

Christian Schwarzenegger/ Makoto Ida (Hrsg.)

Autonomie am Lebensende – Kultur und Recht

Die aktuelle Diskussion in der Schweiz und in Japan

DIKE 

© 2018 Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen; ISBN 978-3-03751-977-6
Dieses digitale Separatum wurde der Autorenschaft vom Verlag zur Verfügung
gestellt. Die Autorenschaft ist berechtigt, das Separatum 6 Monate nach Erschei-
nen des gedruckten Werks unter Hinweis auf die Erstpublikation weiterzuveröf-
fentlichen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk ist weltweit urheberrechtlich geschützt. Insbesondere das Recht, das Werk mittels irgendeines Mediums (grafisch, technisch, elektronisch und/oder digital, einschliesslich Fotokopie und downloading) teilweise oder ganz zu vervielfältigen, vorzutragen, zu verbreiten, zu bearbeiten, zu übersetzen, zu übertragen oder zu speichern, liegt ausschliesslich beim Verlag. Jede Verwertung in den genannten oder in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlags.

© 2018 Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen

ISBN 978-3-03751-977-6

www.dike.ch

Inhaltsübersicht

Vorwort	V
MAKOTO IDA	
Selbsttötung und Selbstbestimmung im Sterben Eine Problemskizze aus japanischer Perspektive	1
CHRISTIAN SCHWARZENEGGER	
Verfassungsrechtliche Aspekte der Sterbehilfe und die Konsequenzen für das Strafrecht	9
KATSUNORI KAI	
Entscheidungen am Lebensende in Japan	25
BRIGITTE TAG	
Lebensende – Sterbehilfe und assistierter Suizid in der Schweiz	43
MAKOTO IDA	
Der aktuelle Stand der Diskussion über die Sterbehilfe in Japan	59
SHINTARO KOIKE	
Strafrechtliche Beurteilung der Sterbehilfe in Japan	75
GIAN EGE	
Die Rechtfertigung der indirekt aktiven Sterbehilfe Einwilligung in eine nicht einwilligungsfähige Handlung?	89

KANAKO TAKAYAMA

**Über die Problematik der «Advance Directives»
in Japan**

Patientenverfügung und ärztliche Behandlung am Lebensende 125

Anhang

**Tribunal de police du district de Boudry, Jugement
du 6 décembre 2010** 135

Verzeichnis der Autoren 149

Entscheidungen am Lebensende in Japan

Katsunori Kai

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung	25
II.	Definition und Klassifikation der Sterbehilfe in Japan	26
	A. Echte Sterbehilfe	27
	B. Indirekte Sterbehilfe	27
	C. Aktive Sterbehilfe	28
	D. Passive Sterbehilfe	31
	E. Ärztliche Suizidbeihilfe	31
III.	Definition eines «Sterbens in Würde» und Rechtsprechung in Japan	32
	A. Urteil des Landesgerichts Yokohama vom 28. März 1995	32
	B. Urteil des Landesgerichts Yokohama vom 25. März 2005	33
	C. Urteil des Obergerichts Tokyo vom 28. Februar 2007	35
	D. Beschluss des Obersten Gerichtshofs vom 7. Dezember 2009	37
	E. Wie lässt sich ein «Sterben in Würde» etablieren?	37
	1. Modell	37
	2. Offizielle Richtlinien in Japan	39
IV.	Schlussfolgerungen	42

I. Einleitung

In Japan gibt es weder ein Gesetz oder eine spezifische Vorschrift noch offizielle Richtlinien über die Sterbehilfe, kürzlich wurde – wie ich unten aufzeigen werde – eine offizielle Richtlinie betreffend das «Sterben in Würde» erlassen. Diese Richtlinie gibt allerdings nur wenige Anhaltspunkte zur Sterbebegleitung. Folglich werden die Probleme der Sterbehilfe und des «Sterbens in Würde» hauptsächlich im Rahmen der juristischen Auslegung der Tötungsdelikte (Art. 199 japanisches Strafgesetzbuch [jap. StGB], wo nicht zwischen Mord und Totschlag differenziert wird) und der eingewilligten Tötung (Art. 202 jap. StGB) in Literatur und Rechtsprechung diskutiert. Des Weiteren gibt es in Japan einige Urteile zur Sterbehilfe oder zur Frage des «Sterbens in Würde» sowie Grenzfall-

Entscheidungen.¹ Nachfolgend werde ich in diesem Beitrag den aktuellen Diskussionsstand hinsichtlich der Entscheidungen am Lebensende aus strafrechtlicher und medizinrechtlicher Sicht aufzeigen; im Zentrum steht dabei die Sterbehilfe und das «Sterben in Würde». Letzteres wird schwerpunktmässig, mit Einbezug der Gesetzgebung in Japan, aufgearbeitet, da v.a. diese Thematik vermehrt diskutiert wird.²

II. Definition und Klassifikation der Sterbehilfe in Japan

In Japan existiert keine offizielle Definition der Sterbehilfe, da es dazu keine Gesetze, Verordnungen oder amtliche Richtlinien gibt. Allerdings finden sich in der Lehre einige Definitionen der Sterbehilfe. Ich definiere Sterbehilfe als «eine Handlung auf eindringliche Bitte eines Patienten, dessen Tod unmittelbar bevorsteht, um ihm akute physische Schmerzen zu ersparen bzw. ihn von denselben zu befreien und ihm ein friedliches Sterben zu ermöglichen».³ Diese Begriffsbestimmung, die ansatzweise an Unterstützer gewinnt, beinhaltet drei wesentliche Voraussetzungen: Erstens muss der Tod des Patienten unmittelbar bevorstehen, zweitens muss der Patient an unerträglichen physischen Schmerzen leiden und drittens hat die Handlung auf eindringliche Bitte des Patienten hin zu erfolgen. In einem gerichtlichen Präzedenzfall wurde allerdings eine etwas andere Definition verwendet. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass

¹ Siehe *Katsunori Kai*, Anrakushi To Keiho [Sterbehilfe und Strafrecht], 2003, Seibundo, Tokyo; *Katsunori Kai*, Songenshi To Keiho [Würdevolles Sterben und Strafrecht], 2004, Seibundo, Tokyo; *Katsunori Kai* (Hrsg.), Shumatukiiryō To Ijiho [Sterbebegleitung und Medizinrecht], 2013, Shinzansha, Tokyo; *Katsunori Kai* (Hrsg.), Seishokuiryō To Ijiho [assistierte Reproduktionstechnologie und Medizinrecht], 2014, Shinzansha, Tokyo. Ich habe bereits einen Artikel über «Sterbehilfe im japanischen Recht» auf Englisch publiziert, welcher als japanischer Bericht für den 17. Internationalen Kongress für Rechtsvergleichung (Utrecht, 16.-22. Juli 2006) geschrieben wurde. Siehe *Katsunori Kai*, Euthanasia in Japanese Law, in: *Marc Groenhuijsen/Floris van Laanen* (Hrsg.), *Euthanasia and Comparative Perspective*, Wolf Legal Publishers, 2006, S. 187–194. Dieses Buch ist sehr nützlich, um die weltweiten Diskussionen über Sterbehilfe und dem «würdevollen Sterben» zu verstehen.

² Diese Arbeit wurde bereits in abgeänderter Form publiziert: «End of Life Decision-Making and Criminal Law in Japan», *B. Burkhardt, H-G. Koch, W. Gropp, O. Lagodny, M. Spaniol, S. Walther, A. Künschner, J. Arnord, W. Perron* (Hrsg.), *Scripta amicitiae*, Freundschaftsgabe für Albin Eser zum 80. Geburtstag am 26. Januar 2015, 2015, S. 37–52.

³ Siehe *Kai* (Fn. 1), ebd., (Anrakushi To Keiho), S. 2.

psychische Schmerzen in Japan von der Sterbehilfe-Debatte ausgeschlossen sind, ausser es bestehen gleichzeitig physische und psychische Schmerzen. Auch ein sogenanntes «Töten aus Mitleid», welches nicht auf Wunsch des Patienten erfolgt, wird nicht unter den Begriff der Sterbehilfe subsumiert. Eine solche Handlung ist in Japan als Tötungsdelikt zu qualifizieren. Weiter wird der Begriff «Sterben in Würde», d.h. das Nichteinleiten bzw. das Abbrechen künstlicher, lebenserhaltender Massnahmen, von demjenigen der Sterbehilfe unterschieden, da bei erstgenanntem die Patienten oft infolge Bewusstseinsverlust ihre Schmerzen und ihre Wünsche bezüglich ihres eigenen Lebens und Todes nicht direkt ausdrücken können.

In Japan gab es bisher acht Rechtsfälle zur Sterbehilfe und zu Grenzfällen. Einige Fälle handelten dabei von aktiver Sterbehilfe durch nahestehende Verwandte, andere waren ähnlich gelagert (Tötung aus Mitleid) und in zwei Fällen wurde aktive Sterbehilfe durch Ärzte geleistet. In keinem dieser Fälle wurde jedoch auf nicht schuldig erkannt. In Japan wird die Sterbehilfe normalerweise, in Übereinstimmung mit *Karl Engisch*⁴, einem berühmten deutschen Strafrechtswissenschaftler, in fünf Kategorien unterteilt, welche im Folgenden dargestellt werden.

A. Echte Sterbehilfe

Bei der Kategorie der echten Sterbehilfe (*pure euthanasia*) lindert der Arzt die Schmerzen des Patienten angemessen, ohne dass dessen Tod früher eintritt. Diese Handlung stellt eine Form der medizinischen Behandlung oder palliativen Pflege dar und ist somit in Japan als rechtmässig zu erachten. Dementsprechend wird diese Form unlängst nicht mehr als Sterbehilfe bezeichnet.

B. Indirekte Sterbehilfe

Bei der indirekten Sterbehilfe wird ein schmerzlinderndes Medikament verabreicht, welches nebenbei den Todeseintritt beim Patienten beschleunigt. Auch diese Handlung ist in Japan rechtmässig, wobei die Begründungen der Rechtfertigung variieren. Selbstverständlich ist dabei ein Verlangen seitens des Pati-

⁴ Siehe *Karl Engisch*, Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Beleuchtung, 1948.

enten unerlässlich, aber es ist strittig, ob dieses ausdrücklich geäußert werden muss oder auch konkludent erfolgen kann.

C. Aktive Sterbehilfe

Bei der aktiven Sterbehilfe wird der Patient auf seine Bitte hin gezielt durch einen Arzt oder einen nahen Verwandten getötet, um von physischen Schmerzen befreit zu werden, indem ihm beispielsweise ein tödliches Arzneimittel verabreicht wird. Diese Form galt in Japan lange Zeit als typische Form der Sterbehilfe. Heutzutage ist strittig, ob diese Form der Sterbehilfe rechtmässig oder rechtswidrig ist und ob sie, sofern sie als rechtswidrig verstanden wird, entschuldbar ist oder nicht.

Ein starkes Argument für die Rechtfertigung der aktiven Sterbehilfe ist das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten. Einer Ansicht zufolge, ist es nicht notwendig zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe zu unterscheiden, weil das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten das einzige und ausschlaggebende Argument für deren Rechtfertigung ist.⁵ Diese Auffassung ist meines Erachtens allerdings problematisch, da es das Recht auf Leben in seinem gesellschaftlichen Kontext unterbewertet und die Grenze zu grundlegenden Freiheiten des Menschen überschreitet.⁶ Niemand kann auf das Rechtsgut Leben verzichten, auch nicht im Endstadium des Lebens. Es ist zwar richtig, dass das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten wichtig ist, es gilt jedoch nicht universal.

Weitere Argumente, welche für die Rechtfertigung der aktiven Sterbehilfe durch Ärzte sprechen, basieren auf den vier Voraussetzungen, die vom Landgericht Yokohama in seinem Urteil am vom 28. März 1995⁷ aufgestellt wurden.⁸ Der Sachverhalt war wie folgt:

⁵ *Masaaki Fukuda*, *Nihon No Shakaibunkakozo To Jinken* [Die Struktur der Gesellschaftskultur und Menschenrechte in Japan], 2002, Akashi Shoten, Tokyo, S. 289 ff.

⁶ *Kai* (Fn. 1), *Anrakushi To Keiho*, S. 30–31; *Shiro Muneoka*, *Jiyu No Hori* [Rechtstheorie der Freiheit], in: *The Collected Articles for celebration of Prof. Yoshiomi Mishima's Seventies Birthday*, 2003, Seibudo, Tokyo, S. 46 ff.

⁷ *Hanrei-jiho*, Nr. 1530, S. 28; *Hanrei-taimuzu* Nr. 877, S. 148. Im Einzelnen einschliesslich der 8 Rechtsfälle siehe *Kai* (Fn. 1), in: *Groenhuijsen/Laanen* (Hrsg.), *Euthanasia and Comparative Perspective*, S. 188–193.

⁸ *Saku Machino*, «Tokai-Daigaku Anrakushi Hanketsu» Oboegaki [Ein Memorandum zum «Tokai Universitätsklinik-Sterbehilfefall»], *Jurist*, Nr. 1072, 1995, S. 114 ff.; *Yoshi-*

Der Patient, ein 58-jähriger Mann, war aufgrund eines Melanoms im Spital. Er befand sich auf der sechsten Bewusstseinsstufe (keine Reaktion auf Schmerzreize) und in kritischem Zustand mit Atmungsschwierigkeiten, erkennbar durch lautes Schnarchen. Ein junger Arzt, welcher für den Patienten zuständig war, wurde beauftragt, die intravenöse Tropfeninfusion abzunehmen, um den Patienten von seinen Schmerzen zu befreien. Der Arzt war unsicher, wie er mit dieser Situation umzugehen hat und beauftragte eine Krankenschwester die Tropfeninfusion und den Tubus zu entfernen. Darauf folgend sagte der älteste Sohn des Patienten zum Arzt: «Es ist für mich unerträglich das Schnarchen meines Vaters zu hören. Bitte machen Sie es angenehm für ihn.» Der Arzt spritzte dem Patienten daraufhin das Doppelte der üblichen Menge eines beruhigenden Arzneimittels, welches als Nebenwirkung die Atmung des Patienten einschränkt. Dennoch veränderte sich die Situation des Patienten nach einer Stunde nicht. Auf erneutes Ersuchen des Sohnes injizierte der Arzt nochmals die doppelte Menge psychotroper Arzneimittel. Als sich der Zustand des Patienten nach einer weiteren Stunde nicht änderte, sagte der Sohn hitzig zum Arzt: «Was machen Sie denn? Mein Vater atmet immer noch! Ich möchte ihn bald nach Hause nehmen.» Folglich entschloss sich der Arzt aufgrund des psychischen Drucks sich dem Sohn zu fügen. So spritzte er dem Patienten zunächst die doppelte Menge eines Medikaments zur Behandlung eines unregelmässigen Pulses, was zu einem vorübergehenden Herzstillstand führte; dennoch blieb die Situation des Patienten unverändert. Schliesslich injizierte er dem Patienten 20 ml unverdünntes Kaliumchlorid (KCL), woraufhin der Patient verstarb. Das Gericht verurteilte den Arzt wegen vorsätzlicher Tötung zu einer Freiheitsstrafe mit Zwangsarbeit von 2 Jahren mit der Aussetzung zur Bewährung von 2 Jahren (Art. 199 jap. StGB).

Ich halte dieses Urteil im Ergebnis für angemessen. Dennoch gilt es einige weitere Punkte zu berücksichtigen. Es handelt sich dabei um den ersten Fall in Japan, in welchem ein Arzt in einen derartigen Rechtsfall verwickelt war. Dieser Fall wird in Japan oftmals als «*Tokai Universitätsklinik-Sterbehilfefall*» bezeichnet. Genau genommen handelte es sich dabei gar nicht um einen Fall von Sterbehilfe, da nicht auf eigene Bitte oder Zustimmung des Patienten hin gehandelt wurde. Dieses Urteil erlangte grosse Aufmerksamkeit, da es vier Voraussetzungen festlegte, wann aktive Sterbehilfe durch Ärzte rechtmässig ist und dabei

hiro Hidaka, Ihosei No Kisoriron [Fundamentale Theorie der Rechtswidrigkeit], 2005, Ius-shuppan, Tokyo, S. 116 ff.

gleichzeitig die sechs Voraussetzungen des Obergerichts Nagoya (Urteil vom 14. Dezember 1962) ersetzte.⁹

Folgende Voraussetzungen müssen gegeben sein:

- 1) Der Patient leidet an unerträglichen physischen Schmerzen.
- 2) Der Tod des Patienten ist nicht vermeidbar und steht unmittelbar bevor.
- 3) Der Arzt hat alle möglichen Massnahmen zur Beseitigung oder Eindämmung der physischen Schmerzen ergriffen und es gibt keine anderen Alternativen.
- 4) Es liegt eine explizite Willensäußerung des Patienten vor, mit der er einer Verkürzung seiner Lebensdauer zustimmt.

Meines Erachtens sind die Voraussetzungen 1), 2) und 4) als sachgerecht einzustufen. Dies trifft allerdings auf Voraussetzung 3) nicht zu, denn es ist nicht immer klar, was mit der Formulierung «es gibt keine anderen Alternativen» gemeint ist. Was war der Massstab für dieses Urteil? In Japan variieren die medizinischen Massnahmen zur Schmerzlinderung zwischen den Spitälern erheblich. Ich denke, dass unter solchen Umständen eine gewisse Ungleichbehandlung von Patienten in den verschiedenen Spitälern erfolgt. Ist es folglich sinnvoll, solche Voraussetzungen zur Rechtfertigung aktiver Sterbehilfe durch einen Arzt aufzustellen? In der Lehre scheiden sich die Geister. Ich finde es fragwürdig solche Voraussetzungen aufzustellen,¹⁰ da es der Formulierung «keine anderen Alternativen» an der nötigen Klarheit fehlt.

Zudem gibt es einige starke Argumente, die ausgehend von der sogenannten Theorie des «letzten Auswegs» (*final exit*)¹¹ für eine besondere Rechtfertigung sprechen. Es stimmt, dass diese Theorie unter Berücksichtigung der menschlichen Sterbephase sehr interessant ist. Aber ich finde es fragwürdig, das Problem des «letzten Auswegs» über die Lehre der Rechtfertigung zu lösen. Meines Er-

⁹ Koto-saibansho-Keijihanreishu, Vol. 15, Nr. 9, S. 674.

¹⁰ Kai (Fn. 1), in: *Groenhuijsen/Laanen* (Hrsg.), *Euthanasia and Comparative Perspective*, S. 191–192.

¹¹ *Makoto Ida*, Book Review on *Katsunori Kai* (Fn. 2), *Anrakushi To Keiho, Nenpo Ijijogaku*, 18, 2004, S. 211–212. Siehe auch *Kenji Ueda*, *Shoukyokuteki Rinshikaijo To Sekkyokuteki Rinshikaijo Tono Hotekikubetsu Ni Taisuru Seimeirinrijo No Kubetsu* [Bioethische Beurteilung der rechtlichen Unterscheidung von passiver und aktiver Sterbehilfe], in: *A Society for the Study of «Gentechnology and Bioethics and Law» in Ryuukoku University* (Hrsg.), *Idenshikougaku-jidai Niokeru Seimeirinri To Hou*, 2003, *Nihonhyoronsha, Tokyo*, S. 178–179.

achtens sollte das Problem auf der Ebene der Schuld und nicht der Rechtfertigung angegangen werden.¹² Es sprechen starke Argumente für einen Entschuldigungsgrund bei der aktiven Sterbehilfe. So wird beispielsweise vorgeschlagen, es handle sich um Fälle, in denen kein rechtmässiges Verhalten erwartet werden kann oder um Fälle einer Pflichtenkollision. Selbstverständlich besteht die Gefahr, dass die Gerichte in der Praxis nicht dazu neigen werden diesen Entschuldigungsgrund anzuerkennen. Deshalb sollten wir an die Gerichte appellieren, die Theorie des Entschuldigungsgrundes in der Gerichtspraxis häufiger anzuwenden.¹³

D. Passive Sterbehilfe

Bei der passiven Sterbehilfe nimmt der Arzt, auf Wunsch des Patienten, keine lebensverlängernden Massnahmen vor (es wird z.B. auf eine intravenöse Tropfeninfusion oder eine Injektion von Ringer-Lösung verzichtet). Dieses Unterlassen ist in Japan grundsätzlich rechtmässig, weil niemand den Patienten zwingen kann, lebensverlängernden Massnahmen zuzustimmen.

E. Ärztliche Suizidbeihilfe

Bei dieser neueren Form hilft der Arzt beim Suizid des Patienten mit, indem er ihm eine sogenannte Suizidmaschine oder tödliche Medikamente zur Verfügung stellt. Diese Form stammt aus den Vereinigten Staaten, v.a. aus den Bundesstaaten Oregon und Michigan; und doch wird diese Thematik heutzutage in einigen Ländern diskutiert. Allerdings ist eine solche Handlung (v.a. die aktive Suizidbeihilfe) in Japan allgemein unter Strafe gestellt, denn die Suizidbeihilfe ist gem. Art. 202 des jap. StGB strafbar und die jeweilige Situation bietet keine genügende Rechtfertigung.

¹² *Kai* (Fn. 1), Anrakushi To Keiho, S. 41–42.

¹³ *Kai* (Fn. 4), in: *Groenhuijsen/Laanan* (Hrsg.), *Euthanasia and Comparative Perspective*, S. 194.

III. Definition eines «Sterbens in Würde» und Rechtsprechung in Japan

Heutzutage wird in Japan ein «Sterben in Würde» (in anderen Worten: natürlicher Tod) ernsthaft und breit diskutiert. Eine Festlegung, was «Sterben in Würde» ist, existiert allerdings in Japan nicht wirklich. Ich definiere es als eine Ablehnung des Patienten gegenüber künstlichen lebensverlängernden Massnahmen sowie die Nichteinleitung oder den Abbruch derselben.¹⁴ Die Schwierigkeiten liegen darin, dass die Patienten oftmals ihr Bewusstsein verlieren und sie deshalb ihre physischen Schmerzen und ihre Wünsche bezüglich ihres eigenen Lebens oder Todes nicht selbst äussern können. Ausserdem sind die künstlichen lebensverlängernden Massnahmen vielfältig; beispielsweise künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, Dialyse etc. Ferner variieren auch die Zustände eines Patienten wie auch beim Wachkoma, der terminalen Stufe von Krebs, bei Alzheimer, ALS usw. In Anbetracht dieser Vielfalt an Erscheinungsformen müssen wir Regelungen zur Problemlösung im Rahmen des «Sterbens in Würde» erstellen. Bevor eine Regelung erwägt wird, stelle ich zwei Gerichtsfälle aus Japan zur Thematik «Sterben in Würde» vor.

A. Urteil des Landesgerichts Yokohama vom 28. März 1995¹⁵

Dieser Fall wird, wie ich bereits erwähnt habe, «Tokai-Universitätsklinik-Sterbehilfefall» genannt. In diesem Zusammenhang gehe ich auf drei Voraussetzungen betreffend die Nichteinleitung und den Abbruch von künstlichen lebenserhaltenden Massnahmen ein, welche im Sinne eines obiter dictums festgehalten wurden. Das Gericht bemerkte, dass der Behandlungsabbruch unter gewissen Umständen, basierend auf dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowie den Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht, erlaubt sei.

- 1) Der Patient muss sich in einem Endstadium befinden, in welchem er an einer unheilbaren Krankheit leidet, keine Aussicht auf Genesung hat und sein Tod unvermeidbar ist.
- 2) Im Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs muss eine Willensäusserung des Patienten vorliegen, worin der Abbruch der medizinischen Behandlung

¹⁴ Siehe Kai, (Fn. 1), Songenshi To Keiho, S. 1–2.

¹⁵ Hanrei-jiho, Nr. 1530, S. 28; Hanrei-taimuzu Nr. 877, S. 148.

gefordert wird. In der medizinischen Praxis existieren jedoch weitaus mehr Fälle ohne explizite Willensäußerung des Patienten als solche mit und in einer Vielzahl der Fälle verlangen die Angehörigen des Patienten eine Beendigung der medizinischen Behandlung oder der Arzt bekräftigt die Wünsche der Familienangehörigen. In solchen Fällen ist es zulässig, ausgehend vom mutmasslichen Willen des Patienten, anhand einer bestehenden Patientenverfügung oder eines Vorsorgeauftrags und darüber hinaus gestützt auf die Äusserungen der Angehörigen zu entscheiden.

- 3) Gegenstand der Beendigung der medizinischen Behandlung sind alle Massnahmen zur Heilung und Lebenserhaltung, einschliesslich Medikation, künstliche Dialyse, künstliche Beatmung, Bluttransfusion, künstliche Ernährung, Rehydrierung usw.

Einerseits sind diese Voraussetzungen zur Überprüfung angemessen, andererseits denke ich, dass die erste Voraussetzung zu streng ist, um in der Praxis angewendet zu werden. Die zweite Voraussetzung ist problematisch, da zu viel Gewicht auf die Wünsche der Angehörigen gelegt wird und die dritte Voraussetzung ist in der Hinsicht heikel, dass ein Behandlungsabbruch wie z.B. die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr zu einfach ermöglicht wird.¹⁶

B. Urteil des Landesgerichts Yokohama vom 25. März 2005¹⁷

Dieses Urteil wurde von demselben Gericht zehn Jahre nach dem «Tokai Universitätsklinik-Sterbehilfefall» gefällt und wird «Kawasaki-Kyodo-Klinik-Fall» genannt. Dem Entscheid lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Angeklagt war die behandelnde Ärztin eines Patienten (ein 58-jähriger Mann), welcher sich aufgrund einer Hirnschädigung infolge Hypoxämie im Spital befand ohne das Bewusstsein wiederzuerlangen. Die Ärztin war der Meinung, dass es besser sei, den Beatmungsschlauch aus der Luftröhre zu entfernen, bevor es zu einer bakteriellen Infektion kommt sowie den Patienten im letzten Moment seines Lebens natürlich atmen zu lassen. Daraufhin entfernte sie den Beatmungsschlauch, wissend, dass der Patient sterben würde. Entgegen ihrer Erwartungen verstarb er nicht und atmete mit Schwierigkeiten weiter, wobei er

¹⁶ Siehe *Kai* (Fn. 1), Anrakushi To Keiho, S. 163–166; *Kai* (Fn. 1), Songenshi To Keiho, S. 286–289.

¹⁷ Hanrei-taimuzu Nr. 1185, S. 114.

sich wie eine Garnele zurückneigte. Als die Ärztin den Atem nicht beruhigen konnte, dachte sie, dass sie den Angehörigen des Patienten, unter denen sich auch Kinder befanden, einen solchen unliebsamen Anblick ersparen müsse. Sie beauftragte daraufhin eine Krankenschwester, ein muskellockerndes Medikament in die Venen des Patienten zu spritzen, was diesen tötete. Beiläufig erklärte sie den Angehörigen des Patienten, dass er zu 99% Hirntod gewesen sei, ohne den Hirntod genau diagnostiziert zu haben.

Das Gericht verurteilte die Ärztin wegen vorsätzlicher Tötung zu einer Gefängnisstrafe mit Zwangsarbeit von 3 Jahren mit Aussetzung zur Bewährung von 5 Jahren (Art. 199 jap. StGB).

In diesem Fall gab es kein ausdrückliches Verlangen des Patienten sein Leben zu beenden oder den Beatmungsschlauch vorab zu entfernen. Folglich stellte sich die Frage, ob die verschiedenen Verhaltensweisen der Ärztin im Wesentlichen zulässig waren oder nicht. Das Landgericht urteilte mittels dieser acht Punkte über die Schuld:

- 1) Ein Abbruch der medizinischen Behandlung im Endstadium ist nur unter Respektierung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und/oder innerhalb der Grenze der ärztlichen Behandlungspflicht, basierend auf einer medizinischen Entscheidung, erlaubt.
- 2) Die Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten impliziert allerdings nicht den Suizid zuzulassen oder ein Recht auf Sterben einzugestehen. Es erlaubt dem Patienten nur für sich selbst zu entscheiden, wie er sein Leben als menschliches Wesen leben und gestalten möchte und folglich auch zu entscheiden, wie er im letzten Stadium seines Lebens zu leben und zu sterben gedenkt.
- 3) Es sollte keine Aussicht auf Besserung für den Patienten bestehen und der Tod sollte unmittelbar bevorstehen. Diese Situation muss dem Patienten bewusst sein und er muss noch zurechnungsfähig sein.
- 4) Der Patient muss gut informiert sein und aus freiem Willen entscheiden. Seine Entscheidung muss ernsthaft zum Ausdruck gebracht werden.
- 5) Wenn die Selbstbestimmung und die Willensäußerung des Patienten nicht direkt ermittelt werden können, muss der Arzt den wirklichen Willen des Patienten ergründen.
- 6) Im Rahmen der Bestimmung des wirklichen Willens des Patienten, kann aus Dokumenten, in welchen seine Absichten festgehalten wurden (wie z.B. eine

Patientenverfügung), und ebenso anhand von Aussagen von Familienangehörigen oder anderen Personen, welche über die Lebenseinstellung des Patienten in Kenntnis sind, ein überzeugendes Bild gewonnen werden. Wenn trotz dieser Bemühungen der wirkliche Wille des Patienten nicht ermittelt werden kann, sollte der Arzt basierend auf dem Grundsatz «*in dubio pro vita*» den Schutz des Patientenlebens vorziehen. Der Arzt hat die geeignetsten medizinischen Massnahmen aufrechtzuerhalten.

- 7) Wenn der Arzt alle verfügbaren medizinischen Massnahmen ausgeschöpft hat, besteht keine rechtliche Verpflichtung, solche Behandlungen, welche medizinisch als schädlich oder sinnlos eingestuft werden, weiterzuführen oder zu leisten, auch wenn der Patient es sich wünscht.
- 8) Das Ermessen des Arztes sollte konsequent auf die Wirksamkeit der medizinischen Behandlung begrenzt werden. Der Arzt sollte dem Patienten empfehlen dürfen, wie er sterben sollte, aber man sollte es bloss auf eine beratende Meinung beschränken. Der Arzt ist folglich nicht zuständig, eine Einschätzung im Namen des Patienten vorzunehmen.

Ich denke, dass die Logik dieses Urteils zu einem gewissen Grad angemessen ist, da es das Recht, lebensverlängernde Massnahmen zu verweigern, mitberücksichtigt.¹⁸ Die Angeklagte zog das Urteil weiter an das Obergericht Tokyo.

C. Urteil des Obergerichts Tokyo vom 28. Februar 2007¹⁹

Das Obergericht Tokyo wies die Doktrin des Landesgerichts von Yokohama zurück und hob das Urteil der Vorinstanz auf. Es verurteilte die Ärztin wegen vorsätzlicher Tötung zu einer Gefängnisstrafe mit Zwangsarbeit von eineinhalb Jahren mit Aussetzung zur Bewährung von 3 Jahren (Art. 199 jap. StGB).

Das Obergericht Tokyo zog das Vorhandensein einer Einwilligung der Familienangehörigen des Patienten mit in Erwägung. Die Argumentation des Obergerichts Tokyo lautete folgendermassen:

¹⁸ Siehe *Katsunori Kai*, Shuumatsuki Iryou/Songenshi To Ishi No Keijisekinin [Die Behandlung am Lebensende/Würdevolles Sterben und strafrechtliche Verantwortlichkeit von Ärzten], Jurist Nr. 1293, 2005, S. 98 ff.

¹⁹ Hanrei-taimuzu Nr. 1237, S. 153.

Als Erstes zeigte das Obergericht Tokyo zwei Probleme der Entscheidung des Landesgerichts Yokohama auf.

- 1) Das Problem des Selbstbestimmungsrechtsansatzes
 - a. Entspricht der Entschluss des Patienten über die medizinische Behandlung bei der Sterbebegleitung dem verfassungsrechtlichen Selbstbestimmungsrecht?
 - b. Können wir den Umstand, dass Art. 202 jap. StGB die Suizidbeihilfe verbietet, demnach konsequenterweise als rechtswidrig bezeichnen?
 - c. Wenn der Patient das Bewusstsein verliert, müssen die Familienangehörigen eine Ersatzbeurteilung oder Vermutung anstellen. Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass sich die Familienangehörigen erhoffen, durch die Bestätigung unwahrer Ansichten hinsichtlich des wirklichen Patientenwillens, finanzielle, wirtschaftliche sowie seelische Belastungen im Zusammenhang mit der Sterbebegleitung vermeiden zu können.
- 2) Das Problem des Ansatzes der ärztlichen Heil- und Sorgfaltspflicht
 - a. Dieser Ansatz wird nur in äusserst tödlich verlaufenden und begrenzten Situationen angewendet, weshalb es dogmatisch unvernünftig ist, dass er Anwendung findet.
 - b. Es ist unklar, welches Stadium als «gegenstandslos» zu betrachten ist.

Als Zweites beharrte das Obergericht Tokyo dennoch darauf, dass es einer Gesetzgebung oder Richtlinie bedürfe, um die Problematik eines «würdevollen Sterbens» grundlegend zu lösen.

Meiner Meinung nach ist der Entscheid des Landesgerichts Yokohama besser als derjenige des Obergerichts Tokyo. So hat das Obergericht Tokyo einerseits nur die Logik der Rechtfertigung des Landesgerichts Yokohama bestritten und andererseits darauf bestanden, dass ein Gesetz oder eine Richtlinie erforderlich ist, um die Problematik eines «Sterbens in Würde» grundlegend zu lösen, ohne dabei irgendwelche Rechtsgrundlagen zu nennen. Gesetze oder Richtlinien ohne rechtliche Grundlagen zu erlassen, ist indes sehr leichtsinnig.²⁰ Die Angeklagte zog das Urteil weiter an den Obersten Gerichtshof.

²⁰ Vergleiche dazu *Saku Machino*, Kanja No Jikoketteiken To Ishi No Chiryogimu [Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die Pflicht des Arztes zur medizinischen Behandlung], *Criminal Law Journal*, Nr. 8, (2007) S. 47 ff.; *Tanaka Shigeaki*, Songenshi Mondai Eno Hoteki Taiou No Arikata Ni Tsuite [Der optimale rechtliche Umgang mit dem Problem eines würdevollen Sterbens], *Hoso-jiho* Vol.60, Nr. 7, (2008) S. 1 ff.

D. Beschluss des Obersten Gerichtshofs vom 7. Dezember 2009²¹

Der Oberste Gerichtshof wies die Beschwerde zurück. Im Entscheid hiess es: «Obwohl der Beatmungsschlauch aufgrund der Bitte der Familienangehörigen aus der Luftröhre des Patienten entfernt wurde, sei dieser Wunsch nicht auf Basis ihrer tatsächlich informierten Einwilligung (*informed consent*) und des mutmasslichen Willens des Patienten gefällt worden. Folglich ist diese Entnahme rechtlich nicht zulässig.»

Meines Erachtens ist dieser Entscheid angemessen. E contrario wird die Entnahme des Beatmungsschlauchs rechtlich ermöglicht, wenn sie mit dem tatsächlichen Einverständnis der Familie ergeht und dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht. Jedenfalls scheint es mir so, dass die japanische Justiz dazu tendiert, einen Abbruch lebensverlängernder Massnahmen nicht zu bestrafen, solange er nicht einseitig und aufgrund einer eigenen Wertung des Arztes erfolgt. Im klinischen Umfeld wird die Nichteinleitung lebensverlängernder Massnahmen für zulässig gehalten, da sie ein Unterlassen darstellt. Dagegen wird der Abbruch der Massnahme als unzulässig erachtet, da er eine aktive Handlung erfordert und daher als Tötung strafbar ist. Diese Überlegung ist jedoch zu formalistisch.

E. Wie lässt sich ein «Sterben in Würde» etablieren?

1. Modell

Wie können wir also ein «Sterben in Würde» etablieren? Sehr schwierig sind v.a. die Fälle, in denen der Patient sein Bewusstsein verloren hat. Gemäss meiner rechtsvergleichenden Analyse gibt es in diesem Bereich drei oder vier Modelle.²²

Das erste Modell ist dasjenige des Selbstbestimmungsrechts des Patienten wie es beispielsweise in den USA und in Deutschland bekannt ist. In diesen Ländern wird der Verzicht und der Abbruch lebenserhaltender Massnahmen auf Grundlage des Selbstbestimmungsrechts des Patienten entschieden. In Fällen, in denen der Patient sein Bewusstsein verloren hat, wird der Grundsatz der stellvertretenden Entscheidung (*substituted judgement*) in Verbindung mit einer Patien-

²¹ Keishu Vol. 63, Nr. 11, S. 1899; Hanrei-jiho, Nr. 2056, S. 159; Hanrei- taimuzu Nr. 1316, S. 147.

²² Siehe *Kai* (Fn. 1), *Songenshi To Keiho* etc.

tenverfügung angewandt. Ein Vorzug dieses Modells ist die Respektierung des Wunsches des Patienten im letzten Stadium seines Lebens. Der Nachteil ist allerdings, dass es sehr schwierig zu bestimmen ist, ob die lebensverlängernden Massnahmen abgebrochen oder nicht eingeleitet werden sollen, wenn der Patient seinen Willen nicht klar ausgedrückt hat oder der Patient handlungsunfähig war. Ein weiteres Problem ist, inwieweit die Rolle der Angehörigen des Patienten ermittelt werden soll.

Das zweite Modell verfolgt den deontologischen Ansatz, wonach über ein Nichteinleiten oder ein Abbruch lebenserhaltender Massnahmen auf Grundlage der ärztlichen Berufspflicht entschieden wird. Ein Vorteil dieses Modells ist die Respektierung ärztlichen Ermessens in sehr komplizierten Situationen. Zugleich ist jedoch ein Nachteil darin zu sehen, dass zu befürchten ist, dass der Arzt die Entscheidung über ein Nichteinleiten oder ein Abbruch lebenserhaltender Massnahmen alleine basierend auf seinen eigenen Wertevorstellungen fällt. Wenn der Arzt die lebensverlängernden Massnahmen als bedeutungslos oder unnötig erachtet, ist das Recht auf Leben des Patienten bedroht.

Das dritte Modell besteht aus einem «Test der besten Interessen des Patienten» wie er in Grossbritannien verbreitet ist. Ein Vorteil dieses Modells ist, dass die betroffenen Parteien durch ihre Beratung unabhängig von der Handlungsfähigkeit des Patienten entscheiden können, auf lebensverlängernde Massnahmen zu verzichten oder solche abzurechnen. Ein Nachteil besteht allerdings darin, dass die Inhalte des «Tests der besten Interessen» ziemlich unpräzise sind.

Folglich sollten wir nach einem gemischten Modelltyp suchen, welcher das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wie im ersten Modell unterstreicht und ergänzend dazu die Elemente des «Tests der besten Interessen» des dritten Modells berücksichtigt. Mit diesem gemischten Modell können wir auch mit handlungsunfähigen Patienten umgehen. Im Übrigen scheint das französische Gesetz n° 2005-370 vom 22. April 2005 betreffend die Rechte der Kranken am Lebensende (relative aux droits des malades et à la fin de vie: JO n° 95 vom 23. April 2005) eine Mischform des ersten und zweiten Modells darzustellen.²³

²³ Siehe zu diesem französischen Gesetz die Übersetzung und Erklärungen bei *Mari Honda*, in: *Nobuyuki Iida/Katsunori Kai* (Hrsg.), *Shuumatuki Iryo To Seimeirinri* [Die Behandlung am Lebensende und Bioethik], 2008, Taiyo Shuppan, Tokyo, 2008, S. 223 ff. Zu grossem Dank bin ich Richter Christian Byk vom Berufungsgericht Paris verpflichtet, für seine höfliche Antwort auf meine Frage zum Gesetz von Paris im September 2007 und seine Gastvorlesung vom 12. März 2008 «Sterbehilfe im französischen Recht» an

2. Offizielle Richtlinien in Japan

Seit kurzem gibt es in Japan einige Richtlinien hinsichtlich eines «würdevollen Sterbens». Nachfolgend wird ein Überblick über die jüngsten Trends in Japan im Zusammenhang mit der Konzipierung einer Regelegung zu «würdevollem Sterben» aufgezeigt.²⁴

Als offizielle Richtlinie gilt der «Leitfaden zum Entscheidungsprozess bei der Sterbebegleitung» des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt vom Mai 2007. Der Name dieser Richtlinie wurde 2015 in «Leitfaden für den medizinischen Entscheidungsprozess am Lebensende» geändert. Die Richtlinie hat folgenden Inhalt:

A. Das ideale Vorgehen bei der Sterbebegleitung:

- 1) Das wichtigste Prinzip ist, dass der Patient durch die praktizierenden Ärzte unterrichtet und aufgeklärt wird und er sich entsprechend mit denselben berät. Anschliessend sollte sich die Sterbebegleitung nach der Bestimmung des Patienten richten.
- 2) Der Beginn oder Nichtbeginn, der Wechsel, der Abbruch oder die Fortsetzung einer medizinischen Behandlung sollte sorgfältig auf Grundlage der medizinischen Notwendigkeit und Eignung bestimmt werden.
- 3) Das Pflgeteam ist verpflichtet, Schmerzen oder sonstige unangenehme Symptome des Patienten möglichst hinreichend zu lindern sowie künstliche medizinische Versorgung einschliesslich seelischer und sozialer Unterstützung dem Patienten und seinen Angehörigen zur Verfügung zu stellen.
- 4) Aktive Sterbehilfe, welche darauf abzielt, das Leben des Patienten zu verkürzen, stellt keinen Gegenstand dieser Leitlinie dar.

der Universität Waseda. Letztere wurde ins Japanische übersetzt: *Yoshimi Kakimoto/Katsunori Kai*, in: *Katsunori Kai* (Hrsg. und Übersetzer), *Kaigai no Anrakushi/Jisatsu Hojo to Ho* [Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in den Common Law -, Zivilrechts- und Benelux-Staaten], 2015, Keio University Press, S. 103–119.

²⁴ Im Einzelnen siehe *Iida/Kai* (Fn. 23) (Hrsg.), *Katsunori Kai/Noritoshi Tanida* (Hrsg.), *Anrakushi – Songenshi* [Sterbehilfe – Sterben in Würde], 2012, Maruzen-shuppan, Tokyo; *Katsunori Kai* (Hrsg.), *Shuumatsuikiiryō To Ijiho* [Sterbebegleitung und Medizinrecht], 2013, Shinzansha, Tokyo.

B. Entscheidungsfindungsprozess des Sterbebegleitungsplans

Der Entscheidungsprozess auf der Ebene der Sterbebegleitung ist folgender:

- 1) In Fällen, in denen der Wille des Patienten nachgewiesen werden kann:
 - a. Grundlage ist die Beschlussfassung des Patienten aufgrund seiner Einwilligungserklärung, welche sich auf spezifische medizinische Erörterungen stützt. Die Sterbebegleitung sollte sodann von einem interdisziplinären medizinischen Versorgungsteam vorgenommen werden.
 - b. Bei der Bestimmung des medizinischen Behandlungsplans sollen der Patient und die Ärzte zu einer Übereinkunft kommen und deren Inhalt geordnet in einer Dokumentation festhalten.
Im Laufe der Zeit kann sich der Zustand des Patienten ändern und eine erneute medizinische Beurteilung gebieten. Unter Berücksichtigung der Veränderbarkeit des Patientenwillens, sollte der Patient jedes Mal erneut aufgeklärt werden und der Patientenwille ist ebenfalls erneut bestätigen zu lassen.
 - c. Bei diesem Vorgehen ist es wünschenswert, den Inhalt des Entscheids den Angehörigen mitzuteilen, soweit dies vom Patienten nicht abgelehnt wird.
- 2) In Fällen, in denen der Wille des Patienten nicht nachgewiesen werden kann, muss das Pflorgeteam entsprechend der nachfolgenden Reihenfolge sorgfältig entscheiden:
 - a. Wenn die Familienangehörigen den Willen des Patienten vermuten können, soll im Wesentlichen sein mutmasslicher Wille respektiert und der beste Plan für die medizinische Behandlung des Patienten angewendet werden.
 - b. Können die Familienangehörigen keine Vermutungen über den Willen des Patienten anstellen, soll sich das Pflorgeteam grundlegend mit der Familie beraten, was das Beste für den Patienten wäre, und den bestmöglichen medizinischen Behandlungsplan für den Patienten anwenden.
 - c. Wenn der Patient keine Familienangehörigen hat oder diese die Beurteilung dem Pflorgeteam überlassen, so soll das Pflorgeteam den bestmöglichen medizinischen Behandlungsplan für den Patienten anwenden.

C. Bildung einer interdisziplinären Kommission

Die interdisziplinäre Kommission hat über den medizinischen Behandlungsplan in den obigen Fällen A. und B. zu entscheiden,

- wenn es wegen der schlechten körperlichen Verfassung des Patienten unmöglich ist, innerhalb des Pflorgeteams über den Inhalt der medizinischen Behandlung zu befinden;
- wenn bei der Beratung zwischen dem Patienten und den Ärzten keine Einigung bezüglich einer angemessenen und geeigneten medizinischen Behandlung zu Stande kommt;
- wenn zwischen den Familienangehörigen oder im Rahmen der Beratung mit den Ärzten Meinungsverschiedenheiten bestehen und keine Einigung über angemessene und geeignete Inhalte der medizinischen Behandlung erzielt werden kann.

Die interdisziplinäre Kommission muss unabhängig konstituiert werden und Erwägungen anstellen sowie Empfehlungen abgeben in Bezug auf den medizinischen Behandlungsplan etc.

Die Bedeutung dieser Richtlinie ist darin zu sehen, dass damit gerade eine offizielle Regelung in Japan aufgestellt wurde. Prinzipiell ist es wichtig, dass diese Richtlinie mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten durch das Fachteam bei der Sterbebegleitung berücksichtigt wird. Wir müssen jedoch auch die Grenzen und Schwierigkeiten dieser Richtlinie kennen. Wie können wir sie anwenden? Die medizinische Praxis ist nun mit dieser Thematik konfrontiert, da viele Aspekte bei wichtigen Punkten unklar blieben. Wo liegt die Grenze bei einer Ersatzbeurteilung? Welche Rolle kommt der Familie zu? Welche Kriterien sollen beim Nichteinleiten oder beim Abbruch von lebensverlängernden Massnahmen angewendet werden? Ist die Ethikkommission effektiv wirksam? Diese Themen müssen wir von nun an bewältigen.

Im Übrigen werden auch in Japan zunehmend Leitlinien in diesem Bereich aufgestellt (z.B. von der Japanischen Ärztekammer, der Japanischen Gesellschaft für Palliativmedizin, der Japanischen Vereinigung für Akutmedizin usw.). Wir müssen diese Richtlinien an die offiziellen Leitlinien anpassen. Ferner kann bei den Mitgliedern des Parlaments und der Japanischen Gesellschaft für würdevolles Sterben eine Tendenz in Richtung Gesetzgebung für ein «Sterben in Würde» festgestellt werden. Allerdings erscheint es mir so, dass eine einfache Gesetzgebung einige zentrale Probleme aufweist.

IV. Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann allgemein gesagt werden, dass in Japan eine vorsichtige Haltung gegenüber der Sterbehilfe besteht. Der Ärzteschaft wird vor dem Hintergrund dieser Situation auch ein gewisses Misstrauen entgegengebracht. Deshalb tendieren viele Leute dazu, eine Gesetzesbestimmung oder eine Verordnung, welche wie in den Niederlanden die «aktive Sterbehilfe» oder in den USA im Bundesstaat Oregon «den medizinisch assistierten Suizid» zulässt, abzulehnen.

Viele Leute wünschen sich jedoch, dass die mit einem «Sterben in Würde» verbundenen Probleme in Japan schneller gelöst werden würden. Darum sollten wir zunächst eine Lösung dieser Probleme anstrengen. Ist es in Bezug auf ein «Sterben in Würde» besser Richtlinien aufzustellen oder Gesetze zu erlassen? Meines Erachtens ist ein Richtliniensystem dazu besser geeignet als Gesetze, denn obwohl ersteres keine Sanktionen vorsieht, ist es anpassungsfähiger und kann als Soft Law etabliert werden.

Jedenfalls sollte über diese Aspekte nur unter der Bedingung, dass das Recht auf Leben des Patienten genügend geschützt wird, diskutiert werden.²⁵

²⁵ Meine seit 2005 veröffentlichten Aufsätze über die Sterbehilfe und das Sterben in Würde wurden als Buch (auf Japanisch) veröffentlicht; siehe *Katsunori Kai, Shuumatsuki Iryou To Keiho* (Die Behandlung am Lebensende und das Strafrecht), 2017, Tokyo, Seibundo.