

Sterbehilfe und Behandlungsabbruch in Japan

- 1. Einführung**
- 2. Die Rechtslage in Japan**
- 3. Entscheidungen in Japan**
- 4. Kritik an Entscheidungen**
- 5. Ausblick und Aufgaben**

1. Einführung

Durch fortschrittliche Entwicklungen von Verkehr und Nachrichtentechnik schrumpft die Distanz zwischen den Ländern sprunghaft, und die Welt wird noch homogener. Trotzdem: während zum Jahresende in Japan lebhaft Weihnachten gefeiert wird und man beim Silvesterläuten der Glocken an die Stille des Auslöschens irdischer Begierden denkt, begeht Europa sein Christenfest in Stille, und feiert dafür lebhaft zum Beginn des Neuen Jahres mit Feuerwerk und Knallfröschen. So sind Benehmen und Denkart und auch das Rechtsbewusstsein verschieden je nach Religion und Kultur. Zumal die unterschiedlichen Auffassungen, wann menschliches Leben beginnt und wann es endet, stark in der Ausrichtung der damit verbundenen Rechtssysteme reflektiert sind.

In Europa wird bereits der Hirntod als Ende des Menschenlebens, d.h. als der Tod eines Menschen angesehen. In Japan ist ohne vorhergehende Definition des Lebensendes im Jahre 1997 ein Gesetz zur Transplantation von Organen (OTPG) zustande gekommen, durch welches als feste Voraussetzung auch der Hirntod genau wie der Herztod als Tod eines Menschen anerkannt wird. Diese Kompromissentscheidung hat ihren Ursprung in der äußerst starken Emotionalität der Vorstellungen der Japaner vom Tode, d.h. vom Ende eines Menschenlebens.

Andererseits ist in Japan das Interesse und Bewusstsein gegenüber dem Anfang eines Menschenlebens nicht unbedingt stark. Die gesellschaftliche Debatte zum Embryonenschutz in der Präimplantationsdiagnostik (PID) kommt nicht voran, vom japanischen Strafrecht verbotene Abtreibungen werden sogar unter das Gesetz zum Schutze der Mütter ohne Einschränkungen durchgeführt.

Zugleich schreitet in Japan die Überalterung der Gesellschaft schnell voran, und die Probleme der sterbebegleitenden Krankenpflege werden zusammen mit denen der Altenpflege immer drängender. Bisher sind acht Fälle von Sterbehilfe vor Gericht gekommen, und sämtlich als Tötung oder Tötung auf Verlangen abgeurteilt worden, dabei aber sind alle entsprechenden Strafen zur Bewährung ausgesetzt worden. Darunter enthält das Nagoya'er-Urteil vom 22. Dezember 1962 (Nagoya-kôhan kôkeishû 22.12.1962, S. 674) Entscheidungen über die Bedingungen, unter welchen Sterbehilfe zulässig ist, und das Urteil zum Tôkai-Daigaku-Sterbehilfefall von 1995 (Yokohama-chihan 28.3.1995, hanji Nr. 1530, S. 28) trägt vier weitere Richtlinien bei. Beide haben auf viele beteiligte Stellen als Anleitung zur Zulässigkeit von Sterbehilfe Einfluss gehabt, doch weil diese

Bedingungen gar zu streng sind, wird auch davon gesprochen, dass hier in der sterbebegleitenden Therapie die Sterbehilfe de facto unterdrückt werde.

Vom Nagoya-Urteil über das Tôkai-Daigaku-Sterbehilfeurteil bis hin zum Urteil im Falle des Krankenhauses Kawasaki-kyôdô-byôin vom 7. Dezember 2009 (Saiketsu 7.12.2009, keishû Band 63, Nr. 11, S. 1899) hat sich das zentrale Problem der japanischen Debatte von der Sterbehilfe zum Tod in Würde hin verschoben.

In dieser Situation nimmt der Arzt, welcher Tag für Tag Kranken im Endstadium sterbebegleitende Therapie oder erste Hilfe leistet, Tag für Tag an seine Therapiehandlungen mit dem Gedanken an die Möglichkeit einer Kriminalstrafe vor, und findet sich verunsichert, unter welchen Bedingungen seine Handlungen denn zulässig seien. Einerseits wird im Namen der Praxis eine Aufstellung von gesetzlichen Regeln und Richtlinien dringend verlangt, andererseits sind Patienten und deren Angehörige sehr besorgt, durch die Aufstellung solcher Gesetze und Richtlinien unter unberechtigten Druck zu geraten.¹

Da es beim Thema Sterbehilfe und Tod in Würde um das wichtige Rechtsgut des menschlichen Lebens geht, sehen sich Juristen mit der Schwierigkeit konfrontiert, Antworten zu finden auf die grundsätzlichen Fragen, wie das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen zu achten und wie die Willensfreiheit zu sichern sei, und ob nicht von vornherein die Wahl des eigenen Sterbens in das Selbstbestimmungsrecht einzubeziehen sei. Das ist die gegenwärtige Lage.

2. Die Rechtslage in Japan

Eine rechtliche Regelung bezüglich der Sterbehilfe gibt es in Japan ebensowenig wie in Schweiz und in Deutschland. Entsprechend werden alle Typen der Sterbehilfe - indirekte Sterbehilfe², passive Sterbehilfe³, aktive Sterbehilfe⁴ - nach dem Allgemeinen Strafgesetzbuch behandelt. Auf die diesbezüglichen Regeln gehe ich gleich noch ein. Charakteristisch ist, dass Selbstmord in Japan wie in Schweiz und in Deutschland nicht bestraft wird, doch Beteiligungshandlungen an Selbstmord, anders als in Deutschland, sehr wohl strafrechtlich verfolgt werden.⁵

jStGB § 35 japanisches StGB [Gesetzmäßige oder berufsrechtliche Handlungen]

Eine Handlung, die den Gesetzen oder den Regeln eines Berufes entspricht, wird nicht bestraft.

jStGB § 199 japanisches StGB [Totschlag (Mord)]

¹ Dagegen Rosenau, Aktive Sterbehilfe, Festschrift für Claus Roxin zum 80. Geburtstag, SS. 577, 588.

² Lebensverkürzung als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Todesfolge einer ärztlich gebotenen schmerzlindernden Maßnahme bei einem Sterbenden.

³ Nichteinleitung oder Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen bei Moribunden, irreversibel Bewusstlosen oder anderen Patienten mit infamster Prognose, bei denen die lebenserhaltende Behandlung das Leiden verlängern würde.

⁴ Vorsätzliche, zielgerichtete Beendigung menschlichen Lebens durch aktives Tun.

⁵ Vgl. Tag, Organisierte Sterbehilfe und Suizidbeihilfe: Neue Tendenzen und Entwicklungen im Vergleich, in: Legal studies in global era : legal issues beyond the borders, 2011, S.57ff. (in Japan) ; Schwarzenegger, Selbstsüchtige Beweggründen in der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord in Schweiz, The Journal of law and economics, Band.12, Heft.2, 2008, S.320ff. (in Japan)

Wer einen Menschen tötet (ermordet), wird mit dem Tode oder mit Freiheitsstrafe von drei Jahren bis lebenslänglich bestraft.

jStGB § 202 japanisches StGB [Beteiligung an der Selbsttötung eines anderen; Tötung mit Zustimmung]

Wer einen Menschen zur Selbsttötung anstiftet oder ihm bei der Selbsttötung Beihilfe leistet, oder wer einen Menschen auf dessen Verlangen oder mit dessen Einwilligung tötet, wird mit Freiheitsstrafe zwischen sechs Monaten und sieben Jahren bestraft.

jStGB § 218 japanisches StGB [Unterlassene Hilfeleistung durch besonders Verpflichteten]

Unterlässt ein Verantwortlicher, einem alten Menschen, einem kleinen Kind, einem Behinderten oder einem Kranken pflichtgemäß zu helfen, indem er diese Person entweder im Stich lässt oder bei Lebensgefahr nicht eingreift, so wird er mit Freiheitsstrafe zwischen drei Monaten und fünf Jahren bestraft.

Was nun die ärztliche Behandlung angeht: Gesteht man dem Kranken das Recht zu, ärztliche Behandlung zu einer überflüssigen Verlängerung seines Lebens abzulehnen, so muss man auch die Einstellung solcher ärztlichen Behandlung stärker anerkennen, als es in der ärztlichen Praxis bisher geschehen ist. Solches wird etwa im Bericht des Sonderkomitees des Japanischen Forschungsrates für Tod und ärztliche Behandlung im Jahre 1994 festgestellt.⁶ Vor diesem Hintergrund wird sowohl im „Bericht, wie sich Ärzte bei der Hilfe in der Sterbestunde zu verhalten haben“ von 1992 als auch im „Bericht über den würdigen Tod“ von 1994 bestätigt, dass die Selbstbestimmung des Kranken zu achten sei, wobei die Einwilligung der Familie ausreiche, wenn der Kranke seinen Willen nicht bestätigen kann. Allerdings erkennen beide Schriften aktive Sterbehilfe nicht an. Diese Haltung entspricht den Grundsätzen der deutschen Bundesärztekammer von 1998, nach denen allein die passive oder indirekte Sterbehilfe anerkannt wird, nicht aber die aktive.⁷

3. Entscheidungen in Japan

In Japan gibt es zur Sterbehilfe bisher Entscheidungen in acht Fällen. Bei allen handelt es sich um Fälle von aktiver Sterbehilfe, die jeweils als Tötungsvergehen beziehungsweise als Tötung auf Verlangen bestraft wurde, wobei die Strafe jeweils zur Bewährung ausgesetzt wurde.

Im Nagoya-Fall von 1962⁸ willigte der Sohn eines infolge einer Gehirnblutung zusammengebrochenen und paralysierten Vaters in dessen Wunsch ein, ihn sterben lassen. In der Entscheidung wurden damals für aktive Sterbehilfe die folgenden Kriterien aufgestellt:

- Der Patient leidet an einer unheilbaren Krankheit, zusätzlich steht sein Tod unmittelbar bevor.
- Die körperlichen Schmerzen des Patienten müssen derart beschaffen sein, dass mehrere andere Personen den Anblick nicht ertragen können.

⁶ Machino, Jurisuto (juristische Zeitung), Nr. 1072, S.108.

⁷ Ueda, in: Idenshikogaku-jidai ni okeru semiei-rinri to ho (Recht und Ethik im Zeitalter der Gentechnik), 2003, S. 148.

⁸ Ko-keishu (Sammlung von Entscheidungen der Oberlandesgerichte in Strafsachen), Bd. 15, Heft 9, S. 674.

- Die Tat muss hauptsächlich das Ziel haben, die Todesqualen des Kranken zu mildern.
- Sofern der Kranke seinen Willen noch klar äußern kann, muss die Tat auf Verlangen des Kranken oder nach dessen ernsthafter Einwilligung erfolgen.
- Die Maßnahme muss grundsätzlich von einem Arzt durchgeführt werden, und wenn das nicht möglich ist, müssen ausreichend besondere Umstände vorliegen.
- Die Methode der Tötung muss dem allgemeinen Sittlichkeitsgefühl als angemessen erscheinen.

Im Nagoya-Fall wurde eine Strafe gemäß jStGB § 202 verhängt, mit der Begründung, dass die letzten beiden Bedingungen nicht erfüllt seien.

Im Tokai-daigaku-Fall von 1995⁹ hatte ein Arzt einem von ihm betreuten bewusstlosen Kranken, der an einem multiplen Knochenmarktumor litt, auf das flehentliche Bitten von dessen Familie das Atemgerät abgeschaltet, ihm Medikamente gespritzt, und als sich der Zustand des Kranken nicht änderte, ihm auf starkes Drängen des Sohnes dazu noch mehrere andere Medikamente (Kaliumchlorid) gespritzt und so den Tod herbeigeführt. Dieser Fall fand Beachtung, weil hier zum ersten Male in Japan Sterbehilfe-Handlungen eines Arztes diskutiert wurden.

Die Staatsanwaltschaft klagte den Arzt wegen Totschlags an und das Gericht verurteilte ihn zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren, bei 2 Jahren Bewährungsfrist. Das Gericht fügte die folgenden vier Bedingungen hinzu, unter denen die Tötungshandlung eines Arztes am Todkranken als aktive Sterbehilfe zulässig sei:

- Der Patient muss an heftigen und unerträglichen körperlichen Schmerzen leiden.
- Sein Tod ist unabwendbar und steht unmittelbar bevor.
- Alle Mittel zur Beseitigung oder Eindämmung der Schmerzen des Kranken müssen ausgeschöpft sein, alternative Behandlungsmaßnahmen dürfen nicht vorhanden sein.
- Die deutliche Willensäußerung des Kranken zu lebensverkürzenden Maßnahmen liegt vor.

Im Tokai-daigaku-Fall hatte der Kranke bereits das Bewusstsein verloren und konnte nichts mehr zu körperlichen Schmerzen sagen. Entsprechend sind die letzten beiden Bedingungen (keine alternativen Behandlungsmaßnahmen, deutliche Willensäußerung des Kranken) als nicht erfüllt angesehen worden.

Was die erste Bedingung angeht, so sind das Vorhandensein und die Intensität psychischen Leidens immer nur aus subjektiven Klagen zu ersehen und deshalb von den Sterbehilfe-Bedingungen ausgenommen.

Die zweite Bedingung besagt, dass eine weit kritischere Lage vorliegen müsse als für indirekte Sterbehilfe.

Die dritte Bedingung lautet, dass für Sterbehilfe das Prinzip eines Notstandes und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als Grund benötigt werden.

⁹ Hanrei-jiho (Rechtsprechungszeitung), Nr. 1530, S. 28.

In der vierten Bedingung wird passive Sterbehilfe als Abbruch der ärztlichen Versorgungshandlung angesehen. Indirekte Sterbehilfe gehört in den Bereich der ärztlichen Versorgungshandlung und bedarf des Selbstbestimmungsrechts als Grund; und weil es zur ärztlichen Versorgungshandlung gehört, soll hiernach der mutmaßliche Wille des Patienten ausreichen.

Im Nagoya-Fall wurde verlangt, dass die Handlungen zur Ausführung aktiver Sterbehilfe grundsätzlich durch einen Arzt erfolgen müssen, im Tokai-daigaku-Urteil hingegen wurde diese Bedingung durch die dritte ersetzt. Die dritte und die sechste Bedingung des Nagoya-Falles werden als selbstverständlich und überflüssig (da der Arzt Subjekt der Handlung sei) beurteilt.¹⁰ Als Gründe, die zu aktiven Sterbehilfe berechtigen, werden die folgenden anerkannt: Das Gesetzesprinzip eines Notstandes, der, da es keine Behandlungsalternative zur Beseitigung der Schmerzen mehr gibt, es zulässig macht, das Leben zu opfern, sowie die Theorie des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, demzufolge diese Entscheidung der Selbstbestimmung des Patienten überlassen ist.

Im Fall des Kawasaki-Krankenhauses nun, wo es weniger um Sterbehilfe als um den Abbruch von Therapiehandlungen geht, ist 2007 vom höheren Gericht folgendes Urteil gefällt worden (Tôkyô-kohan 28.2.2007, Hanrei Times Nr. 1237, S. 153). Hier hatte die Ärztin einem im Koma befindlichen Patienten mit dem Ziel, einen natürlichen Tod herbeizuführen, die tracheale Intubation entfernt, danach ein Muskelrelaxans injiziert und so den Tod verursacht. Dass eine Legalität des Behandlungsabbruchs darauf gründe, welche Grenzen dem Selbstbestimmungsrecht des Kranken und der Therapiepflicht des Arztes gesetzt seien, könne im vorliegenden Falle keine Lösung herbeiführen, da einerseits der Kranke seinen Willen bezüglich eines Behandlungsabbruchs nicht klar bestimmt habe, andererseits nicht bestätigt sei, dass der Tod bevorstanden habe, und also auch die Grenzen der Therapiepflicht nicht erörtert werden könnten. Es treffe hier nicht zu, dass ‚unwiderruflich der Tod bevorstanden‘ habe, und man nahm den Rahmen des Urteils der unteren Instanz an, ein Wille zum Behandlungsabbruch sei nicht klar gewesen.¹¹ Diese erste Instanz, nämlich das Urteil des Landgerichts Yokohama von 2005 (Yokohama chisai 25.3.2005, Han'yû Nr.1185, S.114), war abhängig gewesen von der theoretischen Grundlage des vom selben Gericht gefällten Urteils zum Fall Tokai-Daigaku. - Der Oberste Gerichtshof in 2009 hielt sich nun weder an die erste Instanz, die als Vorbedingung für Zulässigkeit eines Behandlungsabbruchs, gerade wie im Falle Tokai-Daigaku, das Selbstbestimmungsrecht des Kranken und die Grenze der Therapiepflicht des Arztes herangezogen hatte, noch an das höhere Gericht, welches diese Maßstäbe als nicht allgemein anerkannt eingestuft hatte. Da allerdings zum Zeitpunkt der Entfernung der Intubation ohne vorhergehende eingehende Untersuchung 1. ein zulängliches Urteil über Erholungsmöglichkeit und verbliebene Lebensdauer des Kranken nicht möglich gewesen sei

¹⁰ Dagegen, Kai, Hogaku-kyoshitsu (juristische Zeitung), Nr. 178, S. 43.

¹¹ In zweiter Instanz wurde jedoch aufgrund der Tatsachenfeststellung, es habe unbestreitbar eine Forderung der Familie vorgelegen, die Strafzumessung der unteren Instanz, welche das bestritten hatte, als unberechtigt aufgehoben. Zu kritischer Auslegung dieses Urteils siehe Ida „Shûmatsuki iryô to keihô“ (todesbegleitende Krankenpflege und Strafrecht), Jurisuto Nr. 1339, S. 39; Tatsui „Chiryô chûshi to satsujinzaishi no seihi“ (Behandlungsabbruch und Mord), Jûyô hanrei kaisetsu 2007, S. 1.

und 2. die Intubationsentfernung aufgrund des Verlangens der Familie stattgefunden habe, welche den Glauben an eine Erholung des (im Koma befindlichen) Kranken aufgegeben hatte, dieses Verlangen aber unter den gegebenen Umständen nicht auf eine Mitteilung angemessener Informationen über den Krankheitszustand des Opfers hin erfolgt und die Entfernung also auf keinen mutmaßlichen Willen des Opfers zurückgegangen sei, wurde der Angeklagte wie in erster und zweiter Instanz schuldig gesprochen.

4. Kritik und Überprüfung der Entscheidungen

(1) Sterbehilfe

Der Urteilsspruch im Tokai-daigaku-Fall rückte das Selbstbestimmungsrecht des Kranken ins Zentrum des Sterbehilfeproblems, das Problem des Sterbens in Würde und der Sterbehilfe wurde grundlegend überprüft, die Standpunkte von Krankem, Familie und Arzt wurden bedacht, und Kriterien, nach denen Sterbehilfe zulässig wird, wurden aufgestellt. Das Gericht kam zu dem Schluss, dass im vorliegenden Fall diese Kriterien nicht erfüllt waren.

Erstens: Der vorliegende Urteilsspruch im Tokai-daigaku-Fall sieht in der vierten Bedingung das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als berechtigten Grund an, weicht hierbei vom Nagoya-Fall ab und verlangt für Sterbehilfe eine deutliche Meinungsäußerung. Um den Einzelnen vor Handlungen zu schützen, die die Unantastbarkeit des Lebens verletzen, um Missbrauch und abweichende Anwendung der Sterbehilfe zu vermeiden, sowie um das Vertrauen der Staatsbürger in die ärztliche Versorgung am Lebensende zu erhalten, ist diese Bedingung nach in Japan allgemeiner Auffassung unentbehrlich. Ohne dies, nur mit mutmaßlicher Zustimmung, kommt ein Tötungsdelikt nicht nach jStGB 202, aber nach jStGB § 199 zustande, und die Rechtfertigung wird noch schwieriger.¹²

Zweitens nimmt dieses Urteil in der ersten Bedingung psychische Leidenszustände von den Bedingungen zur Anerkennung als Sterbehilfe aus und schränkt sie auf körperliche Schmerzen ein; dies erscheint unstrittig. Auch psychische Leiden sind für den Patienten aber keineswegs leicht erträglich. Doch wie auch die Entscheidung gezeigt hat, würde die Rechtssicherheit verletzt, wenn man psychisches Leiden grundsätzlich ausreichen ließe.

Drittens hat dieses Urteil dem Urteil von Nagoya, in dessen fünfter und sechster Bedingung - Durchführung der Sterbehilfe durch einen Arzt und sittliche Angemessenheit der Tötungsmethode - Korrekturen hinzugefügt, indem es an Stelle dieser beiden die Bedingung aufstellt, dass „keine alternative Behandlung in Sicht“ sei. Doch liegt die Frage nahe, wie weit in solchen Fällen die Handlungen des Arztes zulässig sind, und wenn jede Methode zulässig ist, ob dann nicht die Bedingung, der Durchführende müsse ein Arzt sein, überflüssig ist. Angesichts des Fortschritts in

¹² Kai, a.a.O., S. 42. Doch äußert Kai den Zweifel, in diesem Urteilsspruch sei die im Nagoya-Fall gezeigte Bedingung des „ernsthaften Auftrags oder Einwilligung“ gelockert worden.

der schmerzstillenden Behandlung liegt zudem die Annahme nahe, es könnte bald doch ‚alternative Behandlungsmethoden‘ geben.¹³ Entsprechende Kritik ist in Japan bereits laut geworden.¹⁴

Viertens erörtert das Tokai-daigaku-Urteil zuerst Sinn und Bedingung des Sterbens in Würde und unterscheidet und untersucht danach diese drei Arten von Sterbehilfe.¹⁵ Doch stellt sich die Frage,¹⁶ ob sich Fälle passiver Sterbehilfe, nämlich Tod des Patienten durch Abbrechen der ärztlichen Behandlung, überhaupt trennen lassen von Fällen, in denen die Dosis der Medizin zur Abwendung von Schmerzen nach und nach erhöht wird und zuletzt die tödliche Dosis überschreitet, oder auch von solchen, in denen durch schmerzstillende Behandlung das Bewusstsein des Patienten unwiederbringlich verlorengeht und einige Tage darauf der Tod eintritt. Wenn man nämlich davon ausgeht, dass es zwischen diesen keinen grundsätzlichen Unterschied gibt, spielt die Anerkennung früherer Willensäußerungen des Patienten auch bei der aktiven Sterbehilfe eine noch größere Rolle.¹⁷

Zuletzt nun zur Begründung der Rechtfertigung der Sterbehilfe. Dieses Urteil führt als Gründe für die Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe an, es seien „zuvor alle möglichen Mittel zur Beseitigung oder Eindämmung der Schmerzen des Patienten ausgeschöpft [worden] und alternative Behandlungsmöglichkeiten bestünden nicht“, d.h. den Grundsatz des Notstandes, nach dem es zulässig sei, das Opfer des Lebens (sich für das Leben als geschütztes Rechtsgut zu entscheiden) zu wählen, und das Selbstbestimmungsrecht, demzufolge diese Wahl der Selbstbestimmung des Kranken obliege. In Japan wird (I) aufgrund von jStGB § 35 bzw. von übergesetzlichen Rechtfertigungsgründen mehrheitlich auf Rechtfertigungsgründe verwiesen. Dagegen stehen die Auffassungen, (II) Sterbehilfe sei unbedingt rechtswidrig, und falls es an der Zumutbarkeit fehlt, sei Sterbehilfe als Schuldausschließungsgrund zu verstehen. Wenn man im Gegensatz dazu das Selbstbestimmungsrecht über das Leben anerkennt, sei (III) Sterbehilfe als Ausübung des Rechts zur Selbsttötung gerechtfertigt,¹⁸ bzw. durch die Theorie vom rechtsfreien Raum zu rechtfertigen, wobei der Wille des Patienten wichtig genommen wird.¹⁹

Gegenüber der Auffassung (III) gibt es Kritik, dass die Verfassung ein ‚Recht auf Leben‘ enthalte, ein ‚Recht auf Sterben‘ aber nicht existiere, und dass Tötung zur Schmerzvermeidung ein theoretisches Paradox sei.²⁰ Auch das Tokai-daigaku-Urteil geht nicht so weit, ein ‚Recht auf Sterben‘ anzuerkennen, sondern nur eine „Art, dem Tode zu begegnen“, ein ‚Recht, den Verlauf zu wählen, der zum Tode führt‘. Hinzu kommen Zweifel an der Ansicht (I), etwa wegen der Problematik der freien Wahl bei der Selbstbestimmung, der Gefahr des Missbrauchs, des oft

¹³ Aus diesen Gründen wird gegenwärtig nicht die Sterbehilfe zum Problem gemacht, sondern das Abbrechen von Therapiehandlungen rückt ins Zentrum der Debatte.

¹⁴ Vgl. Tadaki, Aktive Sterbehilfe und palliativmedizin, Festschrift für Keiichi Yamanaka zum 70. Geburtstag, 2017(im Erscheinen).

¹⁵ Kai, a.a.O., S. 41.

¹⁶ Saeki, Hanrei-hyakusen (Rechtssprechungszeitung), AT. 5. Aufl., S. 43,

¹⁷ Saeki, a.a.O., S. 43, vgl. Fukuda, Jiyu-to-seigi (Freiheit und Gerechtigkeit), Bd. 34, Heft 7, S. 54.

¹⁸ Fukuda, a.a.O., S. 54.

¹⁹ Ueda, a.a.O., S. 172.

²⁰ Kai, a.a.O., S. 44.

erwähnten „Dammbruchs“, der „schiefen Ebene“ oder „Abwärtsspirale“, der Vernachlässigung der Pflege in der medizinischen Behandlung am Lebensende,²¹ des Verstoßes gegen ärztliches Selbstverständnis,²² oder weil das Selbstbestimmungsrecht von dem schwachen Standpunkt des Patienten aus (vor dem stärkeren des Arztes) auszuüben sei, und weil trotz aller Gründe das Abbrechen des Lebens illegal sei. Handlungen, die das Leben, welches ja einen absoluten Wert darstellt, verletzen, sind ja schließlich auch in symbolischem Sinne unvermeidlich rechtswidrig. Diesem Gedanken zufolge bliebe der Schuldausschluss als einzige Möglichkeit. Nur hat in Japan das Gericht einen Schuldausschluss aufgrund von Zumutbarkeitserwägungen grundsätzlich nicht anerkannt. Entsprechend sind Zweifel unausweichlich, wie weit ein solches Verständnis in einem tatsächlichen Prozess zum Tragen kommt.²³

(2) Abbrechen von Behandlungen

Im Sterbehilfefall Tokai-Daigaku hatte der Behandlungsabbruch beruht auf der Theorie vom Selbstbestimmungsrecht und auf den Grenzen der ärztlichen Therapiepflicht, wofür als Vorbedingungen angenommen wurden 1. ein Endstadium, in dem ein von unheilbarer Krankheit Befallener ohne Aussicht auf Erholung unvermeidlich sterben müsse und 2. dass zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs der Wille des Betroffenen vorliege, der nach solchem Abbruch verlange (wobei allerdings in Ermangelung an klaren Willensäußerungen ein vermuteter Willen ausreiche, welcher aus vorhergehenden schriftlichen Feststellungen oder aus dem Willen der Familie vermutet werden kann). (Bei Abnehmen einer Tropfinfusion und dergleichen fehlt es an der zweiten Bedingung.)

Wie oben dargelegt, hat der Oberste Gerichtshof im Kawasaki-Fall die beiden Bedingungen des Verlustes verbliebener Lebensdauer und Erholungsmöglichkeit einerseits und des mutmaßlichem Willen des Kranken andererseits für die Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs herangezogen. Diesen Behandlungsabbruch hat es aber nicht anerkannt, da nicht klar gewesen sei, ob der Tod wirklich bevorstanden habe und wirklich keine Erholungsmöglichkeit vorgelegen habe, und befunden, dass ein mutmaßlicher Wille auch nicht anzuerkennen sei, da für einen solchen die Forderungen der Familie auf angemessene Erklärungen zum Krankheitszustand hätten zurückgehen müssen. Es sei allerdings unklar, in welchem Verhältnis diese beiden Bedingungen zueinander stünden, d.h. ob eine davon schon zur Rechtfertigung ausreiche und welche das sei. Zur ersten Bedingung sei nicht klar, auf welcher Stufe man sagen könne, es lägen weder verbliebene Lebensdauer noch Erholungsmöglichkeiten vor, ob ein Abbruch von Therapiehandlungen auch dann möglich sei, wenn noch Therapiemöglichkeiten vorhanden seien, und letzten Endes, wie man

²¹ Nakayama, Anrakushi to Songenshi (Euthanasie und würdiger Tod), 2000, S. 97, 154. Doch vertritt Nakayama die Ansicht, dieses Problem sei in einer Debatte zum Dringlichkeitsvorwurf je nach konkretem Fall zu lösen.

²² Wolfslast, in: Strafrecht-Biorecht-Rechtsphilosophie, 2003, S. 924.

²³ Nach minder Meinung in Japan wird indirekte Sterbehilfe als Problem von jStGB § 202 behandelt und durch die Theorie von der Einwilligung des Opfers und Notstand (Umwandlungstheorie des überlegenen Vorteils) gerechtfertigt.

jStGB § 202 regulieren solle, nach dem auch bei Anwendung des Selbstbestimmungsrechtes Teilnahme strafbar sei.²⁴ Bei der Zweiten hätte man sich in Präzedenzfällen daran gehalten, die Beurteilung des Willens zum Behandlungsabbruch gehe nicht auf vertretungsweise Zustimmung der Familie, sondern auf mutmaßlichen Willen des Betroffenen selbst zurück, doch müsse man nun konkrete Inhalte klären, Willkür der Familie ausschließen und festsetzen, wie weit der Begriff Familie zu fassen sei.²⁵

5. Ausblick und Aufgaben für die Zukunft

In meinem Land Japan wird im Allgemeinen viel an Lebensqualität gedacht, die Erfüllung der medizinischen Behandlung am Lebensende wird wichtig genommen, und eine starke öffentliche Meinung verlangt Sterbehilfe. Entsprechend dieser Strömung wurde das Tokai-daigaku-Urteil gesprochen. Da im Nagoya-Fall die Bedingungen zur Anerkennung von Sterbehilfe gar zu streng waren, ist daraus zu schließen, dass das Urteil in praxi die Zulässigkeit von Sterbehilfe ablehne. Wie also steht es mit dem Tokai-daigaku-Fall? Auch an diesem Urteil gibt es Kritik, weil es, wie eben ausgeführt, wegen der Probleme mit der schmerzstillenden Behandlung und wegen der Existenz von Schmerzen aktive und auch indirekte Sterbehilfe zwar theoretisch zulässt, aber in der Praxis ablehnt. Es gibt die Einschätzung: „Dieses Urteil drängt die Sterbehilfe in der ärztlichen Versorgung am Lebensende ins Abseits. Letzten Endes wird nur an Sterben in Würde gedacht“²⁶. Sind also letztlich diese beiden Urteile, die aktive Sterbehilfe ablehnen, unangemessen?

Übrigens ist in letzter Zeit eine Bewegung markant hervorgetreten, welche die rechtliche Natur der Sterbehilfe aus dem aus Paragraph 13 der Verfassung (Alle Staatsbürger sind als Individuen geachtet. Bezüglich der Rechte des Staatsbürgers auf Leben, Freiheit und das Streben nach Glück verdienen diese, so weit sie nicht der öffentlichen Wohlfahrt zuwiderlaufen, die höchste Achtung von Seiten der Gesetzgebung und der anderen Staatsverwaltungen.) hergeleiteten Selbstbestimmungsrecht des Kranken zu erklären versucht. Auch im Tokai-daigaku-Fall wurde eine rechtliche Grundlage für das Einstellen ärztlicher Hilfe geschaffen, die den Punkt der Selbstbestimmungstheorie des Kranken und der Grenze ärztlicher Behandlungspflicht, nämlich die Ansicht, dass eine sinnlose Verlängerung der Behandlung keine Pflicht sei, betrifft. Das Selbstentscheidungsrecht (Autonomie) wird selbstverständlich als Diskussionsausgang angenommen, ohne jegliche Definitions- und Klärungsarbeiten. Hier möchte ich meine Bedenken und Zweifel anmelden, wenn es zur Rechtfertigung bestimmten Handelns angesetzt wird. Ich habe das Gefühl, dass es noch kein Umfeld bzw. keine Voraussetzungen gibt, in dem das Recht zur Selbstentscheidung überhaupt möglich ist. Leider, wenn der umfassende Gebrauch von Autonomie und Recht dennoch freigegeben wird, wenn dies ohne weiteres bejaht wird, würden alle Handlungen kausale Ergebnisse aus Eigenentscheidungen werden, sodass Patienten, gegenüber den

²⁴ Harada, in: „Zadankai Shûmatsu iryô to keihô“ (Diskussion: Sterbebegleitung und Strafrecht), Jurisuto Nr. 1377, S. 99.

²⁵ Kato (Maya), Hanrei-Select, 2010, S. 30; vgl. auch Hashizume, Jurist.

²⁶ Machino, a.a.O., S. 113.

Ärzten eine noch schwächere Positionen innehätten. Patientenrechte in Japan sind im Vergleich zu denen in Europa doch jedenfalls schwächer - mögliche Unrechte über sich müssen ertragen werden. In vielen Situationen bedeutet die Betonung, der Patient müsse selbst entscheiden, letzten Endes grobe Zwanghaftigkeit zur Entscheidungspflicht. Das wäre eine Art Ungerechtigkeit.²⁷ Unter Umständen kann es eine erzwungene Pflicht-Selbstbestimmung werden, wenn man vom Patienten Selbstbestimmung verlangt.²⁸

Bezüglich des Behandlungsabbruchs hat der Oberste Gerichtshof im Kawasaki-Urteil festgestellt, sorgsame Untersuchungen seien anzustellen und verbliebene Lebensdauer und Erholungsmöglichkeiten genau zu beurteilen. Unter diesen Voraussetzungen sei die Familie zu informieren, die Familie habe mutmaßlicherweise einzuwilligen, und nur hiernach sei ein Abbruch von Therapiehandlungen rechtlich zulässig. Das ist sehr bedeutsam, aber die theoretischen Grundlagen sind nicht klar.

Zwei Ansätze gibt es zur Lösung des Behandlungsabbruch-Problems: 1. Auf Grundlage des Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen (bzw. des Willens der Familie aufgrund des mutmaßlichen Willens des Betroffenen) sei Behandlungsabbruch als legal zu beurteilen.²⁹ Auch das Urteil des Obersten Gerichtshofs im Kawasaki-Fall steht auf dieser Basis, wenn es anerkennt, Behandlungsabbruch aufgrund eines mutmaßlichen Willens des betroffenen Kranken, der ersichtlich sei aus den Forderungen der Familie, könne gesetzlich zulässig sein. 2. Im Sinne der Grenzen der Therapiepflicht sei ein Behandlungsabbruch, der nach Überschreitung dieser Grenzen geschehe, keine Rechtswidrigkeit; auf dieser Grundlage sei die Legalität vom Behandlungsabbruch zu bestätigen. Ungelöst bleiben hier allerdings die Probleme, wie nach 1. der Willen eines Kranken zu fassen sei, der nicht mehr bei vollem Bewusstsein sei, und ob der Wille der Familie diesen wirklich vertreten könne; und nach 2., welche Fälle die Grenze überschritten, ob eine Therapie für nutzlos zu erklären nicht dahin führe, ein Leben für nutzlos zu erklären.³⁰

Daneben wird das Augenmerk darauf gelenkt, ob die Prozeduren bis zum Behandlungsabbruch vollzogen seien. Für die Prozeduren zu wichtigen Entscheidungen in Sterbebegleitung und Pflege heißt das, Praxisentscheidungen zum Beispiel abhängig von den objektivierten Regeln, welche in den, im Voraus vom Ministerium ausgearbeiteten, Richtlinien für Sterbebegleitung enthalten sind, zu treffen.³¹ Wenn man sich danach richtete, würde immerhin der Arzt strafrechtlicher Verfolgung entgehen, sodass dies viele Befürworter findet. Aus Sorge, ob Methoden aufgrund dieser Richtlinien wirklich immer zu einer Strafflosigkeit des Arztes führen, wird auch eine gesetzliche Fassung des Todes in Würde vorgeschlagen. Doch ist die Fassung detaillierter Voraussetzungen

²⁷ Hin und wieder wird auch auf Gefahren hingewiesen, so etwa, dass die Sterbehilfe die Vernichtung von lebensunwürdigem Leben automatisch mit sich zieht.

²⁸ Kato (Maya), *Hiroshima-hogaku* (The Hiroshima law journal), Bd. 26, Heft 3, S. 251.

²⁹ Repräsentativ hierfür etwa Kai, „Anrakushi songenshi“ (Sterbehilfe und Tod in Würde) in Nishida u.a. *Keihô no sôten* (Streitpunkte des Strafrechts, Ôta shuppan, 2008), S. 39 ff..

³⁰ Ida, in: „Zadankai Shûmatsu iryô to keihô“ (Diskussion: Sterbebegleitung und Strafrecht), *Jurisuto* Nr. 1377, S. 103, sowie in „Anrakushi to songenshi“ (Sterbehilfe und Tod in Würde), in Erscheinung.

³¹ Besonders reich an Hinweisen Higuchi, *Zoku Iryô to hô o kanageru* (Gedanken zu Medizin und Recht 2, Yûhikaku, 2008), S.

angesichts des im Einzelnen sehr unterschiedlichen Zustandes der Kranken schwierig. Realistischer für die ärztliche Praxis erscheint, wie in England oder der Schweiz Richtlinien zu adoptieren, mit denen man vielerlei Kenntnisse einbeziehen kann.³²

Während einerseits wichtig ist, durch die Befolgung der Richtlinien zumindest die rechtliche Verfolgung von Therapiehandlungen zu umgehen und die beiden genannten Voraussetzungen von Selbstbestimmung des Kranken und Begrenzung der Therapiepflicht als Basis für die Rechtfertigung von Behandlungsabbruch zu bedenken,³³ erscheint es gleichermaßen wichtig, in Japan, wo anders als in Schweiz und in Deutschland keine starke Tradition besteht, zu Lebzeiten eine Patientenverfügung deutlich zu machen, das Niederlegen einer solchen Patientenverfügung zu allgemeiner Verbreitung zu bringen, und dieser dadurch auch in der medizinischen Praxis allgemeine Achtung zu verschaffen.

Da indirekte Sterbehilfe, hinlänglich zu rechtfertigen durch mutmaßlichen Willen, auch in Japan allgemein anerkannt wird und die Mehrzahl der Probleme bei der Sterbebegleitung in passiver Sterbehilfe durch ärztliche Hilfe besteht, bedient man sich auch bezüglich der Beihilfe zum Selbstmord eines Typus ‚Passive Beihilfe zum Selbstmord‘, was passive unterlassene Hilfeleistung ist, und lässt in der Beurteilung über Recht oder Unrecht noch Raum für Rechtfertigung,³⁴ beziehungsweise macht ein klarstellendes Gesetzes zur erlaubten Suizidbeihilfe durch den Arzt notwendig.³⁵ Letzterer Auffassung zufolge ist ein Unterlassen oder Abbrechen lebensverlängernder Therapie in gewissen Sinne als ein Selbstmord einzuschätzen, bei dem vom Arzt geholfen wurde, nämlich dann, wenn es als dem unabhängigen Handeln des Betroffenen entsprechend beurteilt werden kann.

Weiterhin gibt es die Meinung, in Japan bestehe eine ziemlich weitgehende Toleranz gegenüber dem Unterlassen lebensverlängernder Therapie im Voraus, man sei aber übermäßig beherrscht gegenüber der Unterbrechung einer solchen Therapie oder solchen Maßnahmen, wenn sie einmal angefangen haben, aus Furcht, ihr Abbrechen könne ein Mord werden. So lässt man am Ende auch solche Kranken im Stich, die gerettet werden könnten.³⁶ Dies wäre lösbar, indem man - auf Basis des Willens des Kranken zur Selbstbestimmung - innerhalb der Selbstbestimmung auch eine (durch Strafgesetz 202 nicht eingeschränkte) Selbstbestimmung zum Eigenschutz voraussetzte. Konkret hieße das, sich auf eine Konstruktion wie das in Deutschland einflussreiche ‚Unterlassungsdelikt

³² Ein Gesetz zum Tod in Würde hat danach zu streben, nicht der Patientenverfügung Rechtskraft zu geben, und den Arzt von einer Verantwortung zu befreien, sondern nach Kommunikation zwischen Arzt und dem Kranken, und so das für den Kranken bestmögliche Medizinrecht zu sein. Tatsui, „Shûmatsuki to rûru no arikata“ (Terminalstadium und die Fassung von Regeln), in Kai (Hrsg.), „Ijihô kôza daiyonkan - Shûmatsuryô to ihihô (Kurs Medizinrecht, Band 4: Sterbebegleitung und Medizinrecht, 2013), S. 233.

³³ Zur Problematik der Rechtfertigung allein aufgrund des Selbstbestimmungsrechts des Kranken vgl. Tatsui, „Chiryô fukaishi chûshi kô no keihôteki hyôka“ (Strafrechtliche Bewertung nicht angefangener oder abgebrochener Therapiehandlungen), Meji gakuin daigaku hôgaku ken'yû Nr. 86 (2009), S. 57 ff..

³⁴ Kai, Iji keihô e no tabi I (Reise ins medizinische Strafrecht I, 2004), S. 218.

³⁵ Jinba, „Ishi ni youru jisatsu hôjo“ (Beihilfe zum Selbstmord durch den Arzt), in Kai (Hrsg.), a.a.O. 2013, S. 79 ff..

³⁶ Kai, „Igirisu ni okeru jinkô enmei chiryô no shashihikae chûshi (songenshi)“ (Unterlassen und Abbrechen lebensverlängernder Therapie in England (Tod in Würde), in Kai (Hrsg.) a.a.O., 2013, S. 163.

durch Tun‘ zu stellen, und das Unterlassen von Therapiehandlungen von Anfang an (withhold) explizit auf eine Stufe zu stellen mit dem Abbrechen einer angefangenen Therapie (withdraw).³⁷ Dieser Denkweise zufolge ist es rechtlich auf eine Stufe zu stellen, einen Kranken von Anfang an nicht an ein Beatmungsgerät anzuschließen, und ein solches, einmal angeschaltetes Gerät abzustellen. Das Abschalten eines künstlichen Beatmungsorgans ist gleich der passiven Handlung, sich von der bisher fortgesetzten Therapie zurückzuziehen und die künstliche Sicherung des gegenwärtigen Zustandes aufzugeben. Diese sei eine Zuwiderhandlung gegen die befohlene Norm, welche eine (Fortsetzung der) Therapie verlange, und damit als Unterlassung zu klassifizieren. Da nach dieser Ansicht auch eine Rechtfertigung der Begehungshandlung, der Extubation im Kawasaki-Fall, denkbar wäre, sind zwar hierzu positive Bewertungen zahlreich, aber die weitere Konkretisierung und Präzisierung dieser Theorie ist eine immer noch unerledigte Aufgabe.

Lassen Sie mich zum Schluss noch Stimmen aus der Praxis anführen.³⁸ Hier wird nämlich nicht der Hirntod als eines Menschen Tod eingeschätzt, sondern der Körper wird bis zum letzten Herzstillstand, solange er noch warm ist, nicht als tot angesehen. Wenn zum Beispiel die Entfernung des Atmungsgeräts von einem Hirntoten, der nicht selbständig atmen kann, deutliche Verengungen der Atemwege und Atembeschwerden verursacht, wird die Trachealintubation des Kranken nicht entfernt. Auch wenn eine Patientenverfügung vorliegt und die Familie einwilligt, und auch wenn aufgrund des eingetretenen Hirntodes Gesetze und Richtlinien es zuließen, würde doch eine Therapiehandlung nicht sogleich aufgegeben. Im allgemeinen werden Anblick und Verfassung des Kranken, die Mühen der Familie, der Schaden für alle Beteiligten erwogen, man berät sich mit der Familie und entscheidet sich letztendlich für ein Abbrechen der Therapie. Wie es heißt: Arbeit des Arztes ist es, immer unter Achtung des Willens des Kranken selbst, von dem Standpunkt aus, es der Kraft des Kranken selbst zu überlassen, eine Umwelt zu schaffen, in der man dem natürlichen Tod entgegensehen kann.

Ein Schlusspunkt dieser Debatte um Hirntod und Terminalstadium ist nicht in Sicht. Die Beharrlichkeit gegenüber dem Lebensende ist im Vergleich zu Europa und Amerika viel tiefer als die gegenüber dem Lebensanfang. Auch im Problem des Abbrechens von Therapiehandlungen und in der Art, wie man dem Tode entgegensehen sollte, spiegeln sich speziell japanische Zustände. Doch sucht diese Debatte den Punkt des gegenseitigen Übereinkommens von Ost und West bezüglich der Sterbebegleitung, bis hin zu einer Nachahmung der europäischen Lage. Auch in Japan dringt die Denkweise von Selbstbestimmung und Patientenverfügung durch, in diesem Sinne schrumpft unsere Entfernung voneinander, und wenn sich in der Zukunft ein Konsens finden lässt, auf Basis rechtlichen Überzeugungen unserer Völker, so wird vielleicht irgendwann für den

³⁷ Ida, „Anrakushi to chiryô chûshi, in: Kyûkyû • Shûchû chiryô ni okeru rinshô rinri, Der Fall Putz: BGH-Urteil zu Sterbehilfe von 2010, nach der Revision des deutschen Hilfsgesetzes, is so bewertet worden, hier sei als Oberbegriff for Begehend und Unterlassung ein Konzept von „Abbrechen von Therapiehandlungen“ eingerichtet worden.

³⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=lejV7bkBZaA>

Kranken im Terminalstadium auch die Wahlmöglichkeit der Selbsttötung als ein Recht anerkannt werden.