

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/19150> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Müller, Malte Johannes

Title: Der Freitod, der Arzt und das Recht : Juristische und andere Betrachtungen sowie Analysen zu Sterbewünschen von Menschen und ärztlichen Handlungsmöglichkeiten

Date: 2012-06-26

Einleitung

1 Thema und Fragestellungen

„If we have learnt anything from moral history, then it is this, that one should not cover up moral problems. Those cases in which life obliges us to choose the lesser of two evils should be grasped like stinging nettles: fully aware of what one is doing“³

Das vorliegende Buch⁴ befasst sich mit ärztlichen Reaktionen auf explizit geäußerte Bitten um Hilfe und Unterstützung bei Sterbewünschen von Menschen, genauer den Umgang aus Patienten- und Ärztesicht sowie das staatliche Vorgehen zum Thema.⁵

Es wird die Frage erarbeitet, inwieweit dieser Dreiklang aus Arzt, Patient und Staat zusammengebracht werden kann, wenn es um die Frage geht, auf einen Sterbewunsch hin zu reagieren, oder eben nicht. Des Weiteren wird die Frage geklärt, warum die Gesetze der Länder in der Welt in überwiegender Mehrheit die Lebensbeendigung eines Menschen durch eine andere Person verbieten, wobei es hierbei vordergründig um das Erfüllen von Schutzpflichten geht.

Die gewollte und selbstbestimmte Forderung nach dem Tod und deren Erfüllung stehen in aller Generalität im Kernbereich der Arbeit. Ein potentieller Regelungsbedarf, gleich welcher Art, erstreckt sich nicht ausschließlich auf die Gruppe von Menschen, die durch körperliche Beeinträchtigungen nicht der Lage sind, selbst ihren Tod herbei zu führen. Allerdings werden Verweise auf diese Gruppe exemplarisch angeführt, um ein Extrem zu verdeutlichen, und damit Klarheit und Verständnis schaffen.

³ H.L.A. Hart, „Der Positivismus und die Trennung von Recht und Moral“, 1957.

⁴ Stand dieses Buches ist der 01. Januar 2011, wobei ergänzend darüber hinaus auch aktuelle Entwicklungen beschrieben werden, die im Kontext des Themas zwingend Erläuterung finden mussten.

⁵ Die Überschrift der Arbeit bedient sich der Wahl der Perspektive von „Menschen“ (kompetenten Erwachsenen) die im Kontext dieser Arbeit stehen. Jedoch ist zu beachten, dass im Folgenden „Menschen“ zu „Patienten“ werden, wenn es z.B. um die Durchführung der Euthanasie geht. Ob der Terminus „Patient“ tatsächlich zutreffend ist, oder nicht, wird an späterer Stelle eingehend Erläuterung finden. Festzuhalten ist aber, dass es in der Arbeit um Menschen geht, sie aber von Patienten handelt.

Im allgemeinen Fokus steht vielmehr die Frage, wie Selbstbestimmung einen würdigen Tod zu jedem Zeitpunkt des Lebens ermöglichen kann, bzw. sollte, oder eben nicht. Es behandelt unterschiedliche Formen des Sterbens und zielt in erster Linie darauf ab, die Gesamtproblematik zu würdigen, ohne eine spezielle Form der Entscheidung über das Lebensende in den Fokus zu rücken.

Mithilfe der Methodik eines Ländervergleichs zwischen Deutschland, den Niederlanden und Kanada wird der bestehende Umgang mit aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten beschrieben. Ziel ist es, sowohl Nutzen als auch potentielle Gefahren aufzuzeigen, die ein wunschgemäßes Erfüllen von Sterbewünschen mit sich bringen.

Hingearbeitet wird auf die zu klärenden Fragen⁶:

1. Gibt es Situationen, in denen der Wunsch eines Menschen, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben, gerechtfertigt sein kann?
 - a. Unter welchen Bedingungen?
 - b. Welche Kriterien bestehen diesbezüglich?
 - c. Warum wird ein Arzt in die Verantwortung genommen, was gibt es bezüglich seines Handelns zu beachten?

2. Wie ist die Frage der Umsetzbarkeit, Hilfe beim Sterben zu erlangen, in Deutschland, den Niederlanden und Kanada geregelt?
 - a. Wie gestaltet sich das Gesetz und die Praxis?
 - b. Welche Stellung beziehen einzelne Berufsgruppen und die Öffentlichkeit in den jeweiligen Ländern?

3. Lehren für das deutsche Recht
 - a. Sind der niederländische und kanadische Umgang des Rechts bezüglich des Themas ein Beispiel für Deutschland?
 - b. Auswirkungen der niederländischen und kanadischen Handhabung auf die Menschenrechte

⁶ Die folgenden Fragen und im Teil III der Arbeit zu findenden Antworten setzen den Fokus der Betrachtungen auf die deutsche Situation im Umgang mit dem Thema, basieren in ihrem Aufbau allerdings auf einer internationalen und vergleichenden Perspektive des Rechts.

c. Empfehlungen für Deutschland

4. Was ist der am Besten geeignete Weg für unmittelbar Betroffene sowie für die Ausgestaltung der Legislative – ermöglicht ein Querschnitt aus den Länderperspektiven „den geeigneten“ Weg? – Wie sieht dieser aus?

Gleich zu Beginn wird die Frage geklärt, was einen potentiellen Regelungsbedarf überhaupt begründen könnte und wie dieser Umsetzung finden würde. Als Begründung für den Regelungsbedarf liegt dieser Arbeit die freiheitsrechtlich garantierte Autonomie und Entscheidungsfreiheit im Leben zugrunde.

Aus dem Autonomieaspekt⁷, als normativer Ausgangspunkt der Untersuchung ergeben sich zahlreiche Fragen. So ist zu klären, welche Anforderungen an Autonomie beim Sterben gestellt werden. Muss eine Krankheit vorliegen, um Beihilfe beim Sterben in Anspruch nehmen zu können, so dass Krankheit zum Indikator einer Lebensbeendigungsentscheidung wird? Warum ist Krankheit ein immer wieder angeführtes Argument in der Diskussion, genügt es nicht, dass ein Individuum für sich entscheidet „genug vom Leben zu haben“? Und ist Autonomie im Falle der Entscheidung über das Lebensende überhaupt reglementierbar? Wenn ja, in welcher Form? – Besteht Regelungsbedarf für den Erlass eines Gesetzes oder gibt es andere Umsetzungsweisen?

Weiter widme ich mich in dieser Arbeit der Frage, wie das Verhältnis des höchstmöglichen Schutzes des Bürgers von Seiten des Staates geschaffen werden kann und ihm gleichzeitig ebenso ein Höchstmaß an autonomer und individueller Entscheidungsfreiheit garantiert ist. Aufgrund des staatstheoretischen Ursprungs und den der Bürger zugesicherten grundrechtlichen Entscheidungsfreiheit über das individuelle Tun, müsste es jedem einzelnen obliegen, frei über eben dieses zu entscheiden. Ob diese These mehr Theorie als Grundsatz einer demokratischen Rechtsordnung ist, wird in der Arbeit dargestellt.

⁷ Autonomie ist als Zustand der Selbstbestimmung zu verstehen, der Selbstentfaltung, Selbstständigkeit und Selbstverwaltung sowie der Unabhängigkeit und Freiheit im Entscheidungsprozess.

Weiter wird erarbeitet, welche staatsrechtlichen Grundstrukturen Möglichkeiten für einen Regelungsbedarf eröffnen, als Beispiel das Erlassen eines Gesetzes oder einer Gesetzeserweiterung betreffend Entscheidungen am Lebensende und deren Auswirkungen auf die praktische Rechtslage im Land zu diskutieren, wobei auch auf gesellschaftliche, soziale und praktische Folgen für die Medizin eingegangen wird. Es wird hinterfragt, warum eine Lebensbeendigung medizinische Arbeit ist und in welcher Art und Weise medizinisch begleitetes Sterben funktioniert. Welche Rolle nimmt ein Arzt dabei ein und warum fällt eine Trennung von Medizin und Sterben so schwer?

Die ergebnisorientierte Arbeit bedient sich zur Manifestierung der methodischen Analyse und Auswertung eines Ländervergleiches der Länder Deutschland, als Gegner der Legalisierung von Hilfe beim Sterben durch andere, sowie den Niederlanden als Befürworter, woran exemplarisch dargestellt werden soll, wie die Diskussion über das Gleichgewicht im Staat geführt werden kann. Hinzukommt als drittes Land im Ländervergleich Kanada, welches eine Zwischenposition zwischen Deutschland und den Niederlanden einnimmt, da hier die Rechtsprechung konträr zur Gesetzgebung bereits in vielen Fällen ärztliche Hilfe beim Sterben in der Praxis zulässt.

Ergebnisse sind in diesem Zusammenhang, besonders im Vergleich der Niederlande mit Deutschland, allerdings auch europarechtlich interessant, da Konventionen und konforme Umsetzungen von Richtlinien einen Zirkel um die mögliche Diskussion ziehen und diese auf den gleichen Nenner bringen.

Hieraus ergeben sich viele Fragen, so zum Beispiel, inwieweit staatlicher Schutz und individuelles autonomes Entscheiden am Lebensende gegeneinander wirken oder ineinander greifen. Wo bleibt Spielraum für eine der Komponenten? Welche überwiegt? Ist Freiheit im Leben nicht auch Freiheit im Tod oder ist hier ein Schutzgut betroffen, dessen Legalisierung staatlicherseits nicht bloße Enttabuisierung⁸, sondern vielmehr eine Vernachlässigung der Schutzaufgabe des Staates darstellen

⁸ So u.a. M. Spieker in „Der verleugnete Rechtsstaat – Anmerkungen zur Kultur des Todes in Europa“ S. 50; F.S. Oduncu „Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht“ 2005 in MedR Vol. 23 Nr. 9.

würde? Sprechen Ehrfurcht vor dem Leben und Respekt nicht eine eindeutige Sprache sich gegen Hilfe beim Sterben auszusprechen oder sind sie vielleicht im Gegenteil Argument dafür, über Formen und Arten der Lebensbeendigung nachzudenken? Wenn wir zurück an den Fall Ramón Sampredo denken, liegt auf der Hand, wie er darüber entschieden hätte, er und andere Menschen in der gleichen Situation, für die Regelungsbedarf aus ihrem Zustand heraus definiert wird. Aber reicht dieses aus, um eben diesen Regelungsbedarf zu generalisieren? Entstehen hieraus Nachteile, so dass aus positiver Autonomie für die einen eine negative für die anderen wird, die Euthanasie nicht befürworten?

Losgelöst von einer rein juristischen Arbeit macht es das Thema erforderlich, rechtsvergleichend und interdisziplinär zu arbeiten. So erfolgt zu Beginn und auch im Verlauf der Arbeit ein Rückgriff auf philosophische und ethische Betrachtungsweisen, da diese bei der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende zwingend mit einzubeziehen sind, um den moralischen Kern zu wahren und erst im Anschluss daran, quasi aufbauend, fachspezifisch juristisch argumentiert werden kann.

2 Begriffsbestimmung und -begrenzung

Moderne Medizin, gestiegene Lebenserwartung und ein Rückgriff auf Leidensverminderung und Lebensverlängerung als Beispiele einer modernen intensiv medizinischen Betreuung und Behandlung können nicht ausschließen, dass eine kritische Auseinandersetzung mit zu treffenden Entscheidungen am Lebensende unumgänglich sind.

Obwohl freies Entscheiden über das Sterben eines der höchsten autonomen Güter des Menschen sein könnte, ist eine Entscheidung am Lebensende an viele unterschiedliche Bedingungen, Überlegungen, Grenzen und Möglichkeiten gekoppelt, die es zu beachten gilt.

Das in dieser Arbeit behandelte Thema befasst sich mit den ärztlichen Reaktionen auf den explizit geäußerten freiwilligen Sterbewunsch eines Patienten. Das Einbeziehen medizinischen Handelns erscheint hier vielleicht zunächst unbegründet, da sich die Frage aufwirft, warum ausschließlich und gerade ein Arzt in Frage kommen muss, um den Sterbewunsch des Patienten zu erfüllen. Ebenso ist in diesem Sinne die

Bezeichnung des Sterbewilligen als „Patient“ streitig. Diese Fragen werden im Folgenden eingehend erläutert, es sei allerdings der Begriffsdefinition zugrunde gelegt, dass eine Einschränkung der Arbeit bezüglich Reaktionen auf einen explizit freien und selbstbestimmten Willen eines Menschen erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt geschieht das ungeachtet der Tatsache, ob er Patient ist, oder ob ein Arzt die Tötungshandlung vornimmt.

Diese Ausarbeitung befasst sich nicht mit einer speziellen Möglichkeit am Lebensende über eben dieses zu entscheiden. Die Möglichkeiten an dieser Stelle sind äußerst vielseitig, sie reichen vom Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen, über den Verzicht auf die Inanspruchnahme dieser, bis hin zu einer medizinischen Versorgung eines Sterbenden, der unter Umständen durch die vorgenommene Behandlung quasi als Nebenwirkung früher sterben könnte, der Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung. Eine Erörterung dieser Möglichkeiten findet in dieser Arbeit nicht statt, jedoch muss klar sein, dass Überschneidungen einzelner Formen durchaus nützlich sind, um eventuell mögliche Chancen der einzelnen Einstufungen zu nutzen, um die bestmögliche Form der Verwendung für die Praxis zu finden. In erster Linie bedient sich die Arbeit bei Entscheidungen am Lebensende einem Rückgriff auf die Form der Euthanasie. Euthanasie stellt dem griechischen Wortursprung nach den guten „eu“ Tod „thanatos“ dar und ist die „Tötung (..), also die gezielte Herbeiführung des Todes durch eine dem Körper fremde Substanz.“⁹ Somit ist sie als eine Form des Sterbens anzusehen. Auf eine vielfach vorgenommene Unterscheidung von anderen Formen wie aktiver, passiver, direkter oder indirekter Sterbehilfe¹⁰, wie sie vor allem in der deutschen Diskussion häufig angeführt werden, wird in dieser Arbeit verzichtet, da eine derartige Diskussion oft irreführend am Thema über Entscheidungen am Lebensende vorbei argumentiert und nichts mit ihr gemein hat. Vielmehr lege ich dieser Arbeit die grundlegende Wortbedeutung von Francis Bacon und Thomas Morus aus dem Jahre 1605 zugrunde, die erstmalig Euthanasie auf eine „neue“ Art und Weise

⁹ Vgl. T. Fuchs „Euthanasie und Suizidhilfe“, S. 34.

¹⁰ Vgl. z.B. Urteil des OLG Frankfurt vom 5.7.1998, mit weiteren Anmk. v. J-C. Student „Tötungsverbot ausgehöhlt“, in Lebensforum Nr. 47 3/1998, S. 6-7; H. Thomas „Das Frankfurter Oberlandesgericht unterspült keinen Damm“, in Zeitschrift für Lebensrecht 7 (1998) 2, S. 22-26.

definierten, wobei sich der Begriff eines analogen Rückgriffs der historischen Wort- und Bedeutungsherkunft bedient, was vor allem am Beispiel Platos „Politeia“ erkennbar ist.

Keinesfalls wird in dieser Arbeit der Begriff im nationalsozialistischen Sinne betrachtet. Hiervon distanzieren mich vollends und schließe mich folgenden Worten Norbert Hoersters an:

„Es ist, so meine ich, an der Zeit, dass die Problematik der Sterbehilfe in unserer Gesellschaft nicht länger unter dem Vorwand der Nazi-Euthanasie tabuisiert wird...“¹¹

Abgegrenzt wird die Arbeit von Sterbewünschen nicht entscheidungsfähiger Personen, die im Koma liegen oder nicht oder nur eingeschränkt autonom handeln können. Dieser zweifelsfrei wichtige Aspekt bei Entscheidungen am Lebensende würde den Umfang der vorliegenden Arbeit sprengen, daher wird dieser Themenkomplex, nicht näher behandelt. Obschon der Tatsache der Wichtigkeit und sicher auch Schwierigkeit dieser Themenkomplexe wende ich mich in dieser Arbeit nur einem Teilbereich zu, der meiner Ansicht nach genügend Erklärungsbedarf besitzt. Dieser Teilbereich umfasst Personen, die in der Lage sind ihren Willen kompetent zu äußern, in der entsprechenden Situation. Es wird nicht auf zukünftig angelegte Patientenwünsche, wie etwa Patientenverfügungen eingegangen, da hierbei neue Probleme, wie zum Beispiel die Bindungswirkungen derartiger Verfügungen, einen vollständig neuen Themenkomplex eröffnen.

Wichtig ist, an dieser Stelle aber noch einmal zu erwähnen, dass eine Auseinandersetzung mit einem einheitlichen Begriff „der Euthanasie“ nicht das Thema dieser Arbeit ist, sondern lediglich als Definitionshilfe herangezogen wird, zum einen des Verständnisses wegen und zum anderen, um das Spektrum der Thematik in eine Richtung hin, einzuschränken. Ein konkreter Rückgriff auf den Begriff Euthanasie, zum Beispiel auch bei der Wahl des Titels dieser Arbeit wird allerdings verzichtet, aus Gründen der Neutralität des Wortverstandes sowie der Unmöglichkeit das Spektrum der Entscheidungen am Lebensende auf nur

¹¹ N. Hoerster „Rechtsethische Überlegungen zur Sterbehilfe“, S. 69.

ein singuläres Betrachten zu stützen. Die subjektive Werthaltung allein der Begrifflichkeit gegenüber würde eine objektive Herangehensweise und Diskussionsgrundlage verhindern. Allerdings wird auch im Folgenden ein totaler Verzicht auf den Begriff Euthanasie nicht möglich sein, da er gerade in den Niederlanden gängige Praxis ist, aber auch in Kanada Anwendung findet. Ebenso wenig ist es nicht möglich ein Tangieren der übrigen bei Entscheidungen am Lebensende möglichen Arten und Formen des Sterbens oder Verlängern des Lebens in Gänze außen vorzulassen, ärztlich assistierter Suizid, Palliativmedizin oder das Mittel der palliativen Sedierung seien hierzu erwähnt. In manchen Bereichen kann es zu Überschneidungen im Abgrenzungsbereich gerade von palliativer Medizin und Euthanasie oder ärztlich assistierten Suizid, als Möglichkeiten der aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten, kommen. Es ist aber deutlich zu machen, dass zwischen diesen Bereichen ein großer Unterschied besteht, der auch im Folgenden der Arbeit klargestellt wird und einzige Gemeinsamkeit darin besteht, dass der Tod das Ende der jeweiligen Handlung ist.

Weiterer Klärungsbedarf entsteht bei der Frage, warum Ärzte in der Verantwortung stehen oder gesehen werden, auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren. Unter dem Gliederungspunkt „Gesundheitliche Arbeit bei Entscheidungen am Lebensende“ in Teil I wird dieses einer Prüfung unterzogen. Es ergibt sich die Frage, was gerade Ärzte vermeidlich dazu konstituiert, in der Diskussion eine zentrale Rolle einzunehmen und warum die Aufgabe, Hilfe beim Sterben zu leisten, nicht von anderen Personen erfüllt werden kann.

Es ist festzuhalten, dass der verwendete Begriff der Entscheidungen am Lebensende in dieser Arbeit jede Form von lebensbeendenden Maßnahmen umfasst, die durch das Handeln eines Arztes, auf explizit geäußerten Sterbewunsch eines Patienten, ausgeführt werden.

3 Methodologie

Die Untersuchungsmethode dieser Arbeit ist in zwei Bereiche untergliedert.

1. Systematisieren und Analysieren von Literatur und Rechtsprechung über Entscheidungen am Lebensende, bezüglich
 - a. juristischer Handlungsansätze
 - b. Rechtsentwicklung
 - c. Rechtstheorie
 - d. Rechtsvergleichung.

2. Ausführungen zu philosophischen, ethischen und empirischen Darstellungen über
 - a. Medizinethik
 - b. sozialkritische Betrachtungen der Gesellschaft,

All dieses geschieht mit Hilfe einschlägiger Literatur, die sich gerade bei der ethischen Analyse einen Rückgriff zu den Anfängen in der Diskussion um Entscheidungen am Lebensende bedient. Weiter werden Rechtsprechungsübersichten einen Überblick über die Rechtsentwicklung ermöglichen und darüber hinaus werden aktuelles und herleitendes Kommentarwesen Einzelpositionen darlegen, die als Diskussionsgrundlage dienen. Statistische Erhebungen dienen im Verlauf der Arbeit besonders dazu, den potentiellen Regelungsbedarf einer gesetzlichen Fixierung, unabhängig wie diese aussehen mag, zu evaluieren.

Erwähnt werden sollte weiter, dass das Betrachten der einschlägigen Rechtsprechung die zentrale konzeptionelle Darstellung bildet, der es gemeinsam mit der wissenschaftlichen Basis in der Gesamtheit gelingen soll, umfassend den Themenkomplex darzustellen.

Ebenso werden Ergebnisse aus Interviews und Befragungen von Ärzten, die unmittelbar mit dem Themenkomplex beschäftigt sind, aufgezeigt und ausgewertet. Hieraus ergeben sich Aussagen über den Umgang und die Akzeptanz, der die Tötungshandlung ausführenden Ärzte, über Bedenken, Ängste und zukünftige Reaktionen und Aktionen auf Verhalten und Herangehensweisen.

3.1 Kernanalyse Ländervergleich

Die eigentliche zentral beschriebene Methode dieser Arbeit bildet jedoch ein Ländervergleich. Hierbei habe ich mich dafür entschieden, die

Niederlande und Kanada in den Vergleich mit Deutschland als Ausgangspunkt der Betrachtungen einzubeziehen. Dies geschieht aus den Gründen der Vielseitigkeit im Umgang mit dem Thema in den einzelnen Ländern. So nehmen die Niederlande seit Jahren eine Rolle in der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende ein, die zum einen als Vorreiterrolle beschrieben wird¹², zum anderen als unethischen Umgang mit dem Tod. Das Klären dieser Frage obliegt auch der subjektiven Einschätzung jedes einzelnen und kann nicht objektiver Ausgangspunkt eines Ländervergleiches sein. Vielmehr ist die Tatsache der klar normierten Gesetzeslage der Ausgangspunkt für den Vergleich und die sich anschließende Analyse. Allein die Klarheit, die durch das Euthanasiegesetz in den Niederlanden geschaffen wurde, ermöglicht Untersuchungen über die Entstehung und Gründe der Einführung in einem Land, in dem offensichtlich der Umgang mit dem Tod als Staatsaufgabe definiert ist.

Im Gegensatz hierzu nimmt Kanada, als weiteres Land in dem geführten Vergleich, in Teilen eher eine passive Rolle ein. So fehlt es hier im Vergleich zu den Niederlanden an einer eindeutigen Normierung eines Gesetzes, das im Umgang mit Lebensendeentscheidungen Klarheit schaffen könnte. Diese Klarheit zu schaffen dürfte gerade in Kanada notwendig sein, denn konträr zur herrschenden Gesetzeslage verhält sich die Rechtsprechung mit ihren Entscheidungen. In der zurückliegenden Zeit gab es eine Reihe von Entscheidungen, die über Lebensbeendigungen eine klare Ansicht vertraten, für einen liberaleren Umgang, hin zu einer Sicherung von prekären Entscheidungen über Leben und Tod. Eine Übernahme in Form einer gänzlichen Legalisierung fand jedoch bis jetzt nicht statt. Warum dieses so ist, wird versucht in der Arbeit zu ergründen. Festzuhalten und wichtig für den Ländervergleich ist aber die Tatsache der liberalisierten Rechtsprechung in Kanada und inwieweit Deutschland für die eigene Rechtsprechung, obschon der Unterschiedlichkeit der Rechtssysteme an sich, aber der Deckungsgleichheit der Problemlage, lernen kann. Dieser Vergleich ist gerade wegen der gegebenen

¹² Unter anderem in HLS (Humanes Leben – Humanes Sterben) 4/2001, S. 20 ff. sowie Schwerpunktthema in HLS 3/2001) der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS).

Deckungsgleichheit der Problemlage so entscheidend, da sich die Frage aufwirft, wo die detaillierten Unterschiede begründet liegen und wo diese entstehen. Ist es gesellschaftlich begründet oder aufgrund von unterschiedlichen Konventionen und den daraus resultierenden Rahmenbedingungen, im Detail, zwischen der europäischen und der amerikanischen Konvention?

Man könnte die Ansicht vertreten, dass Kanada, wie zuvor erwähnt, eine Zwischenposition bezieht, die nicht eindeutig in eine Richtung weist. Ebenso ist es aber vertretbar, dass die Position keine Zwischen-, sondern eine vollwertige Position einnimmt, da die Regelungen in Kanada, den im Land vorherrschenden Gegebenheiten im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende, genügend zu sein scheinen.

3.2 Schwerpunktliteratur

Der Fokus der Arbeit liegt in der Betrachtung und wissenschaftlichen Manifestation auf Basis von Literatur und Rechtsprechung. Es finden keine Darstellungen empirischer Forschungsergebnisse oder Interviews als Methodik statt.

Das Spektrum der in der Arbeit angeführten Literatur ist breit gefächert, um einen rechtsvergleichenden und internationalen Charakter gewährleisten zu können und somit die Kernfragen der Arbeit geeignet zu beantworten.

Schwerpunktliteratur findet sich allerdings auch in der Jurisprudenz. Im Laufe der Arbeit wird deutlich, wie Gerichtsentscheidungen und Empfehlungen von Gerichten dazu beitragen eine fachspezifische juristische Diskussion zu führen, aber gleichwohl in der Lage sind, als Vorbildcharakter auch das Gesellschaftsbild mit zu prägen.

4. Aufbau der Arbeit und Argumentation

Dieses Buch umfasst drei Teilbereiche, die sich unterteilen in Teil I, der sich mit Entscheidungen am Lebensende in Staat und Gesellschaft befasst. In Unterthemen wird die grundlegende Definition der Rolle des Staates, mit einem Rückgriff auf staatsrechtliche Vergleiche und die Frage inwieweit und ob überhaupt ärztliches Handeln auf Wunsch eines Patienten medizinische Arbeit ist, behandelt. Die Rolle des Arztes und

Änderungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses werden beschrieben. Hinzu kommt eine juristische Betrachtung zum Thema Sterben, so wird u.a. eine Abgrenzung von Fremd- und Selbsttötung vorgenommen. Insgesamt umfasst dieser Teil der Arbeit acht Gliederungspunkte. Er wird allgemeingültig formuliert und belegt, so dass die gewonnenen Ergebnisse anwendbar auf die Länder des Ländervergleichs sind.

Im Anschluss daran folgt Teil II, der sich ausschließlich mit dem Erarbeiten der Ländervergleiche befasst. Ergebnisse werden zusammengetragen und dargestellt, eine Analyse dieser, mit einer anschließenden Zusammenfassung und Wertung erfolgt in Teil III der Arbeit. Teil II gliedert sich in drei große Unterpunkte, wobei jeder Unterpunkt für ein Land aus dem Ländervergleich steht. Um überhaupt einen Vergleich zwischen den drei Ländern möglich zu machen, wird bewusst auf die identische Gliederung der drei Punkte bis in die einzelnen Unterpunkte Wert gelegt.

Neben der bereits beschriebenen Dreiteilung der Arbeit in die einzelnen Hauptbereiche, umfasst der darstellende Teil II der Ländervergleiche eine klare Argumentationslinie.¹³

Sie werden wie folgt gegliedert:

1. Historische Herleitung und aktuelle Entwicklungen
2. Rechtliche Betrachtung
3. Ärztliche Handhabung
4. Gesellschaftlicher Umgang

Diese Gliederung ist in jedem der Länder vorhanden und unterteilt sich in einzelne Unterabschnitte, die sich ebenfalls kongruent zu den jeweiligen Länderpositionen verhalten.

Im Detail ist ein Gleichgewicht jedoch nicht realisierbar, da unterschiedliche Handhabungen und Umgangsformen, z.B. durch gesetzliche Manifestierung oder auch in Ermangelung einer derartigen, dazu führen, dass Unterpunkte der Länderpositionen unterschiedlich sind.

Sehrwohl gilt eine Gleichheit, die der Vergleichbarkeit dient, um Ergebnisse und Resümees allgemeingültig zu deuten.

¹³ Dies geschieht aus dem Grund, da eine allgemeine Darstellung es erübrigt, zu jedem Land entsprechend gleiche Einführungen anzuführen.

Argumentationstechnisch erfolgt, neben der chronologischen Darstellung der bisherigen und aktuellen Umgangssituation in den Ländern, eine rechtliche Betrachtung, die gleichzeitig den Kern der Länderpositionen bildet und in Teil III analysiert wird.

Grundlegend kommt Teil I in der Argumentationsstruktur ein einleitender Charakter zu, Teil II bildet den Kernbereich der darstellenden Arbeit, welche in Teil III wiederum einer Gesamtbetrachtung unterzogen wird, wobei dort die Erkenntnisse aus Teil I mit den gewonnenen Fakten aus II in einer Einheit Ergebnisse präsentieren sollen.

5 Zusammenfassung und Ziele

Auch wenn es vom Standpunkt Deutschlands aus sowie einer ganzen Reihe weiterer Länder, noch eine lange Zeit dauern wird, bis unter Umständen ein Gesellschaftsbild geprägt ist, welches Manifestierung in der Rechtsordnung findet, wobei die Form der Umsetzung an dieser Stelle der Arbeit noch offen gelassen werden soll, so wird untersucht, welche Voraussetzungen hierfür grundlegend erfüllt werden müssen. Dies dient dem Zweck, das beste Verhältnis zwischen der autonomen Entscheidungsfreiheit und dem staatlichen Schutz zu finden, welche neben der essentiell notwendigen Freiheit am Lebensende auch die Schutzpflichten, der gerade bei diesem Thema entstehenden irreparablen Folgen unreglementierten Handelns, berücksichtigen.

Darüber hinaus ist es Ziel dieser Arbeit, eine Grundlage für eine objektive Diskussion zu schaffen, welche nicht nur einen philosophisch ethisch geführten Diskurs darstellt, der in der Theorie dem Anspruch an dem Thema zwar gerecht wird, den praktischen Umgang fachspezifisch aber nicht leisten kann und dieses auch nicht muss. Vielmehr kann auf dessen Basis die praktische interdisziplinäre Umsetzbarkeit der einzelnen Fachgebiete dazu führen, dass von allen Seiten, sei es von der juristischen, medizinischen oder sonstigen naturwissenschaftlichen, eine Annäherung an das Thema stattfindet. Hierzu soll mein Buch beitragen.

