

Patientenverfügung und strafrechtliche ärztliche Verantwortung

von Reglindis Böhm

Die Patientenverfügung gewinnt als Mittel zur Wahrnehmung des grundgesetzlich gemäß Artikel 1 und Artikel 2 GG geschützten Selbstbestimmungsrechts des Menschen für die ärztliche Behandlung am Ende seines Lebens zunehmend an Bedeutung. So war die Patientenautonomie am Ende des Lebens Thema der zivilrechtlichen Abteilung des 63. Deutschen Juristentags und zahlreicher Entscheidungen und Veröffentlichungen der letzten Jahre¹. Die Patientenverfügung war Gegenstand des Zwischenberichts der Enquête-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin² sowie eines inzwischen zurückgezogenen Referentenentwurfs des Bundesministeriums der Justiz vom 2. November 2004³, der Deutsche Juristentag 2006 wird sich in seiner strafrechtlichen Abteilung erneut damit befassen. Auch die Grundsätze der Bundesärztekammer vom 30. April 2004 zur ärztlichen Sterbebegleitung⁴ heben die Patientenverfügung als „wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes“ hervor und setzen sich eingehend mit ihrer Bindungswirkung auseinander.

Die Frage, wieweit

1. Art und Umfang der ärztlichen Behandlung durch den Willen des Patienten bestimmt werden können und wieweit
2. eine Patientenverfügung auch dann für den Arzt verbindlich ist, wenn der Patient das Bewusstsein verloren hat oder aus anderen Gründen nicht mehr einwilligungsfähig ist, ist jedoch immer noch nicht eindeutig beantwortet.

Art und Umfang

a) Ist der Patient noch bei klarem Bewusstsein und kann die Tragweite seiner Erklärungen – in der Regel nach vorheriger ärztlicher Aufklärung – übersehen, so hat der Arzt auch nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer „die aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen.“ Der Arzt soll dem Patienten lediglich helfen, die Entscheidung zu überdenken. Die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist wesentlicher Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs⁵. Eine Zwangsbehandlung ist nicht zulässig und verstößt gegen Artikel 1 und 2 GG. Der einwilligungsfähige Patient kann also eine Operation, Dialyse, künstliche Ernährung oder Beatmung ablehnen. Werden solche Maßnahmen gegen seinen Willen durchgeführt, sind sie als rechtswidrige Körperverletzung zu qualifizieren, können Schadensersatzansprüche auslösen und sind grundsätzlich strafbar.

b) Der Wunsch nach einer gezielten Tötung ist dagegen unbeachtlich. Ein Anspruch auf aktive Sterbehilfe wird selbst dann nicht anerkannt, wenn für einen bewusstseinsklaren, bewegungsunfähigen und moribunden Menschen ohne Sterbehilfe das Lebensrecht zu einer Lebenspflicht werden kann⁶. Die aktive

Sterbehilfe ist als Tötungsdelikt ausnahmslos und auch dann strafbar, wenn sie auf Anweisung des Patienten oder auf Grund einer Patientenverfügung erfolgt⁷.

c) Ein Tötungsdelikt (Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB) kommt im Hinblick auf die ärztliche Garantenstellung auch im Zusammenhang mit einem Selbstmord in Betracht. Zwar ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und einhelliger Meinung der Lehre die Teilnahme an der Selbsttötung eines voll verantwortlich handelnden Menschen straflos, weil sie nicht den Tatbestand eines Tötungsdelikts erfüllt und es an einer Haupttat fehlt⁸. Im Hinblick darauf, dass viele Selbstmörder – die Rede ist von mehr als 90 % – nicht eigenverantwortlich Hand an sich legen sollen⁹, dürfte für einen Arzt, der für seinen Patienten ein Mittel zur Selbsttötung beschafft und möglicherweise selbst die Tatherrschaft hat, das Risiko einer Bestrafung wegen Tötung auf Verlangen jedoch hoch sein. Aber auch in Fällen, in denen der Suizident noch Herr des Geschehens ist, muss der Arzt aufgrund der Verpflichtung eines jeden zur Hilfestellung bereits dann eingreifen, wenn durch die Selbsttötungsabsicht eine unmittelbare Gefahrenlage entstanden ist (Strafbarkeit nach § 323 c StGB). Der Übergang der Tatherrschaft bei Eintritt der Bewusstlosigkeit des Selbstmörders auf den obhutspflichtigen Arzt als Garanten kann zu einer die Strafbarkeit aus § 323 c StGB verdrängenden Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen führen¹⁰.

Anders ist die Rechtslage, wenn – ausnahmsweise – die volle Verantwortlichkeit des Suizidenten für die Tat bewiesen ist¹¹. Insoweit ist ein als Sterbehelfer handelnder Psychologe für die Verabreichung eines schnell wirkenden Barbiturats an eine an multipler Sklerose erkrankte, weitestgehend bewegungsunfähige Ärztin, die sich der Tragweite ihres Todesentschlusses voll bewusst war und dies auch dokumentierte, nur wegen eines Verstoßes gegen §§ 29 Abs. 1 Nr. 1 und 6 b BTMG bestraft worden.

Die Frage, ob dies auch gilt, wenn eine schriftliche Erklärung einer 76-jährigen, im Jahre ihres Todes verwitweten Frau vorliegt, die eine Einweisung in ein Krankenhaus oder eine Intensivstation und die Gabe lebensverlängernder Medikamente untersagt und die schriftliche Bitte „kein Krankenhaus“ vor der Selbsttötungshandlung nochmals wiederholt hatte, hat der BGH nicht abschließend entschieden¹². Er hat ausgeführt, ein Tötungsdelikt entfalle nicht schon deshalb, weil sich der zur Fürsorge verpflichtete Hausarzt dem Willen der bewusstlos angetroffenen Suizidentin untergeordnet habe (so aber die Vorinstanz Landgericht Krefeld). Denn nach allgemeinen Grundsätzen sei wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen strafbar, wer einen Bewusstlosen in dieser lebensbedrohenden Lage antreffe und ihm die erforderliche und zumutbare Hilfe zur Lebensrettung nicht leiste, obwohl ihn wie den Arzt Garantenpflichten für das Leben träfen. Die Suizidentin habe die Tatherrschaft endgültig verloren, der Garant habe sie nun allein und müsse eingreifen. Eine Garantenstellung sei für den Arzt auch nicht deshalb entfallen, weil ihm seine Patientin die lebensrettende Behandlung untersagt habe. Das Arzt-Patientenverhältnis habe weiter bestanden. Jedoch habe ein Konflikt zwischen der Pflicht zur Lebensrettung und dem Selbstbestimmungsrecht der Patientin vorgelegen. Welche Verpflichtung im Kollisionsfall den Vorrang habe, unterliege pflichtgemäßer ärztlicher Entscheidung. Hier sei der Arzt davon ausgegangen, dass die Patientin bereits schwer und irreversibel geschädigt gewesen, der fortschreitende Verfall nicht mehr aufzuhalten gewesen sei. Wenn der Arzt daher nicht den bequemeren Weg der Einweisung in eine Intensivstation gewählt, sondern in Respekt vor der Persönlichkeit der Sterbenden bis zum Todeseintritt bei ihr ausgeharrt habe, sei seine Gewissensentscheidung nicht als unvertretbar

anzusehen. Eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung scheidet wegen der Unzumutbarkeit einer solchen in der bestehenden äußersten Grenzlage ebenfalls aus, obwohl nur der Tod der Hilfspflicht Grenzen setzt.

Der BGH misst der Erklärung der Patientin, die als Patientenverfügung zu werten ist, daher doch eine gewisse Bedeutung zu, wenn auch nur im Rahmen der subjektiven Seite und nicht bei der Prüfung der Rechtswidrigkeit der unterlassenen Maßnahme.

d) Von der aktiven Sterbehilfe durch Tun oder Unterlassen abzugrenzen ist die sog. Indirekte Sterbehilfe. Diese erlaubt eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation beim tödlich Kranken auch dann, wenn sie als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann. Das Handeln des Arztes ist durch die Notstandsregelung des § 34 StGB gerechtfertigt, soweit es nicht ausnahmsweise dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten widerspricht¹³. Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem Patientenwillen ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch eine kurze Zeit länger leben zu müssen¹⁴. Indirekte Sterbehilfe kann daher auch durch eine Patientenverfügung verlangt werden und ist nicht strafbar.

Beim sterbenden Patienten ändert sich das Behandlungsziel. Im Vordergrund stehen u.a. Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung sehen bei infauster Prognose daher auch anstelle lebensverlängernder und lebenserhaltender Maßnahmen die palliativ-medizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen vor. Bei vorenthaltener Schmerztherapie können sich Ärzte wegen Körperverletzung strafbar machen¹⁵.

Verbindlichkeit

Besondere Bedeutung kommt der Patientenverfügung für den Fall des Eintritts der Bewusstlosigkeit oder Einwilligungsunfähigkeit als antizipierter Willensbekundung des Patienten zu, wobei es nicht darauf ankommt, ob man wie Holzhauser die Bindungswirkung einer solchen Erklärung und die damit verbundene Überwindung der Schwelle des Verlustes der Entscheidungsfähigkeit aus dem §§ 168, 672 BGB zugrunde liegenden Rechtsgedanken sowie dem Abwehrrecht des Patienten aus § 823 Abs. 1 und 2 BGB in Verbindung mit § 223 StGB, § 1004 analog BGB herleitet¹⁶ oder wie der Bundesgerichtshof aus dem Rechtsgedanken des § 130 Abs. 2 BGB¹⁷. Die Entscheidung des 12. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003 in einem Betreuungsfall geht davon aus, dass eine in einwilligungsfähigem Zustand abgegebene Erklärung, mit der der Patient seine Einwilligung in bestimmte ärztliche Behandlungsmaßnahmen erteilt oder verweigert hat, bei Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit nach dem Rechtsgedanken des § 130 Abs. 2 BGB weiter gilt. Der Betreuer, der Sohn des Patienten, hatte im Hinblick auf eine schriftlich vorliegende Verfügung seines Vaters beim Amtsgericht die Einstellung der künstlichen Ernährung durch eine PEG-Sonde verlangt. Diese Verfügung lautete in dem hier maßgeblichen Teil:

„Für den Fall, dass ich zu einer Entscheidung nicht mehr fähig bin verlange ich:

Im Fall meiner irreversiblen Bewusstlosigkeit, schwerster Dauerschäden des Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder im

Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit, wenn die Behandlung nur noch dazu führen würde, den Vorgang des Sterbens zu verlängern, will ich

- *keine Intensivbehandlung*
- *Einstellung der Ernährung ...“*

Der Bundesgerichtshof hat die Prüfungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts für die beantragte Maßnahme im Wege einer Fortbildung des Betreuungsrechts bejaht und ausgeführt, der Betreuer habe dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung Geltung zu verschaffen. Die Verweigerung einer angebotenen lebenserhaltenden oder -verlängernden ärztlichen Behandlung sei jedoch nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts wirksam. Das Vormundschaftsgericht müsse der Entscheidung des Betreuers gegen die Behandlung zustimmen, wenn feststehe, dass die Krankheit des Betroffenen einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen habe und die ärztlicherseits angebotene Behandlung dem früher erklärten fortgeltenden Willen des Betreuten, hilfsweise dessen (individuell) mutmaßlichem Willen widerspreche¹⁸. Eine lebensverlängernde oder -erhaltende Behandlung des einwilligungsunfähigen Patienten sei bei medizinischer Indikation auch ohne Einwilligung des Betreuers zunächst bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts durchzuführen oder fortzusetzen.

Diese Einschränkung der Bindungswirkung einer Patientenverfügung ist weder mit dem Rechtsinstitut einer antizipierten Willensäußerung mit bindender Wirkung für die Zukunft vereinbar, noch entspricht sie dem in der Patientenverfügung des Betreuten niedergelegten Wunsch nach Einstellung der Ernährung im Falle seiner irreversiblen Bewußtlosigkeit – also auch ohne irreversibel tödlichen Verlauf der Krankheit. Die Ausführungen des Bundesgerichtshofs definieren den Begriff des irreversibel tödlichen Verlaufs nicht und sind auch insoweit unklar, als sie nicht ohne weiteres erkennen lassen, ob ein irreversibel tödlicher Verlauf des Grundleidens eine unmittelbare Todesnähe voraussetzt, der Sterbeprozess also begonnen haben muss oder ob er auch dann gegeben ist, wenn die Krankheit irreversibel tödlich, aber noch nicht absehbar ist, wann der Tod eintritt. Die Vorsitzende des 12. Zivilsenats hat sich für die der Entscheidung wohl entsprechende letztere Interpretation ausgesprochen, da der Mensch ein Lebensrecht, aber keine Lebenspflicht habe¹⁹. Aus medizinischer Sicht sind Bühler/Stolz²⁰ der Auffassung, dass von einem irreversibel tödlichen Verlauf des Grundleidens dann auszugehen sei, wenn die Erkrankung folgende (kumulative) Merkmale aufweise:

1. Irreversible Bewusstlosigkeit und Kommunikationsunfähigkeit
2. Schwerstpflegebedürftigkeit
3. Notwendigkeit medizinisch indizierter künstlicher Unterstützung von Nahrungsaufnahme, Entgiftung und Ausscheidung oder Beatmung
4. Rasches Ableben bei Beendigung dieser künstlichen Unterstützungsmaßnahmen ist mit Sicherheit zu erwarten.

Der Bundesgerichtshof hat sich in seiner einschränkenden Auslegung der Patientenverfügung von der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Strafsachen leiten lassen. Diese geht grundsätzlich davon aus, dass ein Behandlungsabbruch nur dann als zulässige passive Sterbehilfe anzusehen ist, wenn das Grundleiden des Kranken unumkehrbar ist, einen tödlichen Verlauf genommen hat und der Tod in

kurzer Zeit eintreten wird²¹. Hat der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt, so ist gleichwohl auch nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes in Strafsachen ein Behandlungsabbruch bei entsprechendem Patientenwillen als Ausdruck der allgemeinen Entscheidungsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) zulässig²². An die Annahme eines mutmaßlichen Willens sind jedoch erhöhte Anforderungen zu stellen, denn der Gefahr, dass Arzt, Angehörige oder Betreuer das Leben des entscheidungsunfähigen Kranken nach eigenen Maßstäben als sinnlos beenden, muss begegnet werden²³. Im Zweifel hat der Lebensschutz Vorrang.

In dem der Entscheidung des 12. Zivilsenats zugrunde liegenden Fall lag eine ausdrückliche Anweisung zur Einstellung der Ernährung bei irreversibler Bewusstlosigkeit des Patienten als antizipierte Erklärung vor. Ein Behandlungsabbruch wäre daher nicht rechtswidrig gewesen, denn es fehlte die erforderliche Einwilligung des Patienten zur Weiterbehandlung, so dass auch eine Strafbarkeit des Arztes wegen eines Tötungsdeliktes entfällt. Zum gleichen Ergebnis kommt man, wenn man die Verfügung zum Abbruch der Ernährung bei dem inzwischen bewusstlosen Patienten lediglich als dessen mutmaßlichen Willen gelten lässt, weil sich der Patient nicht mehr aktuell äußern kann. Denn nach dem Wortlaut der Patientenverfügung des Betreuten ist auch dessen mutmaßlicher Wille eindeutig. In der strafrechtlichen Rechtsprechung und im Schrifttum wird daher ganz überwiegend der Behandlungsabbruch als Unterlassung der Weiterbehandlung oder die Unterlassung einer Behandlung durch Verzicht auf medizinisch-technische Intervention auf Wunsch des Patienten als nicht strafbar angesehen, wenn der Patient seiner Erkrankung ihren natürlichen, zum Tode führenden Verlauf lassen will²⁴. Eine Patientenverfügung dieses Inhalts ist Ausfluss des verfassungsmäßigen Selbstbestimmungsrechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und eines Sterbens in Würde. Dies verkennt die Enquêtekommission Ethik und Recht der modernen Medizin in ihrem Zwischenbericht vom 13. September 2004, wenn sie Patientenverfügungen, die einen Behandlungsabbruch oder -verzicht vorsehen, der zum Tode führen würde, auf Fälle beschränken will, in denen das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tode führt. Wachkoma und Demenz könnten dann als nicht irreversible tödliche Grundleiden nicht Gegenstand einer bindenden Patientenverfügung sein. Die Rechtsprechung und der inzwischen zurückgezogene Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz zur Änderung des Betreuungsrechts sind dieser Meinung mit Recht nicht gefolgt. Auch spätere Entscheidungen zur Zulassung des Behandlungsabbruchs betreffen Fälle schwerer hirnanorganischer Schäden bei Demenz, die eine Kommunikation nicht mehr zulassen²⁵ und geben dem durch den Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten vermittelten Wunsch des Patienten nach einem Behandlungsabbruch statt. Gegenstand der Rechtsprechung zur Einstellung der künstlichen Ernährung ist, wie in der Entscheidung des 12. Zivilsenats, fast ausschließlich die Ernährung durch eine PEG-Sonde²⁶. Das Legen einer PEG-Sonde ist ein gerade für ältere Menschen nicht risikoloser operativer Eingriff, der bei mindestens 20 bis 25 % der über 75-jährigen Patienten zu Komplikationen führt, ein verstärktes Krankheitsgefühl hervorruft und länger dauernde gesundheitliche Schäden zur Folge haben kann, so dass im Betreuungsfall sogar eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach § 1904 BGB beantragt werden müsste²⁷. Das Legen einer PEG-Sonde ohne Einwilligung des Patienten ist daher eine rechtswidrige Körperverletzung. Liegt eine Patientenverfügung vor, die künstliche Ernährung verbietet, so darf auch beim einwilligungsunfähigen Patienten

eine PEG-Sonde nicht gelegt werden. Ein etwaiger Betreuer oder Vorsorgeberechtigter ist hieran gebunden.

Für die Beurteilung der Frage, ob eine Behandlungsbegrenzung, die zum Tode führt, aufgrund einer Einwilligung gerechtfertigt ist, kommt es im Übrigen nicht darauf an, ob ein Betreuer bestellt und eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung eingeholt worden ist²⁸. Diese soll nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes nur die Beachtung des Patientenwillens gewährleisten und ist ohnehin nur im Konfliktfall zwischen Arzt und dem Vertreter des einwilligungsunfähigen Patienten nötig. Bietet der Arzt wegen mangelnder medizinischer Indikation oder aufgrund der Patientenverfügung keine Weiterbehandlung an, besteht auch kein Konflikt zwischen dem die Behandlung (unter Umständen durch seinen Betreuer oder Bevollmächtigten) ablehnenden Patienten und dem Arzt. In der strafrechtlichen Literatur wird vereinzelt die Meinung vertreten, der Arzt setze sich ohne Einschaltung des Vormundschaftsgerichts unter Umständen dem erheblichen Risiko einer unzutreffenden Beurteilung des Patientenwillens aus und könne sich dann kaum auf einen Erlaubnistatbestandsirrtum berufen²⁹. Im Hinblick darauf und auch wegen der kontroversen Auffassungen zur Frage von Bindung und Reichweite der Patientenverfügung ist eine gesetzliche Klarstellung im Strafrecht geboten. Eine Regelung, wie sie der Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004 als ergänzenden Abs. 3 zu § 216 StGB vorgeschlagen hat:

„Nicht strafbar ist

- 1. die Anwendung einer medizinisch angezeigten, Leid mindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung verkürzt*
- 2. das Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht³⁰.“*

würde der Patientenautonomie als verfassungsmäßig begründetem Recht entsprechen und keineswegs den Weg in die aktive Sterbehilfe bereiten, wie Student³¹ meint. Es ist kaum anzunehmen, dass ein Arzt den Patienten in eine tiefe Bewusstlosigkeit versetzt, um dann aufgrund einer vorliegenden Patientenverfügung die Behandlung abzubrechen. Das wäre nach wie vor ein strafbares Tötungsdelikt.

Durch eine Ergänzung des Straftatbestandes der Tötung auf Verlangen im Sinne des Vorschlags der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ wäre zudem klargestellt, dass eine Patientenverfügung auch bei infauster Prognose gelten soll. Zu eng ist insoweit die von M. v. Renesse³² vorgeschlagene Formulierung:

„Wer bei einem Kranken lebensverlängernde medizinische Hilfe unterlässt und so den durch ein Grundleiden drohenden Tod nicht verhindert, bleibt straflos, wenn nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht zu erwarten ist, dass medizinische Hilfe das Grundleiden selbst heilen, lindern oder wenigstens zu seiner Heilung oder Linderung beitragen kann. Das gilt jedoch nur dann, wenn der Kranke selbst einen dahin gehenden Willen geäußert oder – falls er zur Willensbildung oder -äußerung nicht mehr in der Lage war – vorher einen solchen Willen klar, etwa durch eine Patientenverfügung, zum Ausdruck gebracht hat.“

Kann der Wille zum Behandlungsverzicht mit der erforderlichen Sicherheit für den aktuellen Fall ermittelt werden, so ist er ebenso zu beachten wie im Falle der aktuell

erklärten Behandlungsverweigerung³³. Gerade die am häufigsten abgelehnte künstliche Ernährung darf, falls sie in einer Patientenverfügung abgelehnt wird, entweder nicht begonnen oder sie muss abgebrochen werden.

Kommt der Arzt diesem Patientenwunsch nicht nach, liegt tatbestandsmäßig auch beim einwilligungsunfähigen Menschen eine Körperverletzung vor. Allerdings wird eine Strafbarkeit des behandelnden Arztes im Hinblick auf die kontrovers geführte Debatte zum Behandlungsabbruch insbesondere bei Komapatienten aus subjektiven Gründen nicht in Betracht kommen, zumal auch weitere Voraussetzungen für die bindende Wirkung einer Patientenverfügung wie vorherige Aufklärung über ihre Tragweite durch einen Arzt oder fachkundigen Berater mit beachtlichen Gründen diskutiert werden³⁴.

Anmerkungen

[1](#) Lipp FamRZ 2004, 317 ff. m. w. N.; Kutzer BtPrax 2005, 50 ff. m. w. N. in Fn 4.

[2](#) Bundestagsdrucksache 15/3700 vom 13.9.2004.

[3](#) Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts.

[4](#) Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL) 2004, 57 f.

[5](#) BVerfGE 52, 131/170.

[6](#) BGH NStZ 2003, 537/538.

[7](#) Vgl. zur weiteren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes in Strafsachen und zur Positionierung des djb zur aktiven Sterbehilfe Ch. Schreiber, aktuelle Informationen des djb 2004, 39 ff.

[8](#) BGHSt 32, 367/371; BGHSt 46, 279/284.

[9](#) Angaben bei BGHSt 32, 373.

[10](#) BGHSt 32, 375.

[11](#) BGHSt 46, 279 ff.

[12](#) BGHSt 32, 367 ff.

[13](#) BGHSt 46, 279/285.

[14](#) BGHSt 42, 301/305.

[15](#) Kutzer, MedR 2001, 77/78.

[16](#) Die Praxis des Familienrechts 2005, 233 ff./242, 243.

[17](#) FamRZ 2003, 748 ff./750.

[18](#) BGH FamRZ 2003, a.a.O., 754.

[19](#) FamRZ 2003, 1619/1621.

[20](#) FamRZ 2003, 1622 f.

[21](#) BGHSt 40, 257, 260.

[22](#) BGHSt 40 a.a.O., 260.

[23](#) BGHSt 40 a.a.O., 260/261.

[24](#) Kutzer MedR 2001 a.a.O., 78; Lackner/Kühl StGB, 24. Aufl. RZ 8 vor 211 m.w.N.

[25](#) LG Ellwangen FamRZ 2004, 732 ff.; Behandlungsabbruch bei irreversibel tödlich verlaufendem Grundleiden ohne Todesnähe, Erklärung des Vorsorgebevollmächtigten ist zu behandeln wie Erklärung des Betreuers; OLG Karlsruhe FamRZ 2004, 1319 ff.

[26](#) OLG Frankfurt am Main FamRZ 98, 1137; OLG Karlsruhe FamRZ 2002, 488; LG München FamRZ 99, 742; LG Ellwangen FamRZ 2004 a.a.O.

[27](#) L. H. Schreiber, BtPrax 2003, 148 ff.

[28](#) Verrel, NStZ 2003, 449/452.

[29](#) Verrel, a.a.O., 452, 453.

[30](#) Abgedruckt bei Student ZfL 2004, 94/98.

[31](#) ZfL 2004 a.a.O., 99.

[32](#) BtPrax 2005, 47 ff./49.

[33](#) Verrel, NStZ 2003, 458.

[34](#) Taupitz, Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag 2000 A 111 ff.; 118 f.; Lipp FamRZ 2004 a.a.O. Fußnote 65; Zwischenbericht der Enquêtekommission Ethik und Recht der modernen Medizin a.a.O., S. 41 unter 6.4.1.

Reglindis Böhm ist Landgerichtspräsidentin a.D. und Mitglied der Kommission „Ältere Menschen“ des djb.