

Schriften zum Bürgerlichen Recht

Band 258

**Passive Sterbehilfe bei
entscheidungsunfähigen Patienten
und das Betreuungsrecht**

Von

Johannes Heyers



Duncker & Humblot · Berlin

JOHANNES HEYERS

**Passive Sterbehilfe bei entscheidungsunfähigen Patienten
und das Betreuungsrecht**

Schriften zum Bürgerlichen Recht

Band 258

Passive Sterbehilfe bei entscheidungsunfähigen Patienten und das Betreuungsrecht

Von

Johannes Heyers



Duncker & Humblot · Berlin

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Heyers, Johannes:

Passive Sterbehilfe bei entscheidungsunfähigen Patienten
und das Betreuungsrecht / von Johannes Heyers. – Berlin :
Duncker und Humblot, 2001

(Schriften zum bürgerlichen Recht ; Bd. 258)

Zugl.: Göttingen, Univ., Diss., 2000

ISBN 3-428-10561-3

Alle Rechte vorbehalten

© 2001 Duncker & Humblot GmbH, Berlin

Fremddatenübernahme und Druck:

Berliner Buchdruckerei Union GmbH, Berlin

Printed in Germany

ISSN 0720-7387

ISBN 3-428-10561-3

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ☉

*Meinen Eltern
in Liebe und Dankbarkeit*

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im Sommersemester 2000 von der Juristischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen als Dissertation angenommen. Das Manuskript ist vor Drucklegung um die Literatur aus dem Schrifttum aktualisiert und ergänzt worden, die im Zuge des 63. Deutschen Juristentags zu Leipzig im September 2000 erschien.

Bei meinem verehrten Doktorvater, Frau Prof. Dr. Christiane Wendehorst, möchte ich mich für die Betreuung der Arbeit und die überaus großzügige Förderung, die mir durch sie zuteil wurde, herzlich bedanken. Dank schulde ich auch Frau Prof. Dr. Barbara Veit für die zügige Erstellung des Zweitgutachtens.

Gelegenheit zu fruchtbaren Diskussionen und weiterführenden Anregungen gaben mir Prof. Dr. Dirk Olzen, Institut für Rechtsfragen der Medizin, Düsseldorf, und Prof. Dr. Johannes Dietlein, ebenfalls Düsseldorf. Sie haben zu der Entstehung der Arbeit wesentlich beigetragen.

Viele anregende Gespräche durfte ich mit den Mitarbeitern des Göttinger Instituts – Sigrid Achenbach, Ole Böger, Tilman Finke, Bettina Löber, Stefanie Nehrenberg, Karsten Raupach, Barbara Reich, Rouven Seeberg, Mario Stillig und Michael Wiemer – führen. Die außerordentlich kollegiale, ja freundschaftliche Zusammenarbeit hat mir die Arbeit sehr erleichtert und über Schwierigkeiten hinweggeholfen.

Der Herr Direktor des AG Kempen, Herr Reiner Rohde, hat sich mehrfach geduldig meinen Fragen gestellt und das Projekt mit wertvollen Ratschlägen aus der Sicht der betreuungsrechtlichen Praxis begleitet. Für seine uneigennützig Hilfe danke ich ihm sehr.

Viersen, im Juni 2001

Johannes Heyers

Inhaltsverzeichnis

1. Teil

Dogmatische Grundlagen	17
I. Problemstellung	17
II. Fallgruppen der Sterbehilfe	19
1. Aktive Sterbehilfe	19
2. Indirekte Sterbehilfe	21
3. Passive Sterbehilfe	23
a) Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen als sog. „passive Sterbehilfe im engeren Sinne“	23
b) Verzicht auf lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen als sog. „passive Sterbehilfe im weiteren Sinne“	25
4. Ärztliche Sterbebegleitung	26
III. Passive Sterbehilfe und Suizid	27
IV. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und das Erfordernis der Einwilligung in ärztliche Maßnahmen nach Aufklärung	28
1. Bedeutung der Indikation	29
2. Autonomie und Selbstbestimmungsrecht des Patienten	32
3. Einwilligung	34
4. Aufklärung	39
a) Ethische und rechtliche Grundlagen	40
b) Inhalt und Durchführung der Aufklärung im allgemeinen	41
c) Notwendigkeit der Selbstbestimmungsaufklärung	42
d) Umfang der Aufklärung	45
aa) Allgemeine Kriterien für den Aufklärungsumfang	45
bb) Besondere Einschränkungen der Aufklärungspflicht	47
(1) Informierter Patient	47
(2) Aufklärungsverzicht	48

(a) Ausdrücklicher und konkludenter Verzicht	49
(b) Umfang des Verzichts	50
(3) Therapeutisches Privileg	51
V. Die Behandlungsanweisung an den Arzt, passive Sterbehilfe zu leisten	55
1. Die Bestandteile der Behandlungsanweisung zu passiver Sterbehilfe	55
2. Die Rechtsnatur der Behandlungsanweisung, passive Sterbehilfe zu leisten	57
a) Die Rechtsnatur der Einwilligung	57
aa) Der Standpunkt des Gesetzgebers	57
bb) Auffassungen in Rechtsprechung und rechtswissenschaftlicher Litera- tur	60
(1) Die sog. Willenserklärungstheorie	61
(2) Die Auffassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung und eini- ger Stimmen des Schrifttums	62
(3) Diskussion	65
(a) Schluß von der Unanwendbarkeit der §§ 182 ff. BGB auf die Rechtsnatur der Behandlungsanweisung	65
(b) Disponibilität der betroffenen Rechtsgüter	67
(c) Rechtsfolgewille	69
(d) Behandlungsvertrag und Behandlungsanweisung	73
b) Die Rechtsnatur von Einwilligungsverweigerung und -widerruf	74
VI. Die Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts	75
1. Die Entscheidungsfähigkeit des Patienten als zentrale Voraussetzung einer eigenen Behandlungsanweisung	75
a) Die Auffassung des Gesetzgebers, der Rechtsprechung und eines Teiles der Lehre	76
aa) Minderjährige	77
bb) Volljährige	79
b) Kritische Bewertung	80
aa) Minderjährige	81
bb) Volljährige	89
2. Natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit als Wirksamkeitsvoraussetzung	91
VII. Anlaß und Gegenstand der Untersuchung sowie Gang der Arbeit	93

2. Teil

Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts	96
I. Entscheidungsfähige Patienten	96
II. Entscheidungsunfähige Patienten	98
1. Mutmaßliche Einwilligung	99
2. Die Erteilung einer Behandlungsanweisung durch einen Betreuer als gesetzlichen Vertreter	104
3. Patientenverfügung	105
a) Begriff der Patientenverfügung	106
b) Rechtsnatur der Patientenverfügung	106
c) Die Rechtsverbindlichkeit der Patientenverfügung	107
aa) Entscheidungsfähigkeit	108
(1) Abstrakte Möglichkeit des Erfassens der Konsequenzen einer Patientenverfügung	109
(2) Konkret vorhandene Einsichts- und Urteilsfähigkeit	113
bb) Aufklärung	116
(1) Erforderlichkeit ärztlicher Aufklärung	117
(2) Aufklärung zum Zeitpunkt der Verfügung	120
(3) Verzicht auf ärztliche Aufklärung in der terminalen Krankheitsphase	127
(a) Zulässigkeit des Verzichts	127
(b) Ausdrücklicher und konkludenter Verzicht	128
(c) Umfang des Verzichts	130
cc) Freiwilligkeit	131
dd) Ernstlichkeit	132
ee) Konkretheit	136
ff) Aktualität	141
gg) Form	149
4. Vorsorgevollmacht	151
a) Rechtliche Zulässigkeit der Vorsorgevollmacht	155
aa) Rechtslage vor Inkrafttreten des BtÄndG am 1. Januar 1999	155
(1) Rechtstatsächliche Problematik	156
(2) Rechtsdogmatische Problematik	158
(a) §§ 164 ff. BGB	159

(b) Die Übertragung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts zur Ausübung	160
(c) § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB als rechtliche Grundlage	160
bb) Rechtslage seit Inkrafttreten des BtÄndG v. 25. Juni 1998 und der Einführung des § 1904 Abs. 2 BGB	163
b) Wirksamkeitsvoraussetzungen	164
aa) Entscheidungsfähigkeit	165
bb) Aufklärung	166
cc) Form und Konkretheit	167
(1) Form	167
(2) Konkretheit	168
dd) Aktualität	173
c) Betreuung und Vorsorgevollmacht	175
5. Betreuungsverfügung	178

3. Teil

Rechtslage bei bereits eingerichteter Betreuung	180
I. Möglichkeiten der Betreuung in medizinischen Angelegenheiten	180
1. Betreuung eines entscheidungsfähigen Patienten	180
2. Betreuung eines möglicherweise entscheidungsunfähigen Patienten	180
3. Betreuung eines entscheidungsunfähigen Patienten	185
II. Vertretungsmacht des Betreuers	185
1. Verfassungsrechtliche Aspekte	187
a) Die Geltung der Grundrechte im Betreuungsrecht	187
b) Der Schutz des Lebens gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG	189
aa) Interessen des einzelnen Rechtsgutsträgers an der Lebenserhaltung ...	190
bb) Interessen der Gesellschaft an einem umfassenden Lebensschutz	191
c) Die Gewährleistung der Menschenwürde gemäß Art. 1 Abs. 1 GG	194
aa) Begriff der Menschenwürde	195
bb) Das Recht auf einen würdigen Tod	196
(1) Positiver Gehalt	197
(2) Eingriffe	197
cc) Konsequenzen für die Vertretungsmacht eines Betreuers	199
d) Das Recht auf Freiheit von Schmerzen	200

e) Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten	201
aa) Herleitung und Inhalt des Selbstbestimmungsrechts des Patienten	201
bb) Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus moraltheologischer Sicht	203
f) Das Recht auf Glaubens-, Gewissens- und Weltanschauungsfreiheit gemäß Art. 4 GG	204
g) Die Durchsetzung der Rechte des Patienten durch den Betreuer	206
2. Höchstpersönlichkeit der Entscheidung	209
a) Der Meinungsstand zur Zeit der Geltung des Vormund- und Pflegschaftsrechts	209
b) Die Rechtslage nach dem geltenden Betreuungsrecht	210
3. Ziele des Betreuungsgesetzes	217
4. Aufgabenkreis des Betreuers im einzelnen	219
a) Entscheidung eines besonderen Betreuers analog § 1899 Abs. 2 BGB	224
b) Aufgabenkreis in concreto	226
aa) „Gesundheitssorge“	226
bb) „Alle Angelegenheiten“	228
cc) „Zuführung zu ärztlichen Maßnahmen“	229
dd) „Heilbehandlung“	230
III. Maßstäbe für das Handeln des Betreuers	232
1. Pflicht zur Befolgung von Wünschen, § 1901 Abs. 3 Satz 1, 1. HS., Satz 2 BGB	233
a) Aktuelle Wünsche des Betreuten	233
b) Frühere Wünsche des Betreuten	234
2. Einschränkung durch das Kriterium der Unzumutbarkeit, § 1901 Abs. 3 Satz 1, 2. Alt. BGB	237
3. Einschränkung durch das Kriterium des Wohls, § 1901 Abs. 3 Satz 1, 1. Alt. BGB	238
a) Der Begriff des „Wohls“ im Sinne des § 1901 Abs. 3 Satz 1, 1. Alt. BGB ..	238
b) Irreversible Bestimmung des Betreutenwohls durch frühere Äußerungen des Betreuten	239
c) Konkretisierung des Begriffs des „Wohls“ des Patienten	241
aa) Rückgriff auf gesetzliche Maßstäbe	242
bb) Subjektiver Ansatz	243
cc) Objektiver Ansatz	243
dd) Kombiniert subjektiv-objektiver Ansatz	245

IV. Erfordernis einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung	251
1. Anwendbarkeit des § 1904 Abs. 1 BGB	251
a) Auslegung und Subordination	251
aa) Palliativ-medizinische Maßnahmen	252
bb) Lebensverlängernde bzw. lebenserhaltende Maßnahmen	255
b) Analoge Anwendung des § 1904 Abs. 1 BGB	256
aa) Lücke	257
(1) Gesetzeslücke	259
(2) Qualifiziertes Schweigen des Gesetzgebers	260
(a) Rechtsfreier Raum	260
(b) Argumentum e contrario	262
(3) Planwidrigkeit	266
(a) Bewertungsmaßstab	266
(b) Wertungen	267
bb) Lückenfüllung durch Analogieschluß	269
(1) Selbstbestimmungsrecht des Betreuten	270
(2) Mitübernahme von Verantwortung und haftungsrechtliche Exkulpation	272
(a) Notwendigkeit einer haftungsrechtlichen Entlastung	272
(b) Exkulpation durch die vormundschaftsgerichtliche „Außengenehmigung“	273
(3) Schutz des Lebens	276
(4) Kontrolle von Betreuer und Arzt	278
(5) Psychologische Entlastung	278
c) Zwischenergebnis	279
d) Singularia non sunt extenda	280
2. Kritik an einer Prozeduralisierung passiver Sterbehilfe	284
a) Die Alternative einer vormundschaftsgerichtlichen Beratung	284
b) Rechtstatsächliche und rechtsethische Aspekte	286
3. Das Verfahren vor dem Vormundschaftsgericht	291
V. Zusammenfassung	295

4. Teil

Rechtslage bei noch nicht eingerichteter Betreuung	297
I. Erforderlichkeit der Bestellung eines Betreuers	297
1. Der Grundsatz der Erforderlichkeit (§ 1896 Abs. 2 BGB)	297
2. Willensbefolgung durch den Arzt	299
a) Ärztliches Handeln im klinischen Alltag	300
b) Rechtfertigungsmedizin	303
c) Wissenschaftliches Interesse der Ärzte und die Haltung des Pflegepersonals	306
d) Die Richtlinien der Bundesärztekammer sowie berufs- und standesrecht-	
liche Regelungen	309
e) Ärztliche Entscheidungen unter Beratung durch Ethik-Kommissionen	312
aa) Entstehung und Begriff der Ethik-Kommission	313
bb) Vor- und Nachteile der Ethik-Beratung	318
3. Willensbefolgung durch den Hausarzt	323
4. Vorteile einer grundsätzlichen Entscheidungsbefugnis des Betreuers gegenüber	
einer ärztlichen Entscheidungsbefugnis	325
5. Gefahren der Betreuung	335
a) Unpersönliche Verwaltung des Sterbens	335
b) Überforderung des Betreuers	339
c) Grundsätzliche Erforderlichkeit der Bestellung eines Betreuers	349
6. Erforderlichkeit bei Vorliegen einer Patientenverfügung	350
7. Erforderlichkeit bei Vorliegen einer Vorsorgevollmacht	353
a) Subsidiarität der Betreuung gegenüber der Bevollmächtigung	353
b) Zeitliche Möglichkeit der Entscheidung eines Bevollmächtigten	357
c) Vormundschaftsgerichtliche Genehmigung und Vorsorgevollmacht	357
d) Entscheidungsmaßstäbe für das Handeln des Bevollmächtigten	362
8. Zwingende ärztliche Kompetenzen	364
a) Fachliche Kompetenz für die Prognoseentscheidung	364
b) Entscheidung über die Verteilung knapper Ressourcen	364
9. Ergebnis	371

II. Zeitliche Möglichkeit der Bestellung eines Betreuers	371
1. Passive Sterbehilfe im weiteren Sinne	371
2. Passive Sterbehilfe im engeren Sinne	372
a) Fälle einfacher Dringlichkeit	374
b) Fälle besonderer Dringlichkeit	377
Gesamtergebnis	381
Literaturverzeichnis	385
Sachverzeichnis	417

1. Teil

Dogmatische Grundlagen

I. Problemstellung

Tod und Sterbehilfe sind Themen, die in den vergangenen Jahren zum Gegenstand einer breiten öffentlichen Diskussion geworden sind. Dazu haben vor allem aufsehenerregende Gerichtsentscheidungen beigetragen: das sog. „Kemptener Marienheim-Urteil“ des Bundesgerichtshofs vom 13. September 1994¹ und der Beschluß des OLG Frankfurt/M. vom 15. Juli 1998.² Vor allem diese Entscheidungen waren Anlaß, daß sich die zivilrechtliche Abteilung des 63. Deutschen Juristentags zu Leipzig 2000 den in der Allgemeinheit wie der juristischen Fachwelt kontrovers diskutierten Fragen von Zulässigkeit, Voraussetzungen und Grenzen passiver Sterbehilfe angenommen hat. Aber auch die Medizinisch-Ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und cerebral schwerst geschädigter Patienten der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) vom 24. 5. 1995³ und die neuen Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11. 9. 1998⁴ haben zu einer Belebung der öffentlichen Debatte darüber geführt, wie menschenwürdig mit Patienten umzugehen ist, deren Krankheit in mehr oder weniger kurzer Zeit zum Tode führen wird (sog. terminale Erkrankung).

Das Leben Todkranker oder hoffnungslos kranker Patienten mit nur wenig oder gar keiner Aussicht auf Heilung ist durch die fortschreitenden medizinischen und pharmakologischen Möglichkeiten fast beliebig verlängerbar geworden. Wurden diese ursprünglich entwickelt, um Krankheitszustände überwinden zu können, so dienen sie heute vielfach auch dazu, ausgefallene vitale Funktionen der Patienten zu ersetzen. Dem Arzt ist es deshalb möglich, das erlöschende Leben eines ster-

¹ BGH, Urt. v. 13. 9. 1994, BGHSt 40, 257 ff. = NJW 1995, 204 ff. = MedR 1995, 72 ff. = JR 1995, 335 ff. = MDR 1995, 80 ff. = NStZ 1995, 80 ff.

² OLG Frankfurt/M., Beschl. v. 15. 7. 1998, NJW 1998, 2747 ff. = JZ 1998, 799 ff. = FamRZ 1998, 1137 ff. = JR 1999, 71 ff. = ArztlR 1999, 38 ff. = OLGR 1998, 245 ff. = RdLH 1998, 136 f. = Rpfleger 1998, 424, 425 = BtPrax 1998, 186 f. = FGPrax 1998, 138 f. = RuP 1998, 207 f. = MDR 1998, 1483 f. = MedR 1998, 519 f. = MittRhNotK 1998, 424 f. = Rmedizin 1999, 79 f.

³ Vgl. NJW 1996, 767 ff. – Dazu unter anderem Laufs, NJW 1996, 763 f. sowie Steffen, NJW 1996, 1581.

⁴ Vgl. NJW 1998, 3406 f. (im folgenden: RiLi BÄK).

benden Patienten auch noch im Endstadium durch einen Eingriff für kürzere oder längere Zeit zu erhalten und damit den Todeseintritt hinauszuzögern. Dies kann etwa durch die Gabe analeptischer, also bestimmte körperliche Funktionszentren belebender Medikamente, durch Bluttransfusionen, Aufrechterhaltung oder Wiedererweckung der Atmung und des Blutkreislaufes durch Reanimatoren und Respiratoren, durch Transplantationen und sonstige Operationen – etwa zur Behebung einer interkurrenten Erkrankung – erfolgen.

Darüber hinaus hat die Pflegetechnik große Fortschritte gemacht – Ernährung über PEG⁵-Sonden, Katheterisierung,⁶ Wechselluftmatratzen –. In vielen Fällen leben deshalb irreversibel bewußtlose Patienten, die sich noch nicht im Sterben befinden, recht lange in einem vegetativen Zustand und sind unfähig zur Kommunikation und Wahrnehmung der Umwelt. Im angelsächsischen Bereich wurde für die Gruppe von Kranken, die ihr Bewußtsein irreversibel verloren haben, der Begriff „Persistant Vegetative State“ (PVS) geprägt. Damit soll ausgedrückt werden, daß die für das Bewußtsein wesentlichen Hirnfunktionen ausgefallen sind, aber die für das Leben nötigen „vegetativen“ Funktionen – wie die des Stammhirns, des vegetativen Nervensystems und anderen – noch funktionieren. Der Tod dieser Patienten tritt heute fast nie von selbst ein, sondern ist Folge einer Entscheidung, auf eine künstliche Lebenserhaltung zu verzichten.⁷ Vielfach gehen dem Tod Siechtum und Todeskampf voraus. Es ist eine negative Folge der Errungenschaften moderner medizinischer Technik, daß nur wenige Menschen einen Tod ohne Demütigungen, Auflösung und Zerfall erleben dürfen. Viele wollen eine mit medizinischen Mitteln bewirkte dauerhafte Bewußtlosigkeit, Bewegungsunfähigkeit, Multimorbidität und Schwerstpflegebedürftigkeit nicht in Kauf nehmen, sondern würdevoll sterben.

In den zuvor erwähnten Fällen stellt sich demnach die Frage, unter welchen Voraussetzungen lebensnotwendige Behandlungsmaßnahmen unterbleiben können, dürfen oder gar müssen und wie zu verfahren ist, wenn ein Patient selbst nicht mehr über ihren Einsatz befinden kann, durchaus dringlich. Neben diesen individuellen Interessen ist zudem auf die sozialen und ökonomischen Komponenten dieses Problems hinzuweisen. Angesichts der Kostenexplosion im Gesundheits- und Sozialwesen stellt in Zeiten abnehmenden Wohlstands die zunehmende Zahl der schwerstpflegebedürftigen Menschen nach Ansicht vieler eine nicht mehr tragbare und zu rechtfertigende ökonomische Belastung für die Gesellschaft dar. Hinzu kommt, daß diese Menschen aufgrund des Zerfalls von Familien und einer zuneh-

⁵ PEG = Percutane Endoskopisch kontrollierte Gastronomie = Ernährungssonde, die unter Umgehung aller normalen Nahrungsaufnahme-Organen den Magen direkt durch die Bauchdecke erreicht und die täglich erforderliche Kalorienmenge in den Magen bringt. Vgl. dazu näher Hubert-Fehler / Hollmann, BtPrax 1996, 210 ff.

⁶ Ein Katheter ist ein röhren- oder schlauchförmiges Instrument, das zum Einführen in bestimmte Hohlgänge, Gefäße und ähnliches bestimmt ist. Mit seiner Hilfe lassen sich im allgemeinen Spülungen vornehmen, Proben gewinnen, Untersuchungen durchführen und Körperfunktionen überwachen bzw. steuern.

⁷ Giesen, JZ 1990, 929, 929.

menden „Single“-Gesellschaft nicht mehr in Familien betreut werden können. Dies löst Ängste vor einer unwürdigen Betreuung in Pflegeinstitutionen aus und führt zu einer weiteren ökonomischen Belastung der Allgemeinheit.

II. Fallgruppen der Sterbehilfe

Die zuvor aufgezeigten Probleme haben zu einer lebhaften Diskussion darüber geführt, ob und inwieweit eine Relativierung des Lebensschutzes statthaft und geboten ist. Im Rahmen dieser Diskussion hat sich eine Ordnung der vielschichtigen Problematik in bestimmte – allerdings bisweilen unterschiedlich bezeichnete – Fallgruppen herausgebildet, die sich in Beiträgen aus medizinischer, juristischer, philosophischer und theologischer Literatur wiederfindet.

1. Aktive Sterbehilfe

Als sog. aktive Sterbehilfe bezeichnet man die absichtliche und aktive Beschleunigung des Todesertritts,⁸ insbesondere in Form einer „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Geschieht dies auf Wunsch des Patienten, so ist es *de lege lata* gemäß § 216 StGB strafbar; geschieht es ohne Begehren des Patienten, kommt eine Strafbarkeit gemäß den §§ 211 ff. StGB in Betracht.⁹ Denn weder gibt es ein Leben, das generell vom Schutzbereich der Tötungstatbestände ausgenommen wäre, weil es von vermeintlich „geringerem Wert“ sei, noch findet sich dafür ein besonderer Rechtfertigungsgrund. Anderes gilt nur dann, wenn keine täterschaftliche Fremdtötung auf Verlangen, sondern eine straflose Beihilfe zum Selbstmord vorliegt.¹⁰ Aktive Sterbehilfe, in welcher Form auch immer, ist jedoch nicht nur strafbar; sie wird auch von allen ärztlichen Standesregeln ausdrücklich abgelehnt.¹¹ *De lege ferenda* wird die Legalisierung der Tötung auf Verlangen jedoch vereinzelt immer wieder gefordert. Die Vorschläge reichen von einer weitgehenden Beseitigung des Tatbestands¹² bis zu einer bloßen Straflosigkeit für extreme Konfliktlagen.¹³ Dane-

⁸ Vgl. beispielsweise Engisch, Suizid und Euthanasie nach deutschem Recht, 315; Schmitt, MDR 1986, 617, 620; v. Lutterotti, Sterbehilfe, in: Lexikon Medizin – Ethik – Recht, Sp. 1086, 1093.

⁹ Statt vieler für das Verbot jeder Form von aktiver Sterbehilfe Dölling, MedR 1987, 6, 8; Taupitz, Gutachten 63. DJT, A 49; Laufs, NJW 1999, 1758, 1761. – Gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe auch die Parlamentarische Versammlung des Europarates vom 25. 6. 1999, vgl. dazu etwa Taupitz, Gutachten 63. DJT, A 49.

¹⁰ Zur Abgrenzungproblematik Eser, in: S/S, Vor §§ 211 ff. Rz. 25, 33 ff., § 216 Rz. 11.

¹¹ Dazu stellvertretend RiLi BÄK v. 11. 9. 1998, Präambel.

¹² So beispielsweise Schmitt, FS Maurach, 113 ff.

¹³ Vgl. § 216 Abs. 2 AE-Sterbehilfe; Beschlüsse des 56. DJT, Sitzungsberichte, M 193, sub II. 5.; Engisch, Der Arzt an den Grenzen des Lebens, in: Eser, Suizid und Euthanasie, 52.