

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

Kanada

1. Wort vorab

Im Wort vorab der Landespostition Kanadas werden kurz alle für die Arbeit relevanten Punkte des Rechtssystems erläutert, um den Verständniszusammenhang im fließenden Text zu gewährleisten.

In Kanada ist Euthanasie und die Beihilfe zum Suizid im Strafrecht geregelt. Das Strafgesetzbuch umfasst mehrere potentielle Tatbestände, die im Falle eines Handelns als Reaktion auf einen Sterbewunsch in Frage kommen. Allen voran ist die zentrale Norm in Sektion 14 des Strafgesetzbuches verankert, wonach

*keine Person dazu berechtigt ist, sich bereit zu erklären, sich den Tod zufügen zu lassen. Auch wenn dies in der Bestimmung der anderen Person selber liegt, ist hiervon die kriminelle Verantwortlichkeit der zum Tod verhelfenden Person nicht betroffen.*³⁴⁷

Grundsätzlich besteht eine Dreiteilung von Privatrecht, Staats- und Verwaltungsrecht und Strafrecht, in Anlehnung an das englische Common Law. Dieses aus der Kolonialzeit übernommene Modell findet mit Ausnahme von der Provinz Québec in Kanada Anwendung, wo aufgrund der ehemaligen Zugehörigkeit zu Frankreich, gerade im Bereich des Privatrechts, das römische Recht Anwendung findet. Das kanadische Recht basiert auf der Interpretation von Gesetzen und bezieht hierzu gesellschaftliche Gegebenheiten und Veränderungen in die Entscheidungsfindung mit ein.

Das Strafrecht ist Angelegenheit des Bundesstaates und somit in allen kanadischen Provinzen einheitlich geregelt. Die Strafverfolgung aber ist provinzial geregelt, wird aber vor allem in den ländlichen Provinzen, mit Ausnahme von Québec und Ontario, von der Royal Canadian Mounted Police übernommen, die föderalistisch strukturiert ist.

Die Constitution of Canada ist das höchste kanadische Gesetz. Es beinhaltet eine Reihe von Gesetzen und unkodifizierten Traditionen und

³⁴⁷ Originaler Wortlaut der Sektion 14: „No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given.“

Vereinbarungen. Die Kernteile wurden im Jahre 1867 vereinbart und gehen aus dem früheren britischen Gesetz für Nordamerika hervor. Hauptinhalt ist die Regelung der grundlegenden Staatsstrukturen für das System der Regierung sowie aller föderalistischen Gebiete und Provinzen Kanadas. Wichtiger Bestandteil der Constitution ist die Canadian Charter of Rights and Freedoms, die Grundsätze zur Verfassung enthält. Von diesem Teil des Verfassungsrechts wird im Folgenden häufiger die Rede sein.

Kurz erwähnt sei auch die Gesetzgebung in Kanada. In erster Linie ist hierfür das kanadische Parlament zuständig, in provinziellen Angelegenheiten auch die entsprechende Gesetzgebung der Provinzen, die im Falle der Entscheidungen am Lebensende aber außer Acht gelassen werden kann. In diesem Bereich ein Gesetz zu erlassen wäre Aufgabe des Parlaments, welches nach der Canadian Constitution „Gesetze (...) für den Frieden, die Ordnung und eine gute Regierung Kanadas (...)“ erlassen kann. Ein nach diesen Bestimmungen erlassenes Gesetz würde in der Folge in der „Canada Gazette“ angekündigt werden, was einer Veröffentlichung im Amtsblatt der europäischen Regierungssysteme gleichkommt. Im Anschluss erfolgt die finale Veröffentlichung und Verkündung des Gesetzes in der Annual Statute of Canada.

Die Courts of Appeal sind in den Provinzen die oberste gerichtliche Instanz. Die hier gesprochenen Urteile haben allerdings nur eine auf die entsprechende Provinz bezogene Gültigkeit und sind in den anderen Provinzen nicht bindend. Im Gegensatz hierzu steht die Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs in Ottawa, dem Supreme Court of Canada, dessen Urteile für sämtliche Provinzen Kanadas Gültigkeit besitzen. Wichtige Rechtsquellen sind aber nach wie vor auch die englischen Gerichte, vor allem der Londoner Court of Appeal und das House of Lords. Alle vor dem Jahre 1867 dort getroffenen Entscheidungen sind in Kanada geltendes Recht, mit Ausnahme der vom kanadischen Supreme Courts widerrufenen Urteile. Dieses gilt auch für Entscheidungen welche die Rechtsstellung der indigenen und frankophonen Bevölkerung betreffen, über die ein entsprechender Ausschuss, der Privy Council³⁴⁸, zu urteilen

³⁴⁸ Her Majesty's Most Honourable Privy Council. Ist ein im Mittelalter und der frühen Neuzeit in England bestehendes Beratungsgremium der britischen Monarchen mit legislativen und judikativen Aufgaben. Die Befugnisse sind in der heutigen Zeit stark

hat. Hier sind sogar alle bis 1994 getroffenen Entscheidungen nach wie vor geltendes Recht.

2. Historische Entwicklung im Recht und aktueller Stand

Zu Beginn soll auch in diesem Teil des Ländervergleichs die strafrechtliche Entwicklung aufgezeigt werden, die der Debatte um Entscheidungen am Lebensende in Kanada zugrunde liegt. Es bietet sich an dieser Stelle an, aufgrund der Vielzahl der nennenswerten gerichtlichen oder parlamentarischen Entscheidungen einen instruktiven Überblick in der Form einer stichpunktartigen Aufzählung voranzustellen.

1983 – Die Law Reform Commission of Canada³⁴⁹ spricht sich gegen eine Legalisierung oder Entkriminalisierung von freiwilliger Hilfe als Reaktion auf den Todeswunsch eines Patienten aus.³⁵⁰

1987 – Erneut spricht sich die Law Reform Commission of Canada gegen die Legalisierung von Sterbehilfe aus. Konkretisiert wird dieses durch einen Gesetzesentwurf, der vorsieht, dass derjenige, der einer anderen Person aus Mitleid beim Sterben hilft, als ein Mörder zweiten Grades (second-degree murder) nach dem kanadischen Strafgesetzbuch verurteilt werden soll.

1991 – Im Abgeordnetenhaus (House of Commons) wird ein Gesetzesentwurf zu ersten Lesung eingebracht, der das Strafgesetzbuch hinsichtlich einer Besserstellung von terminal kranken Patienten ändern soll.³⁵¹ Dieser Gesetzesentwurf erhielt die zweite Lesung im September des selben Jahres und wurde der zuständigen Gesetzgebungskommission zur Prüfung übergeben.

1991 – Zum ersten Mal wurde ebenfalls im Jahre 1991 ein Gesetzentwurf im House of Commons eingebracht, der die Beihilfe zum Sterben unter bestimmten Bedingungen straffrei machen sollte.³⁵² Bei der zweiten

eingeschränkt und werden vom Regierungskabinet, dem Premierminister und dem Judicial Committee übernommen.

³⁴⁹ Eine unabhängige von der Regierung ins Leben gerufene Kommission zur Überprüfung neuer Gesetzesinitiativen und bestehender Gesetze.

³⁵⁰ „Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment“, Working Paper 28, 1982 im Report 20, 1983.

³⁵¹ Private Members's Bell C-203 vom 16. Mai 1991.

³⁵² Private Member's Bell C-261 vom 19. Juni 1991.

Lesung wurde der Entwurf abgelehnt.

1992 – Der Strafgerichtshof von Quebec (The Quebec Superior Court - La Cour supérieure du Québec) entschied in diesem Jahr über den Fall einer unheilbar kranken Frau, die darum bat, ihr lebensnotwendiges Beatmungsgerät abzuschalten, damit sie sterben könne, dass das Abschalten des Geräts dazu führen würde, dass die Natur ihren Lauf nehmen würde und dieses kein strafbarer Eingriff sei.³⁵³ Das Gericht urteilte, dass der Wunsch der Patientin rechtmäßig sei.

1992 – In Ontario wurde ein Chirurg vom Gericht als Mörder zweiten Grades verurteilt und zur Verantwortung gezogen, da er einem an Krebs im Endstadium erkrankten Patienten mithilfe von Morphium zum Tod verhalf.

1992 – Nach der Verurteilung eines Krankenpflegers zu einem Mörder ersten Grades, erhob dieser Einspruch gegen das Urteil mit der Begründung, dass er einem terminal kranken Patienten lediglich ein Mittel zum Sterben verabreicht habe, dieses aber nicht ausreichend sei, um als Mörder verurteilt zu werden. Das Gericht entschied in diesem Sinne und erließ als Urteil eine Suspendierung und Rückgabe seiner Krankenpflegererlaubnis, sprach ihn aber von der ursprünglichen Strafe frei.

1993 – Ein Arzt aus Ontario verabreichte einem im Endstadium erkrankten Krebspatienten eine Substanz, die zum Tode führte. Er wurde als Mörder zweiten Grades verurteilt. Der Einspruch gegen dieses Urteil führte zu einer Aufhebung dieser Strafe und zu einer Verurteilung in Form eines dreijährigen Berufsverbots.

1993 – Die Klage von Sue Rodriguez bezüglich der Unvereinbarkeit des Verbots des assistierten Selbstmords nach dem kanadischen Strafgesetz mit dem Freiheitsgrundrecht wurde vom Supreme Court of Canada mit vier zu fünf Stimmen abgewiesen.³⁵⁴

1993 – Das Gesundheitsministerium von British Columbia gab Richtlinien heraus, wie mit Menschen zu verfahren sei, die aktiv auf Wunsch eines Patienten eine zum Tode führende Handlung durchführen.

1994 – Sue Rodriguez beging mithilfe eines Arztes Selbstmord. Es kam zu

³⁵³ Nancy B vs. Hôtel-Dieu de Quebec (1992), 86 D.L.R. (4th) 385 (Que. S.C.).

³⁵⁴ Rodriguez vs. British Columbia (Attorney General) (1993), 24 C.R. (4th) 281 (S.C.C.). Dieser Fall wird an späterer Stelle eingehend erläutert.

keiner strafrechtlichen Verfolgung des Arztes.

1994 – Der damalige föderale Justizminister Allan Rock sprach sich dafür aus, dass das Parlament über den Umgang mit Menschen entscheiden müsste, die anderen beim Selbstmord assistierten. Nur einen Tag nach der Äußerung des Justizministers sprach sich auch der damalige Premierminister Chrétien dafür aus, dass das Parlament objektiv und frei über den ärztlich assistierten Selbstmord entscheiden solle. Es kam zu einer Lesung im House of Commons die allerdings ergebnislos blieb. Der Vorschlag einer Erweiterung des Strafgesetzes hinsichtlich einer Strafflosigkeit beim assistierten Suizid wurde abgewiesen.³⁵⁵

1994 – Nur eine Woche nach dem Scheitern im House of Commons wurde ein Senatskomitee gegründet, das untersuchen sollte, welche rechtlichen, sozialen und ethischen Voraussetzungen gegeben sein müssten, um über eine Legalisierung von Euthanasie und Beihilfe beim Selbstmord zu diskutieren. Das Ergebnis dieses Reports wurde im Jahre 1995 veröffentlicht.

1994 – Robert Latimer, der Vater einer zwölf Jahre alten Tochter, wurde als Mörder zweiten Grades verurteilt, weil er seine an unterschiedlichen Behinderungen erkrankte Tochter tötete. Im Jahre 1997 entschied der Supreme Court of Canada, dass das Verfahren erneut eröffnet werden soll. Die Verurteilung zu einem Mörder zweiten Grades wurde erneut bestätigt. Allerdings wurde das Strafmaß von der gesetzlich vorgesehenen Zeit von mindestens zehn Jahren Gefängnis, auf zwei Jahre hinuntergesetzt. Dieses fand im Anschluss beim zuständigen Berufungsgericht keine Anwendung. Das Strafmaß müsse aufgrund der gesetzlichen Vorschriften mindestens zehn Jahre betragen.³⁵⁶

1997 – Dr. Nancy Morrison wurde als Mörder ersten Grades verurteilt, weil sie einem terminal kranken Patienten die lebensnotwendige maschinelle Versorgung abstellte. Später wurde dieses Urteil widerrufen, weil es keine eindeutigen Beweise für die Tat gab.

2000 – Ein Unterkomitee des Senats veröffentlichte einen neuen auf den 1995 erlassenen „Of Life and Death“ Report zum Thema der Qualität der Versorgung am Lebensende.

³⁵⁵ Member's Bell C-215 vom 16. Februar 1994.

³⁵⁶ R. v. Latimer, (2001) 1 S.C.R. 3.

2005 – Ein Gesetzentwurf zum menschenwürdigen Sterben wurde von Francine Lalonde in das Parlament eingebracht.³⁵⁷ Die Lesung des Entwurfs im Oktober des Jahres ergab keine eindeutige Entscheidung.

2006 – Raymond Kirk bekannte sich vor dem Ontario Court of Justice schuldig, seiner kranken und leidenden Frau beim Selbstmord assistiert zu haben. Er wurde vom Gericht zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt.

2007 – Eine Studie fand heraus, dass nur sechs Prozent der Patienten in palliativer Behandlung überleben, was der Studie nach zur Folge hätte, dass eine Legalisierung von ärztlich assistierten Selbstmord dazu führen würde, dass das Verlangen hiernach steigen könnte.

2007 – Der Arzt Dr. Ramesh Kumar Sharma wurde wegen der Beihilfe zum Selbstmord an einer 93 jährigen herzkranken Frau zu zweijähriger gemeinnütziger Arbeit verurteilt.

2007 – Eine Umfrage in der kanadischen Bevölkerung ergab, dass sich 76% der Befragten dafür aussprachen, dass Beihilfe zum Suizid für unheilbarkranke Menschen legalisiert werden sollte.

2007 – Im Falle der Beihilfe zum Suizid durch die Schweizer Organisation Dignitas an Elizabeth MacDonald, einer an multiple Sklerose erkrankten Frau, wurde keine Anklage erhoben.

2007 – Ein Ethikkomitee der kanadischen Ärzteorganisation entschied, dass die bisherige Stellungnahme der Organisation, den ärztlich assistierten Selbstmord unter Strafe zu stellen, aufgehoben werden müsse. Der neue Standpunkt müsse eindeutig für dieses Vorgehen formuliert werden.

2008 – Francine Lalonde brachte erneut einen Gesetzesentwurf in das Parlament ein, welches das Strafgesetz hinsichtlich eines Rechts auf Sterben in Würde erweitern sollte.³⁵⁸

Die Rolle des Arztes als Exekutive des Sterbewunsches, scheint in Kanada von Vorne herein als notwendig zu bestehen, was durch die ins Parlament eingebrachten Gesetzesentwürfe bestätigt wird. Warum dieses so ist, wird an späterer Stelle beschrieben.

³⁵⁷ Members's Bill C-407 vom Juni 2005 mit dem Titel „Right to Die with Dignity.“

³⁵⁸ Member's Bill C-562 vom Juni 2008.

Weiterhin fällt auf, dass sich die Zahl der Fälle, in denen Gerichte über die Hilfe beim Sterben zu entscheiden hatten, in zurückliegender Zeit stetig vermehrt. Dieser Trend resultiert in einem weiteren Gesetzesentwurf, der im Jahre 2008 ins Parlament eingebracht wurde. Hinsichtlich der Vielzahl der milden und unter dem eigentlichen Strafmaß gebliebenen gerichtlichen Entscheidungen, unterstützt durch statistische Erhebungen, die den Wunsch der Bevölkerung nach einer gesetzlichen Regelung unterstützen, liegt die These nahe, dass Kanada in naher Zukunft mit einer Gesetzesänderung zu rechnen haben könnte. Fakt ist, dass der bisherige Umgang mit dem Thema eindeutig in eine Richtung zeigt. Dieses belegt auch die folgende Grafik, die überschaubar und instruktiv das Verhältnis von für und wieder zum Thema der Entscheidungen am Lebensende wiedergeben:

2.1 Instruktiver Überblick

Entscheidungen/ Maßnahmen/ Entwicklungen <u>für</u> das Recht Hilfe beim Sterben zu bekommen:		Entscheidungen/Maßnahmen/Entwicklungen <u>gegen</u> das Recht Hilfe beim Sterben zu bekommen:
	1983	Law Reform Commission gegen Euthanasie
	1987	Law Reform Commission gegen Euthanasie
Gesetzesentwurf wird eingebracht	1991	Gesetzesentwurf scheitert (2. Lesung)
Neuer Gesetzesentwurf	1991	Gesetzesentwurf scheitert (2. Lesung)
Nancy B v. Hôtel-Dieu de Quebec/ Sterbenlassen ist der Lauf der Natur	1992	
	1992	Chirurg verurteilt als Mörder 2. Grades
Krankenpfleger wird vom Mord freigesprochen und erhält mildes Berufsverbot	1992	

Arzt wird von Mord freigesprochen und erhält mildes Berufsverbot	1993	
Erste Richtlinien (staatlich) werden veröffentlicht	1993	
Arzt wird nicht wegen Beihilfe zum Suizid im Rodriguez Fall angeklagt	1994	
Justizminister spricht sich für freie Entscheidung aus	1994	
Premierminister spricht sich für eine freie Entscheidung aus	1994	
	1994	Gesetzentwurf scheitert (2. Lesung)
Senatkommission wird gegründet	1994	
Fall des Robert Latimer	1994	
Freispruch vom Mordverdacht von N. Morrison	1997	
Neuer Bericht des Senatskomitees	2000	
Gesetzentwurf eingebracht	2005	
	2005	Gesetzentwurf scheitert
R. Kirk wurde wg. Assistiertem Suizid zu einer Bewährungsstrafe verurteilt	2006	
Studie belegt Nachfrage nach Euthanasie	2007	
Studie belegt gesellschaftliche Zustimmung	2007	

Keine Anklage wg. Beihilfe beim Suizid	2007
Ärzteorganisation bekennt sich zur Hilfe beim Sterben unter strengen Auflagen	2007
Gesetzentwurf eingebracht	2008

3. Rechtliche Betrachtung

Vorangestellt wird diesem Punkt zum Wortverständnis halber die diesem Abschnitt zugrunde liegende Definition des immer wieder genannten Wortes Euthanasie. Der Gebrauch unterscheidet sich nicht von der Wortbedeutung der anderen Länderpositionen. Speziell im kanadischen Kontext sei aber die erarbeitete Definition des Senatskomitees aus dem Jahre 1995 erwähnt, wonach unter Euthanasie ein von einer Person vorgenommener Akt zu verstehen ist, der darauf abzielt, das Leben einer anderen Person zu beenden, um diese vom Leid zu befreien.³⁵⁹ Unterschieden wird in Kanada weiter zwischen der freiwilligen und unfreiwilligen Form der Beendigung des Lebens auf Wunsch einer anderen Person. Geschieht die Tötung auf direkten Wunsch eines Anderen spricht man von „voluntary euthanasia“, im Gegensatz zur unfreiwilligen, ohne den direkten Wunsch und den Willen, aber im Sinne des Patienten handelnden Tötung, der „non-voluntary euthanasia“, die bei komatösen Patienten häufig Anwendung findet. Das Verständnis des assistierten Selbstmordes ist ebenso wie in den anderen Ländern als Beihilfe zu verstehen.

3.1 Die strafrechtliche Situation

Allein der Wortlaut der bereits angeführten Sektion 14 lässt vermeidlich wenig Spielraum für eine Diskussion, Bewertung oder Analyse über eine potentielle Erweiterung des Gesetzes hinsichtlich assistierten Suizids oder jeder anderen Form der Reaktion auf einen Sterbewunsch am Lebensende. Dies umfasst ebenso den Ausschluss ärztlichen Handelns, gemäß eines an

³⁵⁹ Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide (*Of Life and Death*, 1995).

den Arzt herangetragenen Sterbewunsches. Der Arzt ist per Gesetz durch Sektion 45 dazu verpflichtet, medizinische Behandlungen stets mit der gebotenen Sorge und Sachkenntnis durchzuführen³⁶⁰ und ihm kommt die Aufgabe zu, nach Sektion 217 des Strafgesetzbuches, keine Behandlungen abubrechen oder zu intervenieren, wenn dieses das Leben des Patienten gefährden würde.³⁶¹ Dieses erweitert im Zusammenhang der Reaktionen auf Entscheidungen von Patienten am Lebensende, die oben genannte Sektion 14 auf das Verbot dieses Handelns als medizinisch zu deklarieren. Je nach Art und Weise des geäußerten Sterbewunsches und der darauf folgenden Reaktion durch eine Handlung können zudem weitere Straftatbestände erfüllt sein.³⁶²

Dem kanadischen Strafgesetzbuch nach, ist derjenige der einen anderen tötet, auch aus der eigentlichen Motivation heraus, diese Person von Leiden zu befreien oder gar ihrem Wunsch zu sterben zu entsprechen, strafbar eines Mordes ersten Grades. Zum einen, weil er mit einer klaren und eindeutig zielgerichteten Tötungsabsicht handelt, zum anderen, weil die Tat im Vorfeld einer Planung und Absprache unterlag, was weitere Voraussetzung für die Klassifikation als Mörder ersten Grades ist.³⁶³ Bemerkenswert ist diese eindeutige Definitionsauslegung allerdings

³⁶⁰ Originaler Wortlaut der Sektion 45: „Everyone is protected from criminal responsibility for performing a surgical operation on any person for the benefit of that person if (1) the operation is performed with reasonable care and skill; and (2) it is reasonable to perform the operation, having regard to the state of health of the person at the time the operation is performed and to all the circumstances of the case.“

³⁶¹ Originaler Wortlaut der Sektion 217: „Everyone who undertakes an act is under a legal duty to do it if an omission to do the act is or may be dangerous to life.“

³⁶² Sektionen 215 und 216 über die Aufgabe einer Person; Sektion 219 über die kriminelle Nachlässigkeit und außer Acht lassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, bis zum Tod einer Person durch dieses, geregelt in Sektion 220 oder der körperlichen Beeinträchtigung in Sektion 221; Totschlag gem. Sektion 222; Mord gem. Sektion 229 ff.

³⁶³ Zur Klassifikation des Mörders nach dem kanadischen Strafgesetzbuch:

(1) Murder is first degree murder or second degree murder.

(2) Murder is first degree murder when it is planned and deliberate.

(3) Without limiting the generality of subsection (2), murder is planned and deliberate when it is committed pursuant to an arrangement under which money or anything of value passes or is intended to pass from one person to another, or is promised by one person to another, as consideration for that other's causing or assisting in causing the death of anyone or counselling another person to do any act causing or assisting in causing that death.

hinsichtlich der Tatsache, dass in Kanada in der zurückliegenden Zeit viele Urteile gefällt worden sind, die diese Voraussetzungen der Strafbarkeit zwar erfüllten, dennoch in milden Urteilen resultierten, oder gar in einer Herabsetzung der Straftat zu einem Mörder zweiten Grades. Dieses liegt daran, dass der Akt der Tötung auf Wunsch eines anderen hin, oder um diese Person von Leiden zu befreien, eine andere Motivation zugrunde lag, als der klassische Begriff des Mörders ersten Grades hergibt. Allen voran ist hier die der Tötung unterliegende Intention zu sehen, Leiden zu nehmen, als primäres Ziel der Handlung. Hinzukommt, dass die Entscheidungen der Gerichte beeinflusst werden von weiteren Faktoren, die die praktische Beweisbarkeit der Tat angehen. So ist es in vielen Fällen nicht möglich objektiv darüber zu entscheiden, inwieweit eine schwerkranke Person wirklich durch eine final verabreichte Dosis an Medikamenten zum Tode kam, oder dieser allein Konsequenz der ohnehin tödlich verlaufenden Krankheit war. Es kam in den zuvor aufgelisteten und beschriebenen Fällen zu den unterschiedlichsten Klassifizierungen von Taten, die in ihrer Motivation und ihrem Handeln nach gleich waren, der Täter aber als Mörder, Totschläger oder aufgrund des Verabreichens einer tödlichen Substanz verurteilt wurde. Dieses soll im Folgenden anhand zweier Fälle genauer dargestellt werden. Der Fall Sue Rodriguez und der Fall Robert Latimer sind zwei der wohl bekanntesten und kontroversesten Entscheidungen, die im Kontext der Entscheidungen am Lebensende in Kanada getroffen wurden.

Der Latimer Fall handelt von einem Mann, Robert Latimer, der seine zwölfjährige Tochter Tracy, die an verschiedensten schwersten Behinderungen litt und nicht in der Lage war selbstständig zu laufen, zu essen oder zu sprechen im Jahre 1993 durch die in den Innenraum des Autos umgeleiteten Abgase tötete. Als Begründung für sein Handeln führte Latimer an, dass er seine Tochter vom Leid befreien wollte („put her out of pain“).

Latimer wurde als Mörder ersten Grades angeklagt. In dem Jurygerichtsverfahren kam es zu einer Verurteilung wegen Totschlags zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe, ohne die Möglichkeit der Strafaussetzung für eine Zeit von zehn Jahren. Latimer legte Berufung gegen dieses Urteil

beim zuständigen Gericht in Saskatchewan ein, die abgewiesen wurde. Ein erneuter Berufungseinspruch im Jahre 1996 beim obersten Gericht Kanadas wurde jedoch zugelassen. Die Berufung wurde zum Verfahren zugelassen, es kam allerdings erneut zu einer Verurteilung wegen Totschlags. Latimers Verteidigung zielte darauf ab, nicht den Totschlag an sich, sondern das Strafmaß zu verändern. Dem Gesetz nach ist Totschlag in Kanada als mit nicht weniger einer Freiheitsstrafe von zehn Jahren zu belegen. Latimer argumentierte, dass dieses anhand der Tat unverhältnismäßig sei, auch im Hinblick auf seine grundrechtlich garantierten Rechte und Freiheiten und er nicht gleich bestraft werden könnte, wie eine in voller Motivation des Totschlags handelnde andere Person. Das Gericht folgte dieser Auffassung und gab der Berufung statt, dass Latimer zwar wegen Totschlags zu verurteilen sei, das Strafmaß aber auf zwei Jahren herabgesetzt werden müsse, wovon er ein Jahr im Gefängnis, das andere auf der eigenen Farm verbringen sollte.

Das Verfahren ging mit diesem Beschluss zurück an das zuständige Gericht in Saskatchewan, welches das Urteil über Latimer im Sinne des Beschlusses des obersten kanadischen Gerichts sprechen sollte. Somit kam es zwar zu einer Verurteilung Latimers wegen Totschlags, das Gericht sah es aber als nicht rechtmäßig an, das gesetzlich vorgesehene Strafmaß in diesem Einzelfall einfach herabzusetzen und verurteilte Latimer zu einer Strafe von erneut zehn Jahren Gefängnis, reichte aber gleichzeitig beim Parlament einen Antrag ein, der darauf abzielte den Totschlagparagraphen des Strafgesetzes mit einem Zusatz der „Tötung aus Gnade“ zu erweitern, um das Strafmaß herabsetzen zu können. Dieses blieb bisweilen erfolglos. Latimer erhob erneut Einspruch beim Obersten Gericht. Im Februar 2008 erkannte der nationale Strafaussetzungsausschuss erstmal Tagesstrafaussetzungen für Latimer an, wegen einer ungerechtfertigten Verurteilung, was Latimer dazu bewegte erneut gegen das Urteil in Gänze Berufung einzulegen.

Der Fall Latimer macht das Wechselspiel zwischen dem eigentlichen Willen deutlich, ein mildes Urteil für die Tat zu verhängen, dieses aber nicht mit dem Strafgesetzbuch vereinbaren zu können. So kam sowohl das oberste Gericht als auch das zuständige Berufungsgericht in Saskatchewan zu der Ansicht, dass es nicht gerechtfertigt sei, Latimer wegen seiner Tat

mit Freiheitsstrafe zu verurteilen, die äquivalent mit negativ motivierten Totschlagstaten ist. Dies macht deutlich, dass der Wille, auch höchstrichterlich bestätigt, an der legislativen Gewalt scheitert.

3.1.1 Das Strafrecht und die Canadian Charter of Rights and Freedoms

Der andere viel diskutierte und kontroverse Fall bezüglich des Handelns bei Entscheidungen am Lebensende betrifft Sue Rodriguez³⁶⁴ und die Sektion 241 des kanadischen Strafgesetzbuchs. Hierunter ist ein Vergehen gemeint, wonach sich derjenige strafbar macht, der einer anderen Person zum Selbstmord rät, bei der Tat hilft oder begünstigt mitwirkt. Das Strafmaß für dieses Vergehen beträgt nicht mehr als vierzehn Jahre.

Sue Rodriguez litt über Jahre an der Lou Gehrig³⁶⁵ Krankheit, einer Lateralsklerose und wollte mit ihren Bemühungen erreichen, dass durch das Gericht bestätigt werden würde, dass es nicht mit den grundrechtlichen Rechten und Freiheiten (Canadian Charter of Rights and Freedoms) vereinbar sei, dass es einem unheilbar kranken Menschen, der nicht in der Lage ist sich selbst zu töten, versagt ist, unter der Mithilfe und Aufsicht eines Arztes assistierten Selbstmord zu begehen. Sie führte dazu an, dass ihr Recht auf Leben und Freiheit, auch die freie Entscheidung über die Art und Weise sowie den Zeitpunkt des Todes beinhaltet und somit die Sektion 241 des Strafgesetzbuches nicht mit der Charter of Rights and Freedoms vereinbar sei. Das Oberste Gericht von British Columbia entschied dazu, dass die Sektion 241 des Strafgesetzbuches eben nicht das Recht auf Leben und die Freiheit der Person nimmt, oder es die Freiheit der Wahl oder der Entfaltung einschränke, auch hindere es nichts an der Möglichkeit grundsätzliche Entscheidungen über das Leben zu treffen. Dem Gericht nach ist die Natur verantwortlich für die Sue Rodriguez Krankheit und damit verbundene Situation der Eingeschränktheit, nicht aber das gesetzliche System. Demnach sehe Sektion 241 keine Ausnahmen für Menschen vor, die nicht in der Lage sind sich selbst zu töten.³⁶⁶

³⁶⁴ Rodriguez vs British Columbia. *Dominium Law Rep (4th)* 1993; 107: 342.

³⁶⁵ Die Lou Gehrig Krankheit ist auch bekannt als Amyotrophe Lateralsklerose (kurz: ALS) ist eine degenerative Erkrankung des motorischen Nervensystems.

³⁶⁶ Vgl. zum Rodriguez Fall allg. auch Freedman B. The Rodriguez case: sticky questions and slippery answers. *McGill Law* 1994; 39: 644-56 .

Gegen dieses Urteil legte Sue Rodrigues Berufung beim zuständigen Gericht in British Columbia ein. Das Gericht kam zu der Ansicht, dass es nicht Aufgabe der Gerichtsbarkeit sei in diesem Fall zu entscheiden, ob Sektion 241 des Strafgesetzes mit der Charter of Rights and Freedoms vereinbar sei, sondern Aufgabe des Parlaments. Der Fall wurde aber dennoch an den Supreme Court of Canada weitergeleitet. Hier kam zu einer denkbar knappen Entscheidung von vier zu fünf Richterstimmen, gegen das Vorbringen von Sue Rodriguez. Sektion 241 sei demnach durchaus vereinbar mit sämtlichen in Frage kommenden Abschnitten der Canadian Charter of Rights and Freedoms.³⁶⁷ Dies wurde begründet mit der Auffassung, dass Menschen, die nicht in der Lage sind sich selbst zu töten, zwar auch keinen Zugang zu diesem Recht haben, es ihnen sogar durch Sektion 241 untersagt ist, aber dies dennoch mit der grundsätzlichen Gerechtigkeit des Systems vereinbar sei und harmoniert. Es wäre darüber auch im Sinne der kanadischen Gesellschaft und Aufgabe des Rechtssystems, Personen vor einem assistierten Suizid zu schützen, weil dieses nach Auffassung des Richters Sopinka nicht mit der Heiligkeit des menschlichen Lebens vereinbar sei, diese gar untergraben würde. Hinzukomme die Gefahr von Missbrauch und die Schwierigkeit Schutz zu gewährleisten. Ein weiterer Richter, Lahmer, vertrat hingegen die Auffassung, dass die Sektion 241 sehr wohl eine Verletzung und Ungleichbehandlung von Personen sei, die physisch nicht in der Lage sein, sich aus eigener Kraft heraus zu töten. Dieser Personenkreis werde daran gehindert, ihr Recht auszuüben. Lahmer erkannte aber ebenfalls eine potentielle Gefahr von Manipulationen und Missbrauch, verwies dieses aber als unbestätigt und spekulativ und daher als nicht wertbar.

Die zwei beschriebenen Fälle zeigen deutlich, wo die Probleme im rechtlichen Rahmen zu finden sind. So besteht zwar eine klare gesetzliche Normierung hinsichtlich des Verbots einen anderen Menschen auf dessen

³⁶⁷ § 7 Everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived thereof except in accordance with the principles of fundamental justice.

§ 12 Everyone has the right not to be subjected to any cruel and unusual punishment.

§ 15 (1) Every individual is equal before and under the law and has the right to equal protection and equal benefit of the law without discrimination and, in particular, without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability.

Wunsch gemäß zu töten, um z.B. Leiden zu mindern, dieses ist aber durchaus strittig. Besonders der Rodriguez Fall macht deutlich, dass auf der einen Seite mit Argumenten diskutiert wird, die bereits in der deutschen Landespostion zu finden sind, die der Heiligkeit des Lebens, oder der Gefahr vom Missbrauch oder Dammbruch. Dem entgegen herrscht in der kanadischen Jurisprudenz aber eine Zweiteilung, womit es auch eine Strömung gibt, welche den assistierten Selbstmord durchaus als legitimes Mittel ansieht, damit eine Gruppe von Menschen die physisch nicht in der Lage sind sich selbst zu töten, die Möglichkeit und der Zugang zum Recht gewährt wird. Dieser Zugang wird im bestehenden kanadischen Recht untersagt.

3.2 Das Recht auf die Ablehnung ärztlicher Behandlung

Eine weitere wichtige Kategorie der Entscheidungen am Lebensende bezieht sich auf das Ablehnen ärztlicher Behandlungen. Nach dem kanadischen Recht ist jede erwachsene und zurechnungsfähige Person dazu berechtigt eine ärztliche Behandlung zu unterbrechen oder diese abzulehnen. Hervorzuheben hiervon ist aber der Fall Nancy B.³⁶⁸ Das Gericht in Quebec entschied im Falle der unheilbar Kranken, die durch eine Beatmungsmaschine am Leben erhalten wurde, dass diese das Recht habe, ihren Arzt darum zu bitten, die Maschine zur Beatmung abzuschalten. In der Entscheidung hieß es, dass die Menschenwürde der Person unverletzlich sei und es keinerlei Behandlungen ohne deren Zustimmung geben darf, um diesem Willen und Recht gerecht zu werden. Hinzu kam die Überprüfung der Strafbarkeit des Nancy B. behandelnden Arztes, für den Fall, dass er die Behandlung aufgeben würde. Geprüft wurde eine Verletzung der Sektionen 216, 217, 45 und 219 sowie des Totschlags gemäß dem Strafgesetzbuch. Das Gericht entschied, dass es weder ein unvernünftiges, noch mutwilliges oder rücksichtsloses Verhalten des Arztes sei, wenn er der expliziten Bitte der Patientin gemäß, das Beatmungsgerät abschalten würde. Hierdurch würde er der Patientin die Möglichkeit geben frei über ihren Willen zu entscheiden und entsprechend der Natur somit ihren freien Lauf lassen. Somit würde der Arzt keinem Selbstmord assistieren, der dem Strafgesetzbuch nach mit Totschlag zu

³⁶⁸ Nancy B. vs Hotel-Dieu de Quebec. *Dominium Law Rep (4th)* 1992; 86: 385.

bestrafen wäre, weil die Krankheit kausal zum Todeseintritt stehe, nicht aber das Handeln des Arztes.³⁶⁹

Bemerkenswert hieran ist, dass die Jurisprudenz ähnlich wie bei weiteren Fällen³⁷⁰ den Tod in einem Kausalverhältnis zur Krankheit sieht, nicht aber zur Handlung. Fraglich ist daher, inwieweit die Handlung des Abschaltens eines Gerätes nicht auch bloße Reaktion auf einen Sterbewunsch ist und vor allem wo sich dieses Handeln von dem Handeln im Falle zu Sue Rodriguez unterscheidet. Sicher ist hier anzuführen, dass die Handlungskonsequenz zwar die Gleiche ist, ebenso wie Handlungsqualität und die explizite Handlungsbefugnis des Patienten an den Arzt. Ein Unterschied besteht allein darin, dass die Krankheit nicht unmittelbar kausal zum Todeseintritt steht, im Falle Sue Rodriguez. Hier kommt es zum verfrühten Tod durch den assistierten Selbstmord des Arztes und zu einer Lebensverkürzung. Fest steht allerdings auch, dass dieses lediglich zeitliche Qualität beinhaltet, denn im Grunde bleibt auch in diesen Fällen die unheilbare Krankheit ausschlaggebend für den Todeswunsch und damit ausschlaggebend für den früher oder später sicher eintretenden Tod.

3.3 Das Verfassungsrecht zum Recht auf Leben

Zentrale Norm dieser Betrachtungen ist die Sektion 7 der Canadian Charter of Rights and Freedoms, die das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person schützt. Das Rodriguez Urteil gibt an dieser Stelle Anlass, dazu nicht nur die strafrechtliche Sicht zu würdigen, sondern ebenso zu überprüfen, inwieweit das kanadische Recht der Charter of Rights and Freedoms tatsächlich den Schutz einer Gruppe von Menschen gewährleisten kann, die aufgrund ihrer körperlichen Konstitution nicht in der Lage sind, ihr Leben selbstständig zu beenden.

Das Rodriguez Urteil legt im Fazit eine Definition fest, welches die

³⁶⁹ Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, dass es in Kanada ebenfalls das Konstrukt der Patientenverfügung gibt, damit nicht entscheidungsunfähige Personen ihr vorher deklariertes Recht wahrnehmen können. Unterschieden wird zwischen einer instruktionsdirektiven Art der Willensfestsetzung, in der eine Person darlegt, welche Art von Behandlungen sie nicht will, falls sie unfähig wird, darüber zu entscheiden und einer proxydirektiven Festlegung des Willens, wonach eine Person festlegt, welche andere Person für sie entscheiden soll im Falle einer bestehenden eigenen Entscheidungsunfähigkeit.

³⁷⁰ Malette vs Schulman. *Ontario Rep (Id)* 1990; 72: 417.

getroffene Entscheidung maßgeblich rechtfertigen soll, in der Form, dass das Urteil ein Schutz der „grundsätzlichen Gerechtigkeit“³⁷¹ ist, also ein Schutz, der in gesellschaftlicher Einigkeit darüber entscheidet, was lebenswichtig für den Erhalt des gesellschaftlichen Begriffes der Gerechtigkeit ist. Dies erscheint vermeidlich vage, ist aber dennoch als Definition von grundsätzlicher Gerechtigkeit angemessen, wobei die Frage offen bleibt, wer darüber entscheidet was die Einigkeit der Gesellschaft ist. Eine grundsätzliche Gerechtigkeit kann nur von der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung getroffen werden, was aber macht die Richter im Rodriguez Fall glauben, dass die Entscheidung, dass Sue Rodriguez nicht mit Hilfe eines Arztes sterben darf, im Sinne der gesellschaftlichen Meinung getroffen wurde? Gleichwohl wird durch das Konstrukt der grundsätzlichen Gerechtigkeit die potentielle gesellschaftliche Meinung über die des Individuums gestellt, was Gefahren hervorbringt, denn die Meinung und Ansicht, der vom Fall betroffenen Person, wird einer Meinung untergeordnet, die im Lichte der Gesellschaft zwar mehrheitsfähig erscheint, aber die dennoch nicht davor geschützt ist, eine Meinung zu sein, die aus Böswilligkeit oder Unerfahrenheit im Umgang mit dem Thema oder auch Teilnahmslosigkeit getroffen wurde.³⁷² Dieses liegt nahe, da spezifisch zu entscheidende Fälle, wie auch der Rodriguez Fall ein Hintergrundwissen notwendig machen. Fraglich ist, ob die Bevölkerung dieses leisten kann. Hinzu kommt der Fakt, dass die grundsätzliche Gerechtigkeit auch anhand anderer Landespositionen zu dem Thema begründet wird. So wurde auch im Rodriguez Fall der internationale Umgang mit dem Thema betrachtet und floss mit in die Entscheidung des Gerichts ein. Auch hier ist es fraglich, inwieweit grundsätzliche gesellschaftliche Gerechtigkeit aus der Binnenperspektive Kanadas heraus durch den Blick in andere Länder gefunden werden kann. Dies untergräbt der Literaturmeinung nach die Eigenständigkeit der

³⁷¹ Dieser Terminus ist in Kanada häufig in der Rechtsprechung zu finden. Er wird sogar als „kanadische gesetzliche Tradition“ anerkannt (Thompson-Zeitungen v. Canada, (1990) 1 S.C.R.). Vgl. auch dazu Jones v. Die Königin (1986) 2 S.C.R. 284; R. v. Beare (1988) 2 S.C.R. 387; Cunningham v. Canada (1993) 2 S.C.R. 143; Kindler vs. Minister of Justice of Canada (1991) 2 S.C.R. 779.

³⁷² L.E. Weinrib, “The Body and the Body Politic: Assisted Suicide Under The Canadian Charter of Rights and Freedoms” (1994) 39 McGill L.J. 618 at 629.

eigentlichen Entscheidung und wird auch der selbstaufgelegten Rolle Kanadas, als führender Vertreter von Menschenrechten, nicht gerecht.³⁷³

Neben dem Argument, dass es nicht der grundsätzlichen gesellschaftlichen Gerechtigkeit entsprechen würde, dass ein schwerkranker suizidunfähiger Mensch mit Hilfe eines Arztes sterben darf, wird im Rodriguez Urteil und der allgemeinen Diskussion die Gefahr vom Missbrauch³⁷⁴ angeführt, vor dem die Gesellschaft im Sinne der Sektion 7 der Charter of Rights and Freedoms geschützt werden müsse. Ein derartiger Schutz könne nur dann gewährleistet werden, wenn das Recht auf Beihilfe beim Sterben in seiner Gesamtheit verboten werden würde, weil es nicht möglich ist, Richtlinien oder eine gesetzliche Formulierung zu finden, die es zwar einer Gruppe von Menschen die bislang kein Zugang zum Recht haben, ermöglicht, mithilfe eines Arztes zu sterben, aber gleichzeitig die Gesellschaft vor Missbrauch und Willkür schützt. Insbesondere gelte es Personen vor der nicht selbstständig bestimmten „non-voluntary“ Euthanasie zu schützen, die drohen würde, da die Praxis unkontrollierbar werden würde.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass die Argumentationen hinsichtlich des Versagens einer Reaktion auf einen Sterbewunsch anhand der Canadian Charter of Rights and Freedoms nachvollziehbar erscheinen. Allerdings bestehen in einigen Punkten erhebliche Auslegungsschwierigkeiten, so muss im Anschluss beurteilt werden, inwieweit Argumente wie die drohende Gefahr vor Missbrauch überhaupt in der Praxis zu verifizieren sind, oder ob das gesellschaftliche

³⁷³ Es gibt eine Vielzahl von Entscheidungen anhand derer Kanada seine Rolle als internationales Vorbild für Menschenrecht festmacht, vgl. z.B. B. Wallace, "The Battle to Ban Land Mines: Support Grows for Canada's Crusade" *Maclean's* 110:26 (1997) 34.

Vgl. auch I. Cotler, "Can the Center Hold? - Federalism and Rights in Canada" in I. Cotler, ed., *Canadian Charter of Rights and Freedoms* [unpublished, archived at McGill University, Faculty of Law, 1998, Law Library Casebook Section].

Vgl. weiter Chief Justice A. Lamer, "Canada's Legal Revolution" Canada/Israel Law Conference 1992.

³⁷⁴ Erwähnt sei hier, dass das „slippery slope“ Argument vor dem Abrutschen zum Missbrauch zu schützen auch Hauptargument war, warum in Australien der Antrag der Northern Territory's auf das Recht terminal kranker Patienten mithilfe eines Arztes sterben zu dürfen (*Rights of the Terminally Ill Act*). Vgl. dazu auch C. Zinn, "Australian Voluntary Euthanasia Law is Overturned" (1997) 314 *Brit. Med. J.* 994.

Meinungsbild tatsächlich in diesem Fall als Indikator gegen den Wunsch, einer unheilbar kranken und körperlich beeinträchtigten Person zu sterben, spricht. Vor allem aber, inwieweit der gesellschaftlichen Ansicht Vorrang gegenüber dem Individuum gegeben werden kann, da schließlich das einzig kontrollierbare, der freiwillige Wunsch einer unheilbar kranken Person ist, nicht aber der moralische Glaube oder die Meinung von anderen³⁷⁵.

3.4 Bill C-407 – Ein Gesetzesvorschlag im Detail

Im Folgenden soll anhand des im Jahre 2005 ins Parlament eingebrachten Gesetzesentwurfs beschrieben werden³⁷⁶, in welche Richtung sich das Recht entwickeln würde, wenn es zu einer Legalisierung von aktiver Inhilfenahme bei Entscheidungen am Lebensende kommen würde. Der Gesetzesentwurf bezieht sich auf Bill C-407, vom Juni des Jahres 2005, zum Thema „Sterben mit Würde“.

Im Kern des Gesetzesentwurfes geht es um die Erlaubnis, straffrei Hilfe beim Suizid zu leisten oder Euthanasie durchzuführen. Dieses ist an strenge Bedingungen geknüpft. So wäre es ausschließlich

- unheilbar kranken sowie
- unter schweren physischen oder geistigen Krankheiten leidenden Patienten
- ohne die Aussicht auf Besserung

möglich, Hilfe beim Sterben in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren muss die ausführende Person der vorzunehmenden Handlung ein

- praktisch tätiger Mediziner oder
- eine Person sein, die von einem praktisch tätigen Mediziner

³⁷⁵ Vgl. dazu D. Orentlicher, “The Legalization of Physician Assisted Suicide” (1996) 335 N. E. J. Med. 663.

M.A. Drickamer, M.A. Lee & L. Ganzini, “Practical Issues in Physician-Assisted Suicide” (1997) 126 Ann. Intern. Med. 146.

M. Angell “The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide: The Ultimate Right” 336 N Eng J Med. 50.

T.E. Quill/ B. Lo/ D.W. Brock “Palliative Options of Last Resort. A Comparison of Voluntary Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia” 278 J.A.M.A. 2099.

³⁷⁶ Nach dem Positionspapier von Francine Lalonde (Partei des Bloc Québécois) zu Bill C-407 „An Act to amend the Criminal Code (right to die with dignity).

unterstützt wird.

Zu einer rechtmäßigen Entscheidung über den Tod einer Person kann es nur kommen, wenn die Meinung von mindestens zwei oder mehr Medizinern übereinstimmend getroffen wurde. Zudem muss die Person, welche Hilfe beim Sterben erbittet, mindestens achtzehn Jahre alt sein.

In dem Gesetzentwurf wird detailliert begründet was das Erweitern des bestehenden Gesetzes notwendig macht, ebenso wie auf Argumente der Gefahr vor Missbrauch (slippery slope) eingegangen wird. Hierzu wird auf das Beispiel der Niederlande oder auch des amerikanischen Staates Oregon verwiesen, wo es strenge Kontrollmechanismen gibt, die eine lückenlose Aufklärung jedes einzelnen Falles zulassen und deshalb vor Missbrauch schützen. Zudem müsse neben der Gesetzeserweiterung zur Legalisierung von Hilfe beim Sterben ein weiteres Gesetz erlassen werden, welches eventuell spezifisch daraus resultierende Straftaten sanktioniert.

Soweit die Ausführungen zum Gesetz. Es fällt auf, dass sich das Gesetz in einer deckungsgleichen Art und Weise am Beispiel der bestehenden Rechtslage in den Niederlanden orientiert. Demnach wird das niederländische Vorgehen als eine Art „Vorbild“ herangezogen, mit Entscheidungen am Lebensende umzugehen. Interessant ist dieses besonders daher, weil gerade das Beispiel der Niederlande auch für Argumentationen der Gegenposition Verwendung findet. Es ist somit unumgänglich, im Folgenden herauszuarbeiten, für welche der beiden Seiten der niederländische Umgang nun Beispiel sein kann, oder nur missverständlich für ein solches gehalten wird.

3.5 Wichtige Fälle der Judikative

Im Folgenden soll ein instruktiver Überblick der wichtigsten Gerichtsentscheidungen verdeutlichen, wie der Umgang in Form von Toleranz oder Sanktionierung einer auf das Beenden des Lebens eines anderen gerichteten Handlung in Kanada von statten geht. Die Begriffe freiwillig und nicht freiwillig beziehen sich auf die Umstände des Herbeiführens des Todes, wie in etwa auf die Unterscheidung zwischen aktiven Tun, Unterlassen, oder stimmen ab, auf eine vorhandene Einwilligung des Patienten oder dessen einwilligungsunfähigen Zustand:

Freiwillig	Nicht freiwillig
<p>1. Sue Rodriguez v. British Columbia (Attorney General) (1993), 24 C.R. (4th) 281 (S.C.C.). – Wunsch auf Hilfe beim Sterben wurde <u>abgelehnt</u>.</p>	<p>1. R. v. Latimer, (2001) 1 S.C.R. 3 – Töten einer anderen schwerkranken und schmerzmittelresistenten Person ist <u>nicht rechtmäßig</u>, aber bestehendes <u>Strafmaß</u> sei <u>zu hoch</u>.</p>
<p>2. Nancy B v. Hôtel-Dieu de Quebec (1992), 86 D.L.R. (4th) 385 (Que. S.C.). – Wunsch das lebensnotwendige Beatmungsgerät abzustellen ist <u>rechtmäßig</u>.</p>	<p>2. Couture-Jacquet v. Montreal Children’s Hospital (1986), 28 D.L.R. (4th) 22 (Que. C.A.) – Eltern entschieden für ihr schwer krebserkranktes Kind, das es keine weitere Chemotherapie erhalten solle, um Schmerzen in einer aussichtslosen Krankheit zu vermeiden, dieses sei <u>rechtmäßig</u>.</p>
<p>3. Malette v. Shulman (1990) 72 O.R. (2d) 417 (C.A.) – Der Wunsch eines Patienten keine lebensnotwendige Bluttransfusion zu bekommen, wurde von einem Arzt nicht befolgt, dies sei <u>rechtswidrig</u>, Patient hätte Sterben dürfen.</p>	

3.6 Ergebnisse

Die kanadische Gesetzeslage ist trotz der unterschiedlichen Gerichtsbarkeit in den einzelnen Provinzen bundesweit einheitlich geregelt. Es ist strafrechtlich verboten, einen Menschen aus Mitleid, aus Gründen der Leidensminderung oder anderen Motiven zu töten, noch ihm beim Suizid zu assistieren.³⁷⁷ Allerdings ist es Ärzten erlaubt, eine Behandlung zu unterbrechen, was nicht gleich einer Hilfe beim Suizid gewertet wird, da es Ärzten nicht immer zugemutet werden kann, eine Behandlung gegen den direkten Willen des Patienten durchzuführen,³⁷⁸ sondern auf die Verhältnismäßigkeit abzustimmen ist.

Bemerkenswert ist allerdings die unterschiedliche Handhabung der Gerichte in Bezug auf den Terminus der grundsätzlichen Gerechtigkeit. Dieser Begriff wurde des Öfteren in der Rechtsprechung angewendet, um ein stichhaltiges Argument gegen einen Freispruch einer Person in der Hand zu haben, die einer anderen beim Sterben geholfen hat, oder einer Person die Zustimmung auf das Ersuchen nach Hilfe beim Sterben zu verweigern. Allerdings ist dieser Begriff durchaus auch gegensätzlich auslegbar und würde im Fall einer potentiellen Gesetzesänderung zu einem Argument eben für dieses neue Gesetz werden, welches nach kanadischem Recht zwingend im Einklang mit der grundsätzlichen Gerechtigkeit aus der Charter of Rights and Freedoms stehen müsste. Daher erscheint gerade der Rodriguez Fall, der maßgeblich vor allem die öffentliche Debatte, auch über die Grenzen Kanadas hinaus angeregt hat, vom verfassungsrechtlichen Standpunkt her zwar wegweisend über die Richtung des dogmatischen Herangehens an das Problem zu sein, aber rechtlich nicht lückenlos konsequent. Eine Änderung des Strafrechts würde konform sein mit der

³⁷⁷ Auch wenn die Reformkommission zur Gesetzesänderung dieses mittlerweile als zu relativieren anerkennt und den Vorschlag unterbreitet, dass Töten aus Gnade an ein erheblich milderes Strafmaß geknüpft werden sollte. Vgl. Law Reform Commission of Canada. *Working Paper 28: euthanasia, aiding suicide and cessation of treatment*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1982; sowie neuer dazu *Report of the Special Senate Committee on euthanasia and assisted suicide: of life and death*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1995.

³⁷⁸ Vgl. einen ähnlich angelegten Fall, in dem ein Gericht in British Columbia entschied, dass ein Gefängnisinsasse auch nicht gegen dessen expliziten Willen zwangsernährt werden darf. *British Columbia (AG) vs Astaforoff*. *British Columbia Law Rep* 1983; 47: 217.

Charter of Rights and Freedoms, da dadurch gerade eben die grundsätzliche Gerechtigkeit hergestellt werden würde.

4. Ärztliche Handhabung

Im Folgenden wird neben einer statistischen Erhebung der Haltung von Ärzten zu ihrer Rolle als Sterbehelfer auch die Stellungnahme der Ärzteorganisation Kanadas dargestellt. Diese zeigt gleich zu Beginn eine neue durchaus neutrale Haltung zum Thema, die aber unter der daraufhin dargestellten Meinung der Ärzte keine Umsetzung in die Praxis findet. Interessant sind die Motive der Ärzte, die sich gegen ein aktives Handeln bei zu treffenden Entscheidungen am Lebensende aussprechen, die im Ergebnis einer Begutachtung unterzogen werden.

4.1 Haltung der kanadischen Ärzteorganisation

Die kanadische Ärzteorganisation (Canadian Medical Organisation, kurz: CMA) benutzt in ihrer Haltung zum Thema der Entscheidungen am Lebensende den Terminus Euthanasie und assistierter Suizid.³⁷⁹ Unter Euthanasie versteht die CMA das bewusste Herbeiführen der Lebensbeendigung für eine unheilbarkranke Person durch eine andere aus Gründen wie Mitleid, Mitgefühl oder Empathie. Den assistierten Suizid definiert die CMA unter der bewussten und absichtlichen Hilfe einer Person, eine andere beim Sterben zu unterstützen.

Im Anschluss an die Klärung des Verständnisses der Begrifflichkeiten äußert sich die CMA mit folgendem Kernsatz zu dem Thema:

Die CMA sieht Ärzte nicht als die geeigneten Personen an, einer anderen Person beim Sterben behilflich zu sein, oder sie darin zu unterstützen, aufgrund der grundlegend geltenden Moralgrundsätze für Ärzte. Diese schließen folgendes ein:

- Ärzte müssen zuerst über das Wohlergehen des Patienten nachdenken

³⁷⁹ Stellungnahme auf der offiziellen Homepage:
http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/3214/la_id/1.htm.

- Sie müssen für den Patienten die passende Versorgung gewährleisten, selbst wenn eine Behandlung mit Heilmittel nicht mehr erfolgversprechend erscheint
- Sie müssen den Patienten mit allen notwendigen Informationen versorgen und Fragen nach ihren besten ärztlichen Fähigkeiten beantworten
- Ärzte müssen die Entscheidung einer entscheidungsfähigen Person respektieren, die darauf abzielt eine ärztliche Behandlung zurückzuweisen oder abubrechen
- Ärzte sollen im Sinne des Gemeinwohls agieren und müssen sich ihrer Verantwortung für die Gesellschaft bewusst sei
- Die CMA stellt weiterhin fest, dass Ärzte nicht an Euthanasie im oben definierten Sinne teilnehmen oder Beihilfe zum Selbstmord leisten sollen. Es sei Aufgabe der Gesellschaft darüber zu entscheiden, ob Gesetze betreffend Euthanasie und des assistierten Suizids geändert werden sollen, oder nicht. Dieses erkennt die CMA eindeutig an und macht folgende Vorschläge was bei einer Gesetzesänderung zu beachten sei:
 - Die Linderungssorge steht im Mittelpunkt des Handelns
 - Laufende Programme zur Prävention vom Suizid sollen aufrechterhalten, bzw. zukunftsweisend gestärkt werden
 - Der Öffentlichkeit sollten ausreichend Möglichkeiten gegeben werden, um sich zu einer geplanten Gesetzesänderung zu äußern
 - Eventuell Schutzbedürftige, von einer Gesetzesänderung betroffene Gruppen, müssen ausreichend hiervor geschützt werden

Weiter stellte die CMA fest, dass es Gruppen von Menschen geben kann, die leidend und unheilbar krank sind, die nicht ausreichend von der Canadian Charter of Rights and Freedoms geschützt werden und über eine Erweiterung der gesetzlichen Vorschriften daher nachgedacht werden könnte, wobei dieses Gefahren birgt. Dazu zählt nach Ansicht der CMA

besonders das „Groningen Protokoll“³⁸⁰ in den Niederlanden, welches als negatives Beispiel angeführt wird.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die CMA ihren Standpunkt geändert hat und den assistierten Suizid unter bestimmten Bedingungen anerkennt. Bestehen bleibt allerdings, dass das gezielte Herbeiführen des Todes, sowohl durch Handeln als auch durch Unterlassen von der CMA nicht unterstützt wird.³⁸¹

4.2 Haltung der Ärzteschaft

Eine große Studie zum Thema stammt von Kinsella und Verhoef³⁸². Ergebnis dieser Erhebung war, dass 28% der kanadischen Ärzte Euthanasie, im Verständnis der am Anfang dieses Ländervergleichs gelieferten Definition als Hilfe beim Sterben, durchführen würden. Dieses wäre allerdings nur dann der Fall, wenn eine eindeutige Gesetzeslage den Ärzten Sicherheit in ihrem Handeln garantieren würde.³⁸³ 51% der Ärzte wären allerdings grundsätzlich dazu nicht bereit.

Generell glauben 44% der befragten Ärzte, dass es richtig sein kann, Euthanasie auszuführen, aufgrund der Krankheit des Patienten und dessen zukünftigen negativen Genesungsaussichten, 46% gaben an, dass es nie richtig sein kann, unter egal welchen Umständen einer anderen Person beim Sterben zu helfen oder diese auf direktem Wunsch hin, zu töten.

Weiter gaben 19% der befragten Ärzte an, bereits schon mal eine Bitte von Patienten hinsichtlich des Wunsches sterben zu wollen erhalten zu haben, darunter waren 78%, die insgesamt weniger als fünf dieser Bitten entgegen genommen haben.

Es ist daher festzuhalten, dass die Zustimmung unter der kanadischen

³⁸⁰ Das Groningen Protokoll bezog sich auf eine Umfrage von Neonatologen, der Schwerpunkt lag demnach auf der die Lehre der Pathologie und Physiologie von Neugeborenen und dem entsprechend angewandten Zweig der Kinderheilkunde, die sich mit Neugeborenenmedizin und Neugeborenenversorgung befasst.

³⁸¹ Stellungnahme vom CMA Board of Directors vom 19. Juni 1998, erweitert und bestätigt im Jahre 2007: <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD07-01.pdf>.

³⁸² T. D. Kinsella and M. J. Verhoef „Physicians' opinions about the morality and legalization of active euthanasia“; Canadian Medical Association Journal, Vol 148, Issue 11 1921-1926.

³⁸³ So auch Wysong P, „Doctors divided on euthanasia acceptance: preference is to refer euthanasia to another doctor.“ Med Post 1996; 32:1, 90.

Ärzterschaft eher negativ ausfällt. Bei der Studie fällt hierzu insbesondere auf, dass Gründe für die Entscheidungen der Ärzte häufig auf einer persönlichen religiösen Einstellung beruhen. Vom Grundsatz her ist die Haltung der Ärzte aber darauf angelegt, dass Sicherheit im Recht auch zu Sicherheit im Handeln führt und solange dieses im kanadischen Recht nicht gegeben ist, auch die Bereitschaft auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren gering ist.

4.3 Ärztliche Gegenposition

Die folgende Position³⁸⁴ verdeutlicht die Ansicht derjenigen Ärzte, die gegen eine Legalisierung in Form einer Gesetzeserweiterung zum aktiven Eingreifen durch einen Arzt gemäß des Sterbewunsches eines Patienten sind. Es ist keine Einzelposition, sondern die Meinung einer großen Gruppe von Mitgliedern³⁸⁵, welche die Gegenposition der Ärzteschaft zu der Haltung ihrer Standesorganisation ist.

Folgende Argumente sprechen nach Ansicht der Ärzte gegen eine Legalisierung. Hierbei fällt auf, dass sich die Argumente anhand der niederländischen Erfahrungswerte orientieren:

- Es besteht die Gefahr, dass das Verfahren nicht lückenlos kontrollierbar ist. Hierbei wird als Beispiel auf die Niederlande verwiesen, wo nach der hier wiedergegebenen Ansicht „mindestens 1000 Patienten jedes Jahr durch Euthanasie ohne Zustimmung (...) getötet werden“.³⁸⁶ Zudem sollen niederländische Ärzte nur etwa die Hälfte der Fälle von Euthanasie den Behörden melden. Dieses ergebe sich aus einer

³⁸⁴ „Euthanasia and Assisted Suicide - A Joint Statement by Doctors and Lawyers“ aus dem Jahre 2005. Digital zu finden auf der Homepage: http://www.lifesitenews.com/ldn/2005_docs/StatementEuthanasiaandPAS.pdf

³⁸⁵ Namen dieser und die Berufsbezeichnungen, welche die Sicht des internen Standpunktes verdeutlichen soll, sind angehängt.

³⁸⁶ Anmerkung: Das entspricht 0,8% der Gesamttodesfälle. Vgl. dazu auch Van der Maas P.J. et al.: „Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life“ Lancet 1991; 338: 669-74. Van der Maas P.J. et al.: „Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands“, 1990-1995. NEJM 1996; 335: 1699-705. Onwuteaka-Philipsen B.D. et al.: „Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001“, Lancet online 17 June 2003.

aktuellen Statistik.³⁸⁷

„Dutch doctors have gone from killing the terminally ill who asked for it, to killing the chronically ill who ask for it, to killing the depressed who had no physical illness who ask for it, to killing newborn babies because they have birth defects, even though, by definition, they cannot ask for it.“³⁸⁸

- Eine Legalisierung würde den Druck auf diejenigen erhöhen die krank sind.³⁸⁹
- Aktives Reagieren auf Sterbewünsche führe zu einem Verfälschen der sozialen Meinung über Krankheit, Alter und Tod sowie des medizinischen Berufes. „Euthanasie drohe zur Behandlungsoption zu werden“.
- Ein Sterbewunsch entspricht nicht der tatsächlichen Autonomie des Patienten. Faktoren wie Depression oder die Angst vor der Zukunft beeinflussen die Entscheidung, die meist nicht gut überlegt sei.
- Die Heiligkeit des Lebens spreche dagegen, dass ein Arzt zur ausführenden Person wird.³⁹⁰
- Das praktische Verfahren von Euthanasie sei unter Umständen sehr schmerzhaft für den Patienten und dauere in 18% der niederländischen Fälle sehr lange, weil ein Patienten plötzlich aus dem Koma erwache, weil Schwierigkeiten beim Zuführen der Medikamente entstehen können, oder weil Patienten vor der Verabreichung der gesamten Menge eines Medikamentes einschliefen.³⁹¹

³⁸⁷ Onwuteaka-Philipsen, BD et al. „Dutch experience of monitoring euthanasia“, British Medical Journal 2005; 331: 691–3.

³⁸⁸ Wesley J. Smith. „Forced exit“, Dallas 2003. p 111.

³⁸⁹ Emanuel E.J. et al. „Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers.“ Annals of Internal Medicine. 2000; 132: 451-9.

³⁹⁰ Der Grund der Heiligkeit des Lebens ist hier ausschließlich der Vollständigkeit halber mit angeführt.

³⁹¹ Groenewoud JH et al. „Clinical problems with the performance of euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands“, New England Journal of Medicine 2000; 342: 551-6.

4.4 Palliativmedizin in Kanada

Eine aktuelle Studie aus dem Jahre 2007³⁹², die unter 379 Befragten durchgeführt wurde, die palliativ aufgrund einer schweren Krebserkrankung versorgt wurden, hat herausgefunden, dass 63% der Patienten die Idee von einem Arzt beim Suizid unterstützt zu werden, befürworten. Tatsächlich in Anspruch nehmen würden es aber dann lediglich 6% dieser Gruppe, da es bislang noch nicht hinreichend Sicherheit auf dem Gebiet gebe. Durchaus zu erkennen ist an dieser Stelle aber bereits, dass auch eine gute palliative Versorgung den Wunsch zu sterben nicht ausschließt. Allerdings müssen eine Reihe von persönlichen Gründen hinzukommen, um auch auf diese Hilfe in der Praxis zurückzugreifen. Der Studie nach sind ein niedriges Religionsbewusstsein, die starke Beeinträchtigung funktioneller körperlicher Funktionen, Depressionen und eine gesteigerte, durch die Krankheit hervorgerufene Qual, Faktoren, die mitverantwortlich sind, dass auch palliativ versorgte Personen den Wunsch äußern, mit ärztlicher Hilfe, zu sterben. Somit steht fest, dass Schmerz nicht der alleinige Grund für den Sterbewunsch ist, sondern noch eine Reihe anderer Gründe hinzukommen. Dies beweist, dass das allgemeine Bild der Öffentlichkeit, dass Schmerz alleiniger Grund für den Wunsch zu sterben ist, nicht zutrifft, sondern die getroffenen Erwägungen eine Entscheidung am Lebensende zu treffen, wesentlich komplexer sind.

Wie wichtig der Faktor Zeit bei Entscheidungen am Lebensende ist, zeigt die Statistik dadurch, dass 10% der Befragten in einem früheren Stadium ihrer Krankheit um die Hilfe beim Sterben gebeten hätten, wenn dieses zu der Zeit möglich gewesen wäre. Im aktuellen Verlauf ihrer Krankheit würden sie sich nun gegen eine Beendigung des Lebens entscheiden. Es lässt sich daher feststellen, dass ein zwingend in die Diskussion mit einzubringender Faktor die Zeit und der Verlauf der Krankheit ist sowie das Abfinden mit der Situation. Denn auch unter den angegebenen 10% kam es in vielen Fällen nie zu einer Verbesserung des Zustandes, lediglich der Prozess des Auseinandersetzens mit der Krankheit brachte den

³⁹² K.G. Wilson et al. „Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care.“ in Health Psychology. Vol 26(3), May 2007, 314-323.

Entschluss, von dem eigentlichen Sterbewunsch Abstand zu nehmen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Palliativmedizin in Kanada, ähnlich wie bei den Länderbetrachtungen zuvor, nicht die aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende ersetzen kann, dieses aber auch nicht will. Die kanadische Studie hat ergeben, dass eine umfassende Unterstützung im Leidensprozess bei einem Teil der Befragten dazu führen kann, dass sie von dem Sterbewunsch Abstand nehmen und sich mit ihrer Situation abfinden. Demnach würde es helfen, Leben zu fördern, auch in einem Zustand der palliativen Betreuung, anstatt es durch eine Legalisierung von ärztlich assistiertem Suizid zu einer Entscheidung zu drängen, die im Nachhinein als individuell falsch getroffen erscheint, aber anhand ihrer Irreversibilität nicht mehr diskutiert werden kann.

4.5 Ergebnis

Die Diskrepanz zwischen der offensichtlichen Annäherung der Standesorganisation der Ärzte und dem Denken der Ärzte selbst, über die Rolle des Arztes bei Entscheidungen am Lebensende, ist auffällig. So kommen beide überein, dass es durchaus Situationen geben kann, in denen ein Mensch zu Recht um die Beendigung seines Lebens bitten kann, Unterschiede werden aber daraufhin in der Zuständigkeit gemacht, wer diesem Wunsch entsprechen soll. Die CMA sieht den Arzt als durchaus geeignete ausführende Person an, aufgrund seiner fundierten Kenntnisse über den menschlichen Körper und der Wirkung der eingesetzten Medikamente, Sicherheit zu gewährleisten. Die Ärzte selbst entsprechen dieser Auffassung in der Praxis nicht. Der vermeidliche Punkt, dass dieses mit ihrem Standesrecht und Verhaltenskodex nicht vereinbar ist, ist hierbei nicht maßgebliches Kriterium. Vielmehr spielt ein personenbezogener Hintergrund bezüglich des Glaubens in den meisten Fällen eine Rolle, der durchaus wertbar ist. Nicht zu verwechseln ist dieses mit allgemein religiösen Motivationen, die als Argumente in dieser Arbeit keine Bewertung erfahren.

Es bleibt weiter festzuhalten, dass die Auswertung der Umfrage von Ärzten ergeben hat, dass Ärzte als aktiv ausführende Personen bei Entscheidungen am Lebensende in der Praxis mit einbezogen werden könnten. So sind zwar lediglich 28% der Ärzte bereit zu helfen, diese Zahl

würde aber genügen, um eine potentielle Nachfrage decken zu können. Ein einheitliches Vorgehen ist in der Praxis keine Bedingung, so ist auch in den Niederlanden keine flächendeckende Zustimmung unter den Ärzten vorhanden, wenngleich die ärztliche Zustimmung zur Inanspruchnahme des Arztes bei Entscheidungen am Lebensende deutlich höher ausfällt. Die Zahl der kanadischen Ärzte, die diese Ansicht teilen, erhalten zudem Rückendeckung ihrer Standesorganisation, worin ein Unterschied z.B. zu Deutschland besteht, wo dieses nicht der Fall ist. Diese Unterstützung macht es möglich, zusammenfassend festzuhalten, dass eine Rolle des Arztes in Kanada gebildet wurde, die das ärztliche Handeln auf Sterbewünsche von Patienten positiv beurteilt, wenn die Voraussetzung erfüllt ist, dass dieses einer gesicherten gesetzlichen Grundlage entsprechen würde.

5. Gesellschaftlicher Umgang

Der Wunsch zu sterben durch die Inanspruchnahme der Hilfe einer anderen Person liegt in der kanadischen Bevölkerung nicht allein darin begründet, bei einer ausweglosen Erkrankung keine Schmerzen ertragen zu müssen. Eine Vielzahl anderer Gründe kommen zudem in Betracht. Weiter können klinische Depressionen³⁹³ Grund für den Sterbewunsch sein sowie das Aufrechterhalten der Kontrolle über seinen eigenen Körper³⁹⁴, die Angst davor, in eine Abhängigkeit zu geraten oder als Last angesehen zu werden^{395 396}.

Die Zustimmung der kanadischen Bevölkerung zur freien Entscheidungen einer Person am Lebensende über die Art und Weise seines Todes ist sehr eindeutig. So erklären mehr als 75% der Öffentlichkeit, dass sie für den

³⁹³ Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Mowchun N., Lander S., Levitt M., et al. „Desire for death in the terminally ill“. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1185 -91.

³⁹⁴ Ogden R, „Euthanasia, assisted suicide and AIDS. Vancouver: Perrault/Goedman Publishing, 1994: 58.

³⁹⁵ Emanuel E.J., Fairclough D.L., Daniels E.R., Clarridge B.R., „Euthanasia and physician-assisted suicide - attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public“ *Lancet* 1996; 346:1850 -10.

³⁹⁶ Im Gesamtzusammenhang hierzu neuer zu finden in: Kluge, Eike-Henner W. (2000), "Assisted Suicide, Ethics and the Law: The Implication of Autonomy and Respect for Persons, Equality and Justice, and Beneficence.", in Prado, C.G., *Assisted Suicide: Canadian Perspectives*, Ottawa, Canada: University of Ottawa Press

ärztlich assistierten Suizid als Reaktion auf den Sterbewunsch eines Patienten sind, wenn dieser kaum Aussicht hat von seiner Krankheit geheilt zu werden.³⁹⁷

Im Folgenden werden diese Zahlen durch eine exakte Fragestellung allerdings revidiert. Diese Statistik ist das Ergebnis einer aktuellen Befragung von 991 Personen. Zu den Zahlen sei angemerkt, dass die Gruppe, die keine Meinung zum Thema hatte, und mit „ich weiß nicht“ geantwortet hat, oder die Antwort verweigerte, zu der Gruppe von „Das ist falsch“ Antworten gerechnet wurde, da das Bild der Unentschlossenheit als Zeichen einer negativen Haltung gewertet wurde. Die Umfrage unterschied durch die Fragestellung die verschiedenen Arten, Entscheidungen am Lebensende zu treffen, von Euthanasie über den assistierten Suizid bis hin zum Behandlungsabbruch bzw. dessen Verweigerung und der Inkaufnahme des Todes. Folgende Ergebnisse haben sich herausgestellt:

Euthanasie:

Eine im Sterben befindliche Person fragt ihren Arzt, ob er ihr eine tödliche Injektion geben kann, weil er die Schmerzen nicht mehr aushalten kann. Der Arzt stimmt diesem zu, wodurch der Tod der Person resultiert.³⁹⁸

Das ist richtig: **798 (79,7%)**

Das ist falsch: **193 (20,3%)**

Assistierter Suizid:

Ein Arzt gibt einer terminal kranken Person ein Mittel mit dem sie sich selbst umbringen kann.³⁹⁹

Das ist richtig: **278 (28,1%)**

Das ist falsch: **713 (71,9%)**

³⁹⁷ Singer P., Choudhry S., Armstring J., Meslin E.M., Lowy F., „Public opinion regarding end-of-life decisions: influence of prognosis, practice and process“, in *Social Science Medicine* 1995; 41:1517-21.

³⁹⁸ „A dying person asks his doctor to give him a lethal injection because he can no longer stand suffering from his illness. The doctor agrees and this causes the patient’s death“.

³⁹⁹ „A doctor gives a terminally ill person medication the person can take to kill himself“.

Behandlung zurückziehen:

Auf die Bitte eines Patienten entsprechend trennt der Arzt diesen von der Maschine die ihm am Leben hält, wie z.B. einer Lungenmaschine.⁴⁰⁰

Das ist richtig: 335 (34,0%)

Das ist falsch: **656 (66,0%)**

Behandlung zurückziehen:

Auf die Bitte eines Patienten hin verzichtet ein Arzt auf die das Leben verlängernde Weiterbehandlung des Patienten.⁴⁰¹

Das ist richtig: **618 (61,9%)**

Das ist falsch: 373 (38,1%)

Indirekter Tod:

Ein Arzt verabreicht einem Patienten Medikamente, die sein Leiden mindern, aber gleichzeitig seinen Tod beschleunigen.⁴⁰²

Das ist richtig: **508 (51,2%)**

Das ist falsch: 483 (48,8%)

Die folgende Umfrage überprüft die Fähigkeit der Bevölkerung, zwischen Euthanasie und anderen Entscheidungen am Lebensende zu unterscheiden (Gesamtbefragte: 940 Personen). Die Angaben zu „akzeptabel“ und „inakzeptabel“ geben an, inwieweit die Befragten zustimmend oder ablehnend reagieren, zum Wortverständnis und zur Unterscheidbarkeit zwischen den einzelnen Arten der Entscheidungen am Lebensende und ob eine Änderung hinsichtlich neuer Klarheit geschaffen werden sollte:⁴⁰³

⁴⁰⁰ “At the request of a patient, a doctor disconnects machines which keep the person alive, for example, an artificial lung”.

⁴⁰¹ “At the request of a patient, a doctor respects the person’s decision to refuse treatment which would prolong his life”.

⁴⁰² “A doctor gives a dying person drugs to relieve his suffering, but the drugs hasten his death”.

⁴⁰³ Marcoux I.; Mishara B.L.; Durand C. „Confusions between Euthanasia and other End-Of-Life Decisions“, CJPH Mai/Juni 2007 Vol. 98 Nr. 3.

Euthanasie	Anzahl	Akzeptabel	Inakzeptabel
Korrektes Wortverständnis	789	77%	23%
Inkorrektes Wortverständnis	172	57%	43%
Assistierter Suizid			
Unterscheidbar von Euthanasie	264	69%	31%
Verwirrend zu Euthanasie	676	75%	25%
Behandlungsabbruch			
Unterscheidbar von Euthanasie	321	65%	35%
Verwirrend zu Euthanasie	619	78%	22%
Inkaufnahme des Todes			
Unterscheidbar von Euthanasie	490	71%	29%
Verwirrend zu Euthanasie	450	76%	24%

Die Studie liefert im Ergebnis zum einen dahingehend Klarheit, dass in der Bevölkerung ein Unverständnis der Begriffe, Euthanasie, assistierter Suizid oder indirekt beeinflusstes Sterben besteht.⁴⁰⁴ Die Art der Entscheidungen am Lebensende ist vielfältig wie somit auch undurchsichtig für größte Teile der Bevölkerung.⁴⁰⁵ Gerade die Unterscheidung der in Kanada nicht rechtmäßigen Hilfe beim Suizid durch einen Arzt und das aktive Handeln auf Wunsch eines Patienten hin, ist für die Bevölkerung nicht offensichtlich zu erkennen, da keine Informationen über das Vorgehen in der Praxis bestehen und somit auch keine Informationen welche Handlung zu welcher Konsequenz führt. Ähnlich verhält es sich bei der Unterscheidung von aktivem Handeln gemäß des Sterbewunsches eines Patienten und dem in Kauf genommenen Tod bei ursprünglich beabsichtigter Leidensminderung.⁴⁰⁶ Dieses Teilergebnis hätte

⁴⁰⁴ So auch Somerville M. „Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-assisted Suicide.“ Montreal, QC: McGill-Queen’s University Press, 2001.

⁴⁰⁵ Vgl. Silveira M.J., DiPiero A., Gerrity M.S., Feudtner C. „Patients’ knowledge of options at the end of life: Ignorance in the face of death.“ JAMA 2000; 284:2483-88; sowie auch weiter dazu Gallagher R. „Using a trade-show format to educate the public about death and survey public knowledge and needs about issues surrounding death and dying“. J Pain Symptom Manage 2001; 21:52-58.

⁴⁰⁶ Z.B. Canadian Medical Association. „Euthanasia and assisted suicide“; Homepage:

auch Konsequenzen für den Rodriguez Fall gehabt, denn die dort getroffene richterliche Entscheidung, im Lichte der gesellschaftlichen Gerechtigkeit, kann unter Berücksichtigung, der in der Bevölkerung vorherrschenden Verwirrung überhaupt kein einheitliches Ergebnis hervorgebracht haben. Dieses verdeutlicht, um an dieser Stelle einen Rückgriff auf das Instrument der ganzheitlichen Gerechtigkeit zu machen, die These, dass Fälle von Entscheidungen am Lebensende, die individuelle Betrachtung der gesellschaftlichen, vorziehen müssten.

Des Weiteren wird deutlich, dass die eigentliche Haltung der kanadischen Bevölkerung zum Thema der aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende, auf Wunsch einer schwerkranken Person, deutlich positiv eingestellt ist. Eine eindeutige Ablehnung besteht allerdings, wenn ein Arzt einem Patienten lediglich die Mittel zum Suizid zur Verfügung stellt. Dieser Art und Weise der Reaktion auf einen Sterbewunsch soll nach Wunsch der Bevölkerung nicht entsprochen werden, sehr wohl aber dem des ärztlich vollzogenen Todes aufgrund des Sterbewunsches eines unheilbar kranken Patienten. Die Bedingungen des Arztes als ausführende Person, wie auch das Vorhandensein einer unheilbaren Krankheit sind aber als Voraussetzung hieran gebunden.

6. Schlussbetrachtung der Landesposition

Beginnend bei dem geschichtlichen Verlauf lässt sich ein Trend für Kanada in allen hier beschriebenen Bereichen wie folgt erkennen. So verstärkten sich im Laufe der Jahre die Bemühungen von Seiten der Politik, aber auch der Rechtsprechung, eine Möglichkeit zu schaffen, mithilfe derer unheilbar kranke Menschen Erfüllung ihres Strebewunsches, durch ärztliches Handeln erhalten können. Besonders trägt aber die Jurisprudenz Kanadas zu diesem Schritt bei, nicht zuletzt auch durch eine Einigkeit im milden Umgang und der Suche nach Rechtfertigungsmöglichkeiten, für die der Hilfe bei der Tötung, assistierenden Person. Dies unterscheidet das Vorgehen von dem politischen Engagement, denn hier muss gesagt werden, dass es in aller Regel stets die Bemühungen ein und desselben politischen Vertreter sind,

die Gesetzesentwürfe ins Parlament einbringen.⁴⁰⁷ Somit kann von einer gestärkten einheitlichen politischen Basis für eine Legalisierung in Kanada noch nicht die Rede sein, eben im Gegensatz zur rechtlichen Sicht. Auch hier gibt es zweifelsfrei andere Auffassungen, aber die herrschende Meinung, gerade im Hinblick auf die herrschende Rechtsprechungsmeinung deutet einen einheitlichen Weg. Dieser Weg ist aber kein bloßes rechtliches Bemühen, um den Umgang mit einem schwierigen Thema verfahrensrechtlich oder materiellrechtlich zu vereinfachen, sondern eine Reaktion auf die Bevölkerungsmeinung, die eindeutig für aktive Reaktionen auf berechnigte Sterbewünsche von Patienten steht. Allerdings fällt hierbei auf, dass die nicht nur länderinterne, sondern mittlerweile globale Diskussion über die Arten von Euthanasie und der Hilfe beim Sterben zu Verwirrungen der Bevölkerung führt. Die kanadische Bevölkerung ist geprägt davon, Verständnis aufzubringen für eventuell bestehende Unterscheidungskriterien oder Handlungsqualitäten. Dieses aufzuklären, kann der Rechtsprechung aufgrund der Komplexität und ihrer in gewissen Maßen „eigenen Sprache“ nicht gelingen, dennoch könnte dies der Ansatzpunkt sein, an dem die Politik ihrer Aufgabe öffentlich Klarheit, für ein einfaches Verständnis und damit einen gesicherten Umgang mit dem Thema, zu schaffen, durch Definitionsarbeit, nachkommen könnte.

Neben der Gesellschaft, der Politik und der Rechtsprechung sind es die Ärzte, die in Kanada direkt zu Beginn der aufkommenden Diskussion als die geeigneten Personen angesehen wurden⁴⁰⁸, die auf Sterbewünsche von Patienten aktiv reagieren sollten. Somit wurde das Thema in Kanada zugleich zum gesundheitsrechtlich relevanten Thema gemacht. Hierbei ist zu prüfen, ob diese in allen drei Ländervergleichen einheitliche Zugehörigkeit zum Gesundheitsrechtssektor überhaupt angebracht erscheint, da gesundheitsrechtliches Arbeiten vom Grundsatz her anders definiert wird als das aktive Reagieren auf Sterbewünsche. Auch wenn ein Arzt in diese Handlung involviert ist, ist fraglich, ob dieses ausreicht, um

⁴⁰⁷ Francine Lalonde ist hier stellvertretend zu nennen. Sie ist Politikerin im „Block Québécois“.

⁴⁰⁸ Bereits die ersten ins Parlament eingebrachten Gesetzesentwürfe (1991 ff.) haben den Arzt in die Verantwortung gezogen. In der Literaturmeinung bestand diese Ansicht aber bereits sogar schon zehn Jahre zuvor.

eine Zugehörigkeit zu dieser „Disziplin“ zu schaffen. Diese Frage ergibt sich auch aus der kanadischen Landesposition und muss im Folgenden detailliert behandelt werden.

Zurück zu der Haltung der kanadischen Ärzte, so bleibt festzuhalten, dass der Großteil dieser den Arzt nicht in der Pflicht eines „Sterbehelfers“ sieht. Dieses wird anhand der bekannten Gründe, die bereits an dieser Stelle in den anderen Ländervergleichen auftauchen, festgemacht, wie der Unvereinbarkeit mit der eigentlichen ärztlichen Profession und dem Standesrecht. Darüber hinaus ist die Rolle der Religion, den Umfragen nach, aber mindestens gleichbedeutend für eine ablehnende Haltung der Ärzte. Dieses ist interessant und eröffnet Fragen einer ganz anderen Diskussionsebene in dem Sinne, in der Art und Weise, ob Säkularismus nicht eigentlich auch eine Religion ist. Auch wenn dieses überspitzt erscheinen mag, so muss im Anschluss an den Ländervergleich eine Auseinandersetzung auch mit diesem Punkt erfolgen. Unabhängig dieser Tatsache, besteht aber bei einem Drittel der Ärzteschaft durchaus Bereitschaft auf berechnete Sterbewünsche von Patienten zu reagieren, aus der Überzeugung heraus, dass dieses Leiden mindert und Autonomie schafft. Diese Ansicht wird durch die Haltung der kanadischen Ärzteorganisation gedeckt. Somit wäre im Falle einer Legalisierung eine ausreichende Grundlage geschaffen, um in der Praxis auf Sterbewünsche reagieren zu können.

Angeführt werden soll an dieser Stelle noch die weitere aktuelle Entwicklung in Kanada in den letzten Jahren. Dieses verdeutlicht noch einmal instruktiv den sich vollziehenden Prozess.

Die letzten Entwicklungen hier im Überblick⁴⁰⁹:

- Dezember 2008 – Stéphan Dufour wurde von der Jury des Supreme Court of Canada freigesprochen, nachdem er seinem Onkel beim Suizid half.
- Mai 2009 – Erneute Gesetzesinitiative von F. Lalonde, Bill C-384, der identisch zum letzten, im September 2008 eingebrachten Gesetzesvorschlag, formuliert war. Der Vorschlag wurde vom Parlament mit 228 zu 59 Stimmen abgelehnt.

⁴⁰⁹ Weiterführend von 2.1 der Landesdarstellung Kanadas.

- Mai 2010 – Peter Fonteece bekannte sich vor Gericht der fahrlässigen Tötung seiner Frau für schuldig, da er es bewusst unterließ, Hilfe zu rufen, nachdem seine Frau einen Suizidversuch mit Tabletten unternahm, an dem sie verstarb. Das Gericht urteilte, dass keine Unterstützung beim Suizid vorliegen würde.
- Juni 2010 – Senator Sharon Carstairs verfasste einen Bericht zur Palliativmedizin in Kanada, auch, um der Euthanasiediskussion entgegenzuwirken.
- November 2010 – Der beschriebene Fall des Robert Latimers kam zu einem Ende. Latimers Strafe wurde vollständig zur Bewährung ausgesetzt.
- Zudem kam es in zurückliegender Zeit zu Anhörungen des Komitees „Dying with Dignity“, welches einen neuen Versuch unternimmt, Euthanasie zu legalisieren. Diese Initiative ist ähnlich angelegt, wie die Versuche des „Bloc Quebecois“, die in zurückliegender Zeit stets keine Zustimmung auf politischer Ebene fanden.⁴¹⁰

Neueste Umfragen aus Kanada zeigen, dass zunehmend Zurückhaltung in der Bevölkerung aufkommt. Der in dieser Arbeit beschriebene Versuch des liberalen Umgangs, besonders in der Region Quebec, führt offensichtlich zu Bedenken. Grundsätzlich ist aber noch eine Mehrheit der Befürworter gegeben. Von 2.025 befragte Kanadiern sprechen sich nach wie vor 59% für Euthanasie aus, in Quebec sind es zehn Prozent mehr. Allerdings liegt dort auch die Zahl der Bedenken bei 75% der Befragten, dass, z.B. ältere Menschen sich dazu genötigt fühlen könnten, Hilfe beim Streben in Anspruch nehmen zu müssen. Die Zahl der befragten Personen mit Bedenken dieser Art im übrigen Land liegt im Vergleich hierzu bei 63%. Dieses mag darauf zurückzuführen sein, dass die Gesetzesinitiativen der letzten Jahre in Quebec dazu beigetragen haben, dass die öffentliche Diskussion ein Meinungsbild mit drohenden Risiken aufgezeigt hat.⁴¹¹ Festzuhalten ist aber, dass auch die aktuellen Entwicklungen, trotz der

⁴¹⁰ Gewarnt wurde diesbezüglich u.a. durch die „Euthanasia Prevention Coalition“, die einen „Dominoeffekt“ für gesamt Kanada befürchtet, falls Quebec Euthanasie legalisieren würde.

⁴¹¹ Umfrage von Environics Research, im Auftrag von Life Canada vom September 2010.

aufkommenden Bedenken, bezüglich der Grenzen der Hilfe beim Sterben, noch immer Zustimmung in der Bevölkerung finden.