contra-Immunität | $G\neg yHLx$ |

In Worten:

- (1) Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.
- (2) Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (3) **Es ist erlaubt, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (4) **Es ist verboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.**
- (5) Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (6) Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.
- (7) **Es ist erlaubt, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.**
- (8) **Es ist verboten, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.**

Als allgemeine Rechtsregel formuliert:

R 5

Für alle x und y gilt: Wenn x ein urteilsfähiger und hinreichend aufgeklärter Patient und y der behandelnde Arzt von x ist und x

(auch im Falle eines Suizidversuchs) explizit jede lebensverlängernde Behandlung ablehnt, dann hat x gegenüber y ein **Vollrecht vom Typ 5** darauf, daß x am Leben bleibt.

Vom Rechtstyp 8 unterscheidet sich dieser Rechtstyp dadurch, daß er anstelle des Elements *Nicht-Contra-Befugnis* ($G\neg xH\neg Lx$) das Element *Contra-Befugnis* ($\neg G\neg xH\neg Lx$) enthält, demgemäß es dem Rechtsinhaber x unter bestimmten Umständen erlaubt ist, so zu handeln, daß er nicht am Leben bleibt. In diesem Sinne wird gelegentlich gesagt, daß aus dem Recht auf Leben ein Recht auf den eigenen Tod folgt. So schreibt etwa J.L Mackie:

“Aus dem Recht auf Leben folgt ein Recht auf Beendigung des eigenen Lebens, obwohl auch dieses Recht nicht ausnahmslos gilt: Auf seiten anderer können Ansprüche bestehen, die gegen eine Selbsttötung sprechen, die aus der Sicht des Handelnden als vorzuzugswürdig erscheint.”²⁵

Die Frage, ob es unter bestimmten Umständen ethisch erlaubt sein kann, Suizid zu begehen, wurde in der Philosophie seit der Antike diskutiert.²⁶

Zu den Gegnern der These von der Erlaubtheit des Suizid zählten neben Aristoteles insbesondere christliche Denker wie Augustinus und Thomas von Aquin, aber auch Philosophen wie John Locke und Immanuel Kant.²⁷

Zu den Vertretern der These, daß Suizid zumindest unter bestimmten Bedingungen ethisch erlaubt ist, zählte in der Antike insbesondere Seneca.²⁸ In der Neuzeit wurde die These u.a. von Michel de Montaigne und David Hume, im 20. Jahrhundert – neben anderen liberalen Philosophen – hauptsächlich von Jean Amery und Wilhelm Kamlah vertreten.²⁹

Die These von der grundsätzlichen Erlaubtheit des Suizid markiert dabei den entscheidenden Wendepunkt von der Lehre der Heiligkeit des Lebens zu einer liberalen Auffassung.

Aus medizinethischer Sicht stellt sich im Zusammenhang damit die Frage, ob es geboten ist, den Suizid einer Person unter allen Umständen zu verhindern oder ob es Situationen geben kann, in denen es ethisch erlaubt oder vielleicht sogar geboten ist, den Suizid einer Person zuzulassen.

Nimmt man die obige Interpretation des Rechts auf Leben im Sinne des Vollrechtstyps 5 ernst, dann folgt daraus, daß es geboten ist, den Willen einer urteilsfähigen Person auch dann zu respektieren, wenn dieser auf Suizid ausgerichtet ist. Der Klammerzusatz „auch im Falle eines Suizidversuchs“ in der Formulierung der Rechtsregel 5 ist insofern – logisch gesehen – überflüssig und dient nur der Verdeutlichung. Akzeptiert man nämlich die These, daß der Wille eines urteilsfähigen und hinreichend aufgeklärten Patienten auf Unterlassung einer lebenserhaltenden Behandlung für den Arzt bindend ist, dann ist dieser Wille selbstverständlich auch dann bindend, wenn der Patient im Anschluß an seine Willensäußerung einen Suizidversuch unternimmt (es sei denn, es gibt gute Gründe anzunehmen, der Suizident habe seine Meinung zum Zeitpunkt des Suizidversuchs wieder geändert, was im Falle eines wohlerwogenen Suizids aber kaum anzunehmen ist).

Im Rahmen der hier gegebenen Analyse kommt dies dadurch zum Ausdruck, daß sich der Rechtstyp 5 vom Rechtstyp 8 (der für die gemäßigte Lehre von der Heiligkeit des Lebens typisch ist), wie gesagt, nur dadurch unterscheidet, daß der einfache Rechtstyp *Nicht-Contra-Befugnis* durch *Contra-Befugnis* ersetzt wird. Es ändert sich bei dieser Interpretation also nur etwas an den Pflichten des Rechtsinhabers, nicht aber an den Pflichten des Rechtsadressaten, welche in diesem Fall dieselben bleiben.

Die Haltung vieler Ärztegesellschaften, aber z.B. auch des österreichischen Gesetzgebers bezüglich der Suizidverhütung, die einerseits den Respekt vor der Autonomie des urteilsfähigen Patienten einfordert, den Arzt aber andererseits in jedem Fall zur Suizidverhütung verpflichtet, ist insofern inkonsistent. Sie ist – sieht man von spezifisch religiösen Gründen ab – nur verständlich, wenn man annimmt, daß jede Art von Suizidwunsch mit einem

Verlust der Urteilsfähigkeit des Patienten einhergeht, der es rechtfertigt, ihn vor sich selbst zu schützen. So ist Suizidverhütung auch aus der Sicht einer liberalen Position in all jenen Fällen gerechtfertigt, in denen angenommen werden muß, daß der Entschluß einer Person zum Suizid nicht wirklich autonom und wohlerrwogen, sondern etwa das Ergebnis einer krankhaft psychischen Entwicklung ist. Sofern der Entschluß einer Person zum Suizid jedoch offensichtlich das Ergebnis einer autonomen und rationalen Entscheidung ist, ist dieser aus der Sicht der schwach liberalen Position jedoch zu akzeptieren, und es ist in solchen Fällen nicht nur *erlaubt*, sondern sogar *geboten*, den Suizid der betreffenden Person zuzulassen. Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe werden von Vertretern einer schwach liberalen Position gleichwohl abgelehnt.

Im **Fall 2**, in dem der Patient mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln am Leben erhalten werden möchte, ist das Recht auf Leben auch gemäß der schwach liberalen Position, ähnlich wie im Falle der Lehre von der Heiligkeit des Lebens im schwachen Sinn, als **Vollrecht vom Typ 6** zu interpretieren, wobei – akzeptiert man die These, daß es keinen Anspruch auf Lebenserhaltung unter allen Umständen gibt – die **Rechtsregel R 4'** zur Anwendung kommt.

Im **Fall 3**, in dem ein urteilsfähiger und hinreichend aufgeklärter (aber möglicherweise suizidgefährdeter) Patient weder explizit den Wunsch auf Unterlassung jeder lebenserhaltenden Behandlung noch den expliziten Wunsch auf Lebenserhaltung mit allen verfügbaren Mitteln äußert, sollte sich der Arzt wiederum am mutmaßlichen Willen des Patienten orientieren.

Gibt es gute Gründe dafür, daß der (wohlverstandene) mutmaßliche Wille des Patienten gegen jede lebenserhaltende Behandlung gerichtet ist, wäre das Recht auf Leben auch in diesem Falle als **Vollrecht vom Typ 5** zu interpretieren; gibt es andererseits gute Gründe dafür, daß der (wohlverstandene) mutmaßliche Wille trotz der gegebenen Suizidneigung auf Lebenserhaltung mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln ausgerichtet ist, wäre das Recht auf Leben als **Vollrecht vom Typ 6** unter Zugrundelegung der Rechtsregel 4' zu interpretieren.

Vollständig wiedergegeben stellt die gemäßigt liberale Position also eine **Konjunktion aus den Rechtsregeln 5 und 4'** dar, wobei sich die Rechtsregel 5 auf den Rechtstyp 5 und die Rechtsregel 4' auf den Rechtstyp 6 bezieht.

2.4. Die liberale Position in ihrer starken Form

Gemäß einer stark liberalen Position, wie sie – in unterschiedlicher Form und mit unterschiedlichen Argumenten – u.a. von Helga Kuhse, Peter Singer und Norbert Hoerster (und offensichtlich auch vom Niederländischen Gesetzgeber) vertreten wird, ist unter bestimmten Bedingungen nicht nur Suizid und Beihilfe zum Suizid, sondern auch direkt-aktive Sterbehilfe ethisch erlaubt.³⁰ Ich beschränke mich im folgenden auf die Darstellung der Position Hoerstes, zumal dieser seine Auffassung besonders klar und deutlich zum Ausdruck bringt, was eine entsprechende Analyse wesentlich erleichtert.

Für die Zulässigkeit direkt-aktiver Sterbehilfe nennt Hoerster dabei folgende drei Bedingungen:

- “1. Der Betroffene befindet sich in einem Zustand schweren, unheilbaren Leidens.
2. Der Betroffene wünscht die Tötungshandlung aufgrund freier und reiflicher Überlegung, die er in einem urteilsfähigen und über seine Situation aufgeklärten Zustand durchgeführt hat.
3. Die Tötungshandlung wird von einem Arzt vorgenommen.”³¹

Die Erfüllung der ersten Bedingung soll nach Hoerster sicherstellen, “daß es zumindest nicht unwahrscheinlich ist, daß eine Tötung mit Einwilligung des Betroffenen auch seinem wirklichen Interesse entspricht, daß die erteilte Einwilligung also tatsächlich wirksam ist.”³² Es ist dabei irrelevant, ob das besagte Leiden primär physisch oder psychisch bedingt ist; ausschlaggebend ist vielmehr die seelische Verfassung bzw. der Leidenszustand. Hoerster hält dabei auch die Forderung, daß es sich um ein “unerträgliches” Leiden

handeln müsse, die ein fester Bestandteil anderer Dokumente ist, für überflüssig. Denn einerseits wird der Umstand, daß das Leiden für den Patienten unerträglich ist, schon durch seinen Sterbewunsch hinreichend dokumentiert, andererseits ist die Antwort auf die Frage, was für eine Person “unerträglich” ist, letztlich von deren subjektivem Empfinden abhängig, während die Feststellung, daß jemand “schwer” leidet, zumindest bis zu einem gewissen Grade objektivierbar ist.

Die zweite Bedingung fordert, daß die Einwilligung “einer autonomen und in einem umfassenden Sinne rational vermittelten Entscheidung”³³ entspringt, wobei durch die Bedingung des Wunsches des Patienten (anstelle der bloßen Einwilligung) der Gefahr vorgebeugt werden soll, daß die Einwilligung auf Druck von außen zustandekommt oder auf einer bloß passiven Zustimmung des Patienten beruht.³⁴ Die Bedingung ist dabei – wie Hoerster in einer Randbemerkung hinzufügt – so zu verstehen, daß bei urteilsunfähigen Patienten an die Stelle des ausdrücklichen Wunsches auch der mutmaßliche Wunsch des Patienten auf (aktive) Sterbehilfe treten kann.³⁵

Die dritte Bedingung soll schließlich zweierlei sicherstellen: einerseits, “daß das Vorliegen der ersten beiden Bedingungen durch eine fachlich kompetente Person mit professioneller Sorgfalt geprüft wird”³⁶, andererseits, “daß die Tötung auf die dem Wunsch des Betroffenen entsprechende Weise und außerdem in einer sowohl humanen als auch wirksamen Form erfolgt.”³⁷ Im Unterschied zu den ersten beiden Bedingungen erfüllt die dritte Bedingung dabei offensichtlich die Funktion einer Sicherheitsbestimmung im praktischen Umgang mit aktiver Sterbehilfe, die für deren moralische Beurteilung nicht unmittelbar relevant ist.

Unter denselben Bedingungen, unter denen aktive Sterbehilfe erlaubt ist, ist nach Auffassung von Hoerster schließlich auch Beihilfe zum Suizid erlaubt.³⁸

Zur Frage, ob Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe mit dem Recht auf Leben eines Menschen vereinbar sind, bemerkt Hoerster schließlich an anderer Stelle:

“Das Recht eines Individuums auf x wird prinzipiell dann nicht berührt, wenn es selbst auf x verzichtet oder x preisgibt. [...] Dies ist nicht anders im Fall des individuellen Rechtes auf Leben: Dieses Recht wird durch eine Tötung dann nicht berührt, wenn der Betroffene in gültiger Form in seine Tötung einwilligt.”³⁹

Wir haben es hier also mit einer Interpretation des Ausdrucks ‘Recht auf Leben’ zu tun, die es – sofern der Patient selbst auf seine Immunität verzichtet – erlaubt, das Element *Immunität*, das ein fixer Bestandteil aller anderen besprochenen Interpretationen ist, zu negieren.

Unter den genannten Bedingungen wäre das Recht auf Leben eines urteilsfähigen Patienten dementsprechend als **Vollrecht vom Typ 16** zu interpretieren, welches sich aus folgenden einfachen Rechtstypen bzw. deren Negation zusammensetzt:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| (1) Nicht-Anspruch | $\neg GyHLx$ |
| (2) Freiheit | $\neg GxH \neg Lx$ |
| (3) Befugnis | $\neg G \neg xHLx$ |
| (4) Nicht-Immunität | $\neg G \neg yH \neg Lx$ |
| (5) Nicht-Contra-Anspruch | $\neg GyH \neg Lx$ |
| (6) Contra-Freiheit | $\neg GxHLx$ |
| (7) Contra-Befugnis | $\neg G \neg xH \neg Lx$ |
| (8) Contra-Immunität | $G \neg yHLx$ |

In Worten:

- (1) Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.
- (2) Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (3) **Es ist erlaubt, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.**
- (4) **Es ist erlaubt, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.**

- (5) Es ist nicht geboten, daß y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.
- (6) Es ist nicht geboten, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt.
- (7) **Es ist erlaubt, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.**
- (8) **Es ist verboten, daß y so handelt, daß x am Leben bleibt.**

Als allgemeine Rechtsregel formuliert:

R 6

Für alle x und für alle y gilt: Wenn x ein urteilsfähiger Patient und y der behandelnde Arzt von x ist, und

(1) x sich in einem Zustand schweren, unheilbaren Leidens befindet und

(2) x gegenüber y auf Grund freier und reiflicher Überlegung den Wunsch auf Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe durch y äußert,

dann und nur dann hat x gegenüber y ein **Vollrecht vom Typ 16** darauf, daß x am Leben bleibt.

Die Formulierung “dann und nur dann” drückt aus, daß es sich bei den genannten Bedingungen, wie Hoerster eigens betont, nicht nur um hinreichende, sondern um notwendige Bedingungen für die Erlaubtheit von ärztlicher Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe handelt; d.h.: wenn die genannten Bedingungen nicht erfüllt sind, dann sind ärztliche Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe nicht erlaubt.

Vom Vollrechtstyp 5 unterscheidet sich dieser Rechtstyp dadurch, daß er an Stelle des Elements *Immunität* ($G \neg yH \neg Lx$) das Element *Nicht-Immunität* ($\neg G \neg yH \neg Lx$) enthält.

Die von Hoerster genannten Bedingungen für die ethische Erlaubtheit von Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe unterscheiden sich dabei nur unwesentlich von den Bedingungen, unter denen Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe gemäß der aktuellen Gesetzeslage in den Niederlanden straffrei bleiben. Ein Arzt,

der aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid geleistet hat, soll demnach straffrei bleiben, wenn er

- “a. davon überzeugt ist, daß ein ausdrückliches, freies, wohlbedachtes und beständiges Verlangen des Patienten nach Tötung vorgelegen hat,
- b. davon überzeugt ist, daß der Patient untragbar litt und sich in einem aussichtslosen Zustand befand,
- c. den Patienten über seinen Zustand und seine weiteren Aussichten vollständig unterrichtet hat,
- d. gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, daß angesichts der Situation, in der sich dieser befand, keine akzeptable andere Lösung bestand,
- e. wenigstens einen weiteren, unabhängigen Mediziner zu Rate gezogen hat, der den Patienten gesehen und sich hinsichtlich der Sorgfaltsbedingungen (Abschnitte a. bis d.) ein Urteil gebildet hat und
- f. die Lebensbeendigung mit medizinischer Sorgfalt ausgeführt hat.”⁴⁰

Auch in diesem Fall wäre das Recht auf Leben also – nicht juristisch, aber ethisch betrachtet – als **Vollrecht vom Typ 16** zu interpretieren, wobei die zugehörige Rechtsregel entsprechend anzupassen wäre.

Die Interpretation des Rechts auf Leben im Sinne des Vollrechtstyps 16 ist dabei im Falle eines urteilsfähigen Patienten in jedem Fall an den expliziten Wunsch bzw. das explizite Verlangen des Patienten als eine notwendige Bedingung für das Vorliegen dieses Rechtstyps gebunden. Lehnt ein urteilsfähiger Patient jede lebenserhaltende Behandlung ab, ohne jedoch gleichzeitig den Wunsch auf Beihilfe zum Suizid oder aktive Sterbehilfe zu äußern, dann ist das Recht auf Leben auch aus der Sicht der stark liberalen Position als **Vollrecht vom Typ 5** zu deuten.

Im **Fall 2** (Wunsch auf Lebenserhaltung mit allen verfügbaren Mitteln) ist das Recht auf Leben wie bei der gemäßigten Position

der Heiligkeit des Lebens und der gemäßigt liberalen Position als **Vollrecht vom Typ 6** (bestehend aus den wesentlichen Elementen *Anspruch* ($GyHLx$), *Befugnis* ($\neg G\neg xHLx$) und *Contra-Freiheit* ($\neg GxHLx$)) unter Zugrundelegung der **Rechtsregel 4'** zu interpretieren.

Was schließlich den **Fall 3** betrifft, in dem ein urteilsfähiger Patient weder explizit den Wunsch auf Unterlassung jeder lebenserhaltenden Behandlung noch den Wunsch auf Behandlung mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln äußert, ist der Arzt bei seinen Entscheidungen wiederum auf Annahmen über den mutmaßlichen Willen des Patienten angewiesen.

Überläßt der Patient die Entscheidung über Fortsetzung oder Unterlassung einer lebenserhaltenden Behandlung explizit dem behandelnden Arzt und liegen dem Arzt – abgesehen von einer expliziten Äußerung – klare Kriterien dafür vor, daß der mutmaßliche Wille des Patienten auf Fortsetzung der Behandlung ausgerichtet ist, dann wäre vermutlich auch in diesem Fall nach **Rechtsregel 4'** unter Zugrundelegung des **Vollrechtstyps 6** (*Anspruch* ($GyHLx$), *Befugnis* ($\neg G\neg xHLx$), *Contra-Freiheit* ($\neg GxHLx$)) vorzugehen.

Liegen dem Arzt andererseits klare Hinweise vor, daß der mutmaßliche Wille des Patienten – obwohl er sich nicht explizit äußert – auf Abbruch jeder lebenserhaltenden Behandlung ausgerichtet ist, dann sollte vermutlich nach **Rechtsregel 5** unter Zugrundelegung des **Rechtstyps 5** (*Befugnis* ($\neg G\neg xHLx$), *Immunität* ($G\neg yH\neg Lx$), *Contra-Befugnis* ($\neg G\neg xH\neg Lx$) und *Contra-Immunität* ($G\neg yHLx$)) vorgegangen werden.

Wäre es aus der Sicht der stark liberalen Position aber auch möglich, den mutmaßlichen Willen des Patienten als Wunsch nach aktiver Sterbehilfe auszulegen und entsprechend zu handeln?

Akzeptiert man die These, daß beim urteilsfähigen Patienten für die Erlaubtheit der Beihilfe zum Suizid ebenso wie der aktiven Sterbehilfe (über die bloße Zustimmung hinaus) der diesbezügliche explizite Wunsch des Patienten eine *notwendige* Bedingung ist, dann kann der bloß mutmaßliche Wille eines urteilsfähigen Patienten in keinem Fall hinreichend dafür sein, Beihilfe zum Suizid

oder aktive Sterbehilfe zu leisten. Im Fall 3, in dem ein durchaus urteilsfähiger Patient seinen Willen nicht klar äußert, kommt eine Interpretation des Rechts auf Leben im Sinne des Vollrechtstyps 16 also nicht in Frage.

Offen bleibt in diesem Zusammenhang die Frage, wie bei urteilsunfähigen (bzw. nicht-urteilsfähigen) Patienten zu entscheiden wäre, – eine Frage, deren Beantwortung mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist, zumal sich der mutmaßliche Wille von nicht-urteilsfähigen Patienten ungleich schwieriger feststellen läßt als der tatsächliche oder mutmaßliche Wille eines urteilsfähigen Patienten.

Vollständig dargestellt stellt die stark liberale Position somit eine **Konjunktion der Rechtsregeln 4', 5 und 6**, denen jeweils die Vollrechtstypen 6, 5 und 16 zuzuordnen sind, dar.

3. Das Kernelement des Rechts auf Leben und die Grenzen der Toleranz

Die verschiedenen Interpretationen des Rechts auf Leben haben sich rein formal betrachtet dadurch ergeben, daß – ausgehend vom Vollrechtstyp 3 – jeweils ein oder mehrere Elemente des Vollrechtstyps 3 negiert wurden. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob es Elemente gibt, die im Rahmen einer sinnvollen Interpretation grundsätzlich *nicht* negiert werden dürfen. Meiner Meinung nach trifft dies auf den einfachen Rechtstyp *Befugnis* und die daraus ableitbaren Elemente *Freiheit* und *Nicht-Contra-Anspruch* zu.

Ich stelle somit die These auf, daß der einfache Rechtstyp ***Befugnis*** ($\neg G \neg xHLx$) als **unverzichtbares Kernelement** jeder sinnvollen Interpretation des Ausdrucks 'Recht auf Leben' zu betrachten ist und als solches nicht negiert werden kann. So macht es wenig Sinn zu behaupten, daß eine Person x ein Recht auf Leben habe, wenn gleichzeitig behauptet wird, daß es verboten ist, daß x so handelt, daß x am Leben bleibt (*Nicht-Befugnis* ($G \neg xHLx$)). Aus *Befugnis* folgt schließlich rein logisch *Freiheit* ($\neg GxH \neg Lx$) und *Nicht-Contra-Anspruch* ($\neg GyH \neg Lx$), weshalb im Rahmen einer sinnvollen Analyse des Begriffs "Recht auf Leben" auch diese beiden Elemente nicht negierbar sind: Wenn x ein Recht auf Leben hat, dann ist es weder geboten, daß x so handelt, daß x nicht am Leben bleibt, noch daß der Rechtsadressat y so handelt, daß x nicht am Leben bleibt.

Dies hat u.a. zur Konsequenz, daß es auch im Rahmen der tolerantesten Interpretation zwar unter bestimmten Umständen eine Erlaubnis, niemals aber eine Pflicht zu aktiver Sterbehilfe (etwa im Sinne einer Arztpflicht zu aktiver Sterbehilfe, wie sie Julius Hacketh in seinen Schriften postuliert hat⁴¹) geben kann. Aus einem Gebot zu aktiver Sterbehilfe (im Sinne des einfachen Rechtstyps *Contra-Anspruch* ($GyH \neg Lx$)) würde im Rahmen des Kangerschen Systems nämlich *Nicht-Befugnis* ($G \neg xHLx$), d.h. ein Verbot für den Rechtsinhaber, sein Leben zu erhalten, folgen.

Der Umstand, daß das Element *Befugnis* auch ein fester Bestandteil der Vollrechtstypen 8, 5 und 16 ist, rechtfertigt es andererseits, auch im Zusammenhang mit von der strengen Lehre der Heiligkeit des Lebens abweichenden Positionen nicht nur von einem Recht auf Sterben, sondern auch von einem Recht auf Leben zu sprechen.

4. Abschließende Bemerkungen

Stig Kanger geht in seiner allgemeinen Rechtsanalyse von handlungsfähigen – und damit im weitesten Sinne auch entscheidungs- und urteilsfähigen – Personen als Rechtsinhabern bzw. Rechtsadressaten aus. Dies ist der Grund, weshalb ich mich in diesem Anwendungsbeispiel auch auf die Analyse des Lebensrechts urteilsfähiger Patienten beschränkt habe. Gerade im medizinischen Bereich hat man es aber in vielen Fällen mit nicht-urteilsfähigen Patienten (z.B. Neugeborenen und komatösen Patienten) zu tun, und grundsätzlich spricht nichts dagegen, Kangers Analyse auch auf nicht-urteilsfähige Patienten anzuwenden. Es ist in diesem Zusammenhang, wie ich an anderer Stelle ausführlich gezeigt habe⁴², allerdings erforderlich, zwischen verschiedenen Kategorien nicht-urteilsfähiger Patienten zu unterscheiden und die jeweiligen Rechtsregeln entsprechend zu modifizieren.

Von welchem Nutzen ist eine Analyse der dargelegten Art? Die formale Analyse der verschiedenen Verwendungsweisen des Ausdrucks 'Recht auf Leben' kann die inhaltliche Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Positionen nicht ersetzen. Sie kann aber, wie ich hoffe gezeigt zu haben, wesentlich zur Präzisierung der verschiedenen Standpunkte und den damit verbundenen Behauptungen beitragen. Insbesondere zwingt die formale Analyse dazu, verschiedene Aspekte der Frage nach dem Recht auf Leben, die bei der alltäglichen Rede vom 'Recht auf Leben' leicht übersehen werden, genauer zu beachten. Dies betrifft etwa den Umstand, daß bei der Interpretation des Rechts auf Leben nicht nur die *Befugnisse und Pflichten des Rechtsadressaten*, sondern ebenso die *Befugnisse und Pflichten des Rechtsinhabers* zu erörtern sind und sich zum Teil gegenseitig bedingen. Weiters den Umstand, daß im Rahmen einer exakten Analyse genau zwischen *Geboten, Erlaubnissen* und *Verboten* sowie zwischen *Tun* und *Unterlassen* zu unterscheiden ist. Schließlich den Umstand, daß es nicht nur verschiedene *Typen von Rechten* gibt, sondern daß Rechte in den meisten Fällen bedingt sind und somit die Erörterung der *Bedin-*

gungen, unter denen ein bestimmter Rechtstyp vorliegt, mindestens ebenso wichtig ist wie die korrekte Zuordnung des Rechtstyps selbst. Nicht zuletzt ist zu prüfen, inwieweit eine bestimmte Interpretation des Rechts auf Leben mit anderen medizinethischen Prinzipien wie dem Prinzip der Achtung der Autonomie des urteilsfähigen Patienten und dem Prinzip, zum Wohle des Patienten zu handeln, zumindest aber dem Patienten nicht zu schaden, vereinbar ist.

Die formale Analyse kann die inhaltliche Diskussion nicht ersetzen, aber sie kann wesentlich zu einer differenzierteren, sachlicheren und möglicherweise auch vorurteilsfreieren Diskussion beitragen.

Anmerkungen

1. Vgl. Morscher (2002), siehe auch Ganthaler (2001), Kap. 2.
2. Vgl. Morscher (2002), p. 15; anstelle der Verwendung von Namen für Sachverhalte empfiehlt sich dabei im Rahmen der logischen Analyse die Verwendung von Sätzen, welche die betreffenden Sachverhalte beschreiben. Die Struktur eines Rechtssatzes lautet dann: 'Partei *x* hat gegenüber Partei *y* ein Recht darauf, daß *p*', wobei für '*p*' eine Satzfunktion einzusetzen ist, die den betreffenden Sachverhalt beschreibt (vgl. dazu Morscher (2002, p. 22). Diese Analyse wird auch im folgenden vorausgesetzt.
3. Zur Frage, ab welchem Entwicklungsstadium der Mensch ein Recht auf Leben hat, siehe jedoch Ganthaler (2001), Kap. 1.1.1 und 3.3.3.
4. Die Ausdrücke 'Arzt' und 'Patient' werden dabei hier wie im folgenden geschlechtsneutral verwendet!
5. Verschiedene Bedeutungen des Ausdrucks 'Recht auf Leben', angewandt auf nicht-urteilsfähige Patienten, werden in Ganthaler (2001), Kap. 3.3 ausführlich behandelt.
6. Eine vollständige Liste dieser Vollrechtstypen findet sich in Morscher (2002), pp. 52–54.
7. Papst Johannes Paul II. (1995), Kap. III, Abschn. 52, p. 65.
8. Papst Johannes Paul II. (1995), Kap. III, Abschn. 65, p. 79f. (Hervorhebung von mir); ganz ähnlich auch die Definition in: Römische Glaubenskongregation (1980), p. 452.
9. Bei der Darstellung eines Vollrechtstyps werden hier wie im folgenden die wesentlichen (d.h. nicht ableitbaren) Elemente jeweils fett, die daraus ableitbaren Elemente normal gedruckt.
10. Zu den genannten Prinzipien medizinischer Ethik siehe Beauchamp/Childress (1994).
11. Römische Glaubenskongregation (1980), p. 454.
12. Römische Glaubenskongregation (1980), p. 453. Gerechtfertigt sind diese Ausnahmen nach Ansicht der Glaubenskongregation

dadurch, daß der Tod in solchen Fällen “keineswegs gewollt oder gesucht wird, auch wenn man aus einem vernünftigen Grund die Todesgefahr in Kauf nimmt” (ebd., S. 543). Dahinter steckt die Lehre von der sog. Doppelwirkung, derzufolge für die ethische Beurteilung einer Handlung primär die Intention des Handelnden ausschlaggebend ist und dergemäß es unter bestimmten Umständen erlaubt ist, auch die von einer guten Handlung ausgehende schlechte Nebenwirkung zuzulassen, sofern diese Nebenwirkung vom Handelnden nicht beabsichtigt ist. Zur Kritik dieser Lehre und der damit verbundenen Konsistenzproblematik siehe Kuhse (1994), pp.109–205.

13. Bundesärztekammer (1979), zit. nach Vorstand der Bundesärztekammer et al. (1988), p. 155.
14. Bundesärztekammer (1998), Präambel, Abs. 1; vgl. auch Sass (1999), p. 378.
15. Bundesärztekammer (1998), Präambel, Abs. 3; vgl. auch Sass (1999), p. 379.
16. Sass (1999), p. 9.
17. Bundesärztekammer (1979), zit. nach Vorstand der Bundesärztekammer et al. (1988), p. 156.
18. Bundesärztekammer (1979), zit. nach Vorstand der Bundesärztekammer et al. (1988), p. 159.
19. Bundesärztekammer (1998), Abschn. IV, Abs. 1; vgl. auch Sass (1999), p. 381.
20. Vgl. Bundesärztekammer (1998) Abschn.II, Abs. 1; vgl. auch Sass (1999), p. 380.
21. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1979), zit. nach Vorstand der Bundesärztekammer (1988), p. 162.
22. British Medical Association (2000), pp. 17f. (im Original fett)
23. British Medical Association (2000), pp. 18f. (im Original fett)
24. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1979), zit. nach Vorstand der Bundesärztekammer et al. (1988), p. 162.
25. Mackie (1995), p. 252.
26. Eine ausführliche Darstellung verschiedener Positionen findet sich in Battin (1982); eine gute Übersicht über die wichtigsten

Argumente pro und contra findet sich in Birnbacher (1990).

27. Vgl. dazu Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, Buch 5, 1138a; Augustinus: *Der Gottesstaat*, Buch 1, Kap. 20; Thomas v. Aquin: *Summa Theologica*, II-II, q. 64, a.5; John Locke: *Two Treatises of Government* (1690) Book II, Chap. II, § 6; Immanuel Kant: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, BA 53f. Wittgenstein bemerkt in seinen Tagebüchern: “Wenn der Selbstmord erlaubt ist, dann ist alles erlaubt. Wenn etwas nicht erlaubt ist, dann ist der Selbstmord nicht erlaubt. Dies wirft ein Licht auf das Wesen der Ethik. Denn der Selbstmord ist sozusagen die elementare Sünde.” Einige Zeilen später fügt er allerdings hinzu: “Oder ist nicht auch der Selbstmord an sich weder gut noch böse!” (*Tagebücher* 1914–1916 (1983), p. 187).
28. Seneca, Lucius Annaeus: *Brief an Lucilius*. Brief 70, §§ 5–6 und 14–15 sowie Brief 77, §§ 15–16.
29. Michel de Montaigne: *Essais* (1580), Buch 2, Kap. 3; David Hume: *Of Suicide* (1784), Jean Amery: *Hand an sich legen* (1976) und Wilhelm Kamlah: *Meditatio mortis* (1976).
30. Vgl. Kuhse (1994), insb. p. 251 und p. 266; Singer (1995), Kap. 6 und 7, insb. pp. 246–256 und pp. 258–272; Kuhse/Singer (1993), insb. Kap. 4, pp. 105–132 und Kap. 8, pp. 247–252; Hoerster (1988), Hoerster (1995a), Hoerster (1995b), ins. Kap. 5, pp. 101–128. Hoerster (1998), ins. Kap. 3, pp. 36–50.
31. Hoerster (1998), pp. 37f.
32. Hoerster (1998), p. 38.
33. Hoerster (1998), pp. 37f.
34. Hoerster (1998), pp.38f.
35. Hoerster (1998), p. 39, Fußnote 36.
36. Hoerster (1998), p. 39.
37. Ebd., p. 39.
38. Vgl. Hoerster (1998), p. 56.
39. Hoerster (1995), p. 102.
40. Zit. nach Gordijn (2000).
41. Vgl. Hackethal (1988).
42. Ganthaler (2001), Kap. 3.3.

Literatur

- Amery, J. (1972): *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod*. Klett-Cotta: Stuttgart 1972.
- Aristoteles: *Nikomachische Ethik*. Auf der Grundlage der Übersetzung von Eugen Rolfes hg. von Günther Bien. Meiner: Hamburg.
- Augustinus, A. (1951): *Der Gottesstaat*. Übers. und hg. von Carl Johann Perl. Müller: Salzburg.
- Battin, M. P. (1982): *Ethical Issues in Suicide*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, N.J 1982.
- Beauchamp, T.L./Childress, J.F. (1994): *Principles of Biomedical Ethics*. Fourth Edition. Oxford University Press: New York-Oxford 1994.
- Birnbacher, D. (1990): *Selbstmord und Selbstmordvorsorge aus ethischer Sicht*, in: Leist, A., Hg. (1990), pp. 395–422.
- British Medical Association (1999): *Withholding or Withdrawing Lifeprolonging Medical Treatment. Guidance for decision making*. London 1999 (second edition 2000).
- Bundesärztekammer (1979): “Richtlinien für die Sterbehilfe”, in: Vorstand der Bundesärztekammer et al., Hrsg. (1988), pp. 155–160. Erstmals erschienen in: *Deutsches Ärzteblatt* 76, Heft 14 (1979), p. 957–960.
- Bundesärztekammer (1998): “Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitungen”, in: *Deutsches Ärzteblatt* 76 (1998), A-2366–A-2367. Abgedruckt in Sass, H.-M., Hg. (1999), pp. 378–383.
<http://www.bundesaerztekammer.de/bak/owa/idms.htm>
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1979): “Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender. Ärztliche und Rechtliche Hinweise”, in: Vorstand der Bundesärztekammer et al., Hrsg. (1988), pp. 161–163. Erstmals erschienen in: *Anaesthesist* 28 (1979), p. 357.

Ganther, H. (2001): *Das Recht auf Leben in der Medizin. Eine moralphilosophische Untersuchung*. Dr. Hänsel-Hohenhausen: Egelsbach-Frankfurt/M.-München-New York 2001.

Gordijn, B. (2000): *Der neue Gesetzesvorschlag in Sachen Euthanasie und medizinisch assistierter Suizid*. <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/disk-2.html>

Hackethal, J. (1988): *Humanes Sterben. Mitleidstötung als Patientenrecht und Arztpflicht*. Herbig: München 1988.

Hoerster, N. (1988): "Warum keine aktive Sterbehilfe?", in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 1 (1988), pp. 1–4.

Hoerster, N. (1991): *Abtreibung im säkularen Staat. Argumente gegen den § 218*. Suhrkamp: Frankfurt/M. 1991.

Hoerster, N. (1995a): "Ethische Überlegungen zur Sterbehilfe", in: *Aufklärung und Kritik Sonderheft 1* (1995), pp. 21–29.

Hoerster, N. (1995b): *Neugeborene und das Recht auf Leben*. Suhrkamp: Frankfurt/M 1995.

Hoerster, N. (1998): *Sterbehilfe im säkularen Staat*. Suhrkamp: Frankfurt/M 1998.

Hume, D.: Of Suicide (1784). Abgedruckt in: Singer, P., ed. (1986), pp. 19–28.

Kamlah, W. (1976): *Meditatio Mortis. Kann man den Tod 'verstehen', und gibt es ein 'Recht auf den eigenen Tod'?* Klett-Cotta: Stuttgart.

Kanger, H. (1981): *Human Rights and Their Realisation*. University of Uppsala: Uppsala 1981.

Kanger, S./Kanger, H. (1966): "Rights and Parliamentarism", in: *Theoria* 32 (1966), pp.85–115.

Kanger, S./Kanger, H. (1972): "Rights and Parliamentarism", in: Olson, R.E./Paul, A.M., ed.: *Contemporary Philosophy in Scandinavia*. The John Hopkins Press: Baltimore-London 1972, pp. 213–236.

Kant, I. (1785/1786): "Grundlegung zur Metaphysik der Sitten", in: Weischedel, W., Hrsg (1968): *Immanuel Kant, Werke in zehn Bänden*, Bd. 6, Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt 1968.

Kuhse, H. (1987): *The Sanctity-of-Life-Doctrin in Medicine – A Critique*. Oxford University Press: Oxford 1987 (dt. *Die "Heiligkeit des Lebens" in der Medizin. Eine philosophische Kritik*. Fischer: Erlangen 1994).

Kuhse, H.(1990): "Die Lehre von der 'Heiligkeit des Lebens'", in: Leist, A., Hrsg. (1990), pp. 75–106.

Leist, A., Hrsg. (1990): *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*. Suhrkamp: Frankfurt/M 1990.

Locke, J. (1975): *Two Treatises of Government*. Penguin: London (engl. Original 1690).

Mackie, J.L. (1977): *Ethics. Inventing Right and Wrong*. Penguin: Harmondsworth 1977 (dt. *Ethik. Die Erfindung des moralisch Richtigen und Falschen*, Reclam: Stuttgart 1995).

Montaigne, M. de (1976): *Die Essais*. Übers. von Arthur Franz, Reclam: Stuttgart (franz. Original: Essais 1580)

Morscher, Edgar (2002): *Stig Kangers Analyse der Menschenrechte. Teil I: Grundlagen*. Salzburg (Forschungsberichte und Mitteilungen des Forschungsinstituts für Angewandte Ethik, Heft 27).

Papst Johannes Paul II. (1995): *Enzyklika Evangelium vitae. Frohbotschaft des Lebens*. Stein am Rhein 1995.

Römische Glaubenskongregation (1980): "Ethische Grundsätze über Euthanasie", in: *Herder Korrespondenz* 34, pp. 451–454.

Sass, H.-M., Hrsg. (1999): *Medizin und Ethik*. 2. Aufl., Reclam: Stuttgart 1999.

Seneca, L.A. (1993): *Philosophische Schriften*, Bde. III und IV, *Briefe an Lucilius*, übers. und hg. von Otto Apelt, Meiner: Hamburg.

Siegetsleitner, A. (2001): *E-Mail im Internet und Privatheitsrechte*. Alber: Freiburg-München 2001.

Singer, P., ed. (1986): *Applied Ethics*. Oxford University Press: Oxford 1986.

Impressum

Singer, P. (1979): *Practical Ethics*. Cambridge University Press: Cambridge 1979 (dt. *Praktische Ethik*. Reclam: Stuttgart 1984. Neuausgabe Reclam: Stuttgart 1994).

Thomas v. Aquin (1934–1961): *Summa Theologica*. Deutsch-lateinische Ausgabe, übers. Von Dominikanern und Benediktinern Deutschlands und Österreichs, hrsg. vom Katholischen Akademikerverband. Pustet: Salzburg-Leipzig.

Vorstand der Bundesärztekammer/Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer/Zentrale Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie, Hrsg. (1988): *Weißbuch: Anfang und Ende menschlichen Lebens. Medizinischer Fortschritt und ärztliche Ethik*. Deutscher Ärzteverlag: Köln 1988.

Wittgenstein, L. (1984): *Werkausgabe*, Bd. 1, *Tractatus logico-philosophicus. Tagebücher 1914–1916. Philosophische Untersuchungen*. Suhrkamp: Frankfurt/M. 1988.

Die *Forschungsberichte und Mitteilungen des Forschungsinstituts für Angewandte Ethik* (bis 1999 *Forschungsberichte und Mitteilungen des Forschungsinstituts Philosophie/Technik/Wirtschaft*) erscheinen in loser Folge. Sie enthalten sowohl Informationen über das Forschungsinstitut als auch Berichte über Forschungsarbeiten und Forschungsprojekte, die an diesem Forschungsinstitut durchgeführt oder von ihm angeregt werden. Bei diesen Forschungsberichten handelt es sich um Nachdrucke und Vorabdrucke von Arbeiten, die andernorts erscheinen oder erschienen sind, sowie auch um “Works in Progress”. Aus diesem Grund sind Kommentare, Verbesserungsvorschläge und andere Anregungen zu allen Heften der Reihe herzlich willkommen.

Forschungsinstitut für Angewandte Ethik
Universität Salzburg
Franziskanergasse 1
A-5020 Salzburg

Tel.: ++43/662/8044-4050
Fax: ++43/662/8044-4056
E-Mail: anne.siegetsleitner@sbg.ac.at

Aktuelle Ankündigungen und weitere Informationen über das FAE finden Sie auf der Web-Site des Instituts:
<http://www.sbg.ac.at/>