

Prof. Dr. Erika Lücking

Evangelische Fachhochschule Berlin

Vortrag im Rahmen der 4. Berlin-Brandenburger Pflēgetage 2006,

Workshop 5:

Selbstbestimmung am Lebensende - Umgang mit der Patientenverfūgung aus rechtlicher Sicht

Die so groÙe Zahl an Teilnehmern in diesem Workshop beweist sicherlich das allgemeine gesellschaftliche, aber auch das berufsbezogene Interesse von Angehōrigen der Pflegeberufe an diesem Thema. Wir haben ja heute Vormittag bereits bemerkenswerte Daten und Fakten űber die Einstellung der Bevōlkerung zum Thema Sterbehilfe und Suizid erfahren. Nach einer Schätzung der Deutschen Hospizstiftung hatten bereits im Jahr 2003 ca. 7 Millionen Menschen eine Patientenverfūgung verfasst. Im Bewusstsein des Fortschritts in der modernen Medizin wűnschen sich immer mehr Menschen nicht, an ihrem Lebensende alle ihnen zur Verfūgung stehenden Mōglichkeiten der Behandlung und Pflege auszuschōpfen, und sie mōchten ihre Entscheidungen in einer Patientenverfūgung festhalten. Unter welchen Voraussetzungen und mit welcher Reichweite haben Ärzte, Pflegekräfte, Betreuer und Angehōrige diesen Willen von Patienten zu beachten?

Hier stellen sich also ganz grundlegende Fragen rechtlicher wie auch ethischer Art, die wir heute Nachmittag im Ansatz versuchen wollen zu beantworten. Dabei mōchten wir den Versuch wagen, űber - sicherlich prāgnante - Schlagworte und klar bekundete "Glaubensgrundsätze" hinauszugehen, um der Komplexitāt des Themas gerechter zu werden.

Im ersten Teil meines Vortrags werde ich die rechtlichen Grundlagen der Selbstbestimmung am Lebensende in kurzer Form vorstellen (I.). Im zweiten Teil mōchte ich auf die Reichweite und Grenzen einer sog. Patientenverfūgung eingehen (II.).

I. Rechtliche Grundlagen der Selbstbestimmung am Lebensende

Die auch wieder in diesen Tagen in verschiedenen Medien dargestellten Fälle von Menschen, die sich mit ihrem Tod auseinandersetzen, machen deutlich, welches Gefühl der Unsicherheit auch und gerade im Hinblick auf die rechtlichen Regelungen zu Art und Umfang der ärztlichen und pflegerischen Betreuung am Lebensende herrscht.

Gewissheit sollte jedenfalls insoweit bestehen: Unsere Rechtsordnung schützt das **Selbstbestimmungsrecht** des Menschen an vorrangigster Stelle, nämlich im Grundgesetz durch die Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG. Die **Menschenwürde** ist in der Wertordnung des Grundgesetzes der oberste Wert. Ausdruck der Menschenwürde ist das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Menschen, und hierzu gehört das Recht auf individuelle Selbstbestimmung. Dieses Selbstbestimmungsrecht besitzt der Mensch bis zum Ende seines Lebens, also bis zum Zeitpunkt seines Todes. Wenngleich der Todesbegriff nicht nur aus ethischer, sondern auch aus rechtlicher Sicht nicht eindeutig definiert ist, ist er regelmäßig mit dem Hirntod gleichzusetzen. Das Selbstbestimmungsrecht gilt also auch am Ende des Lebens eines Menschen und deshalb - im Grundsatz - selbst dann, wenn der Mensch nicht mehr in der Lage ist, eigene Entscheidungen treffen zu können.

Allerdings kann dann die Autonomie des Menschen in Widerstreit mit dem ebenfalls durch das Grundgesetz (GG) in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geschützten **Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit** treten. Die Reichweite dieses Rechts auf Leben ist noch weitgehend ungeklärt. Es handelt sich vorrangig - nach der grundsätzlichen Intention unserer Grundrechte - jedenfalls um ein Abwehrrecht des Menschen, d. h. ein Recht zum Schutz des Einzelnen vor Übergriffen anderer. Es ist in der Rechtslehre umstritten, ob es auch ein Verfügungsrecht des Einzelnen über sein Leben enthält, also auch ein "Grundrecht auf Selbsttötung". Jedenfalls wird man aber aus dem Recht auf Leben kein generelles Verbot der Selbsttötung herleiten können.

Das Grundgesetz überlässt es in diesem Konflikt den sog. einfachen Gesetzen, Wertentscheidungen zu treffen. Hier haben wir es im Wesentlichen mit zwei gesetzlichen Gebieten zu tun, die Regelungen der Problematik der Selbstbestimmung am Lebensende enthalten: Dies sind das **Strafrecht** und das **Betreuungsrecht**. Lassen Sie mich Näheres zum Betreuungsrecht zunächst zurückstellen. Wir werden darauf

in Zusammenhang mit der Patientenverfügung noch zu sprechen kommen. Das Strafrecht macht uns einige klare Vorgaben zu der Frage, inwieweit Art und Umfang der ärztlichen und pflegerischen Behandlung durch den Willen des Patienten bestimmt werden können:

Es ist von folgendem **Grundsatz** auszugehen:

Ist ein Patient bei klarem Bewusstsein und in der Lage, die Tragweite seiner Erklärungen - in der Regel nach vorheriger ärztlicher Aufklärung - zu übersehen, besteht die Verpflichtung, seine aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Dies gilt genauso für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. In diesem Ausfluss des Selbstbestimmungsrechts sind sich die Rechtsprechung und auch die "Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" vom 30. April 2004 (Deutsches Ärzteblatt 2004, A-1298) einig. Denn die Beachtung der **Autonomie des Patienten** ist wesentlicher Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs (vgl. BVerfGE 52, 131, 170). Ein Patient, der einwilligungsfähig ist, kann also eine Operation, ebenso auch eine künstliche Beatmung und auch das Legen einer PEG-Sonde zwecks künstlicher Ernährung ablehnen; sein eigener Wille ist allein maßgeblich. Eine Zwangsbehandlung gegen seinen Willen ist unzulässig und stellt eine rechtswidrige Körperverletzung dar, die gemäß § 223 des Strafgesetzbuches (StGB) strafbar ist.

Was aber bedeutet dieser Grundsatz für die **Möglichkeiten der Sterbehilfe**? In diesem Fall haben wir es mit einer anderen Situation zu tun:

1. Selbst dann nämlich, wenn der Patient bei klarem Bewusstsein ist, ist sein Wunsch nach einer gezielten Tötung durch einen Dritten unbeachtlich. Denn nach unserer geltenden Rechtsordnung ist die **aktive Sterbehilfe** unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt gerechtfertigt; vielmehr ist sie als Tötung eines Menschen strafbar, je nach den Umständen als Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB mit einer Freiheitsstrafe von 5 Monaten bis zu 6 Jahren oder sogar als Mord bzw. Totschlag nach §§ 211, 212, 213 StGB. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat hierzu ausgeführt (Urteil vom 20. Mai 2003, NStZ 2003, 537), dass ein Anspruch auf aktive Sterbehilfe selbst dann nicht anerkannt werden kann, wenn für einen "vollständig bewegungsunfähigen, aber bewusstseinsklaren moribunden Schwerstbehinderten ... das Lebensrecht zur schwer erträglichen Lebenspflicht werden kann".

2. Von dieser aktiven Sterbehilfe zu unterscheiden ist die sog. **indirekte Sterbehilfe**. Hierbei handelt es sich um Fälle, in denen eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation die unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge der Verkürzung der Lebensdauer hat. Das Handeln des Arztes ist in solchen Fällen gerechtfertigt und nicht strafbar. Diese indirekte Sterbehilfe kann somit auch Gegenstand einer Patientenverfügung sein. Man muss sogar noch weiter gehen: Bei einem sterbenden Patienten ändert sich für den Arzt das Behandlungsziel. Im Vordergrund steht nicht mehr die Erhaltung des Lebens, sondern die Linderung von Schmerzen, von Atemnot und Übelkeit. Deshalb sollte hier die palliativ-medizinische und pflegerische Versorgung im Vordergrund stehen. Unterlässt somit etwa ein Arzt eine gebotene Schmerztherapie, macht er sich wegen Körperverletzung strafbar.

3. Unter **passiver Sterbehilfe** versteht man dagegen den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen wie z.B. künstliche Beatmung, Bluttransfusion, Medikation, Dialyse oder künstliche Ernährung. Um es klarzustellen: Auch das aktive Abschalten von lebenserhaltenden Geräten ist juristisch nicht etwa als eine aktive Sterbehilfe zu verstehen, sondern als Möglichkeit, den natürlichen Krankheitsverlauf seinen Fortgang nehmen zu lassen. Es handelt sich mit anderen Worten nicht um eine aktive Lebensverkürzung in dem Sinne, dass der Tod früher herbeigeführt wird als bei natürlichem Verlauf. Ein solcher Behandlungsabbruch gegen den Willen des Patienten ist zweifelsfrei strafbar als Tötung durch Unterlassen (§§ 211, 13 StGB).

Jedoch ist mittlerweile durch die höchstrichterliche Rechtsprechung anerkannt, dass Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten jedenfalls dann unterlassen (oder nicht weitergeführt) werden dürfen, wenn das Grundleiden des Patienten einen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat und der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist (BGHSt, Urteil vom 13. September 1994, sog. "Kempten-Urteil", NJW 1995, 204; so auch "Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung", a. a. O.). Unter diesen Voraussetzungen ist eine passive Sterbehilfe also nicht strafbar.

Nun stellen Sie sich vielleicht die Frage: Wo steht denn das genau im Gesetz? Meine Antwort lautet: Das ist in einem Gesetz noch nicht konkret geregelt. Und deshalb besteht für die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal, aber auch für Angehörige der betroffenen Patienten so große Unsicherheit im Umgang mit lebenserhaltenden Maßnahmen und Sterbebegleitung und natürlich auch Angst vor einer Strafbarkeit. Die Grenzen zwischen einer rechtmäßigen passiven Sterbehilfe und einer strafbaren aktiven Tötung auf Verlangen oder einer Tötung durch Unterlassen von ärztli-

chen oder pflegerischen Maßnahmen sind aus rechtlicher Sicht in der Tat sehr schwer zu ziehen.

II. Reichweite und Grenzen der Patientenverfügung

Unsere Rechtsordnung geht von der Vorstellung aus, dass es keine allgemeingültige Definition eines "lebenswerten" Lebens gibt, sondern dass der einzelne Mensch im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts eigene höchstpersönliche Maßstäbe setzen und Entscheidungen treffen kann und muss. Für den Einzelnen besteht durch die Abfassung einer Patientenverfügung die Möglichkeit, eigene Verantwortung zu übernehmen und in einem bestimmten Rahmen für eigene Gewissheit - aber auch zur Entlastung seiner Angehörigen und sonstiger Beteiligter - zu sorgen, wann und unter welchen Umständen sein Leben ein Ende finden soll.

Ich möchte an dieser Stelle deshalb näher auf die **Reichweite und die Grenzen** einer Patientenverfügung zu sprechen kommen. Von einer Patientenverfügung spricht man bei einer mündlichen oder schriftlichen Erklärung für den in der Zukunft eintretenden Fall der Entscheidungsunfähigkeit mit dem Inhalt, ob und in welchem Umfang in bestimmten Situationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen. Ich werde mich an dieser Stelle nicht vertiefter mit anderen Möglichkeiten der Vorsorge für das Lebensende beschäftigen, also etwa nicht mit der sog. Vorsorgevollmacht oder der Betreuungsverfügung. Beide und auch weitere Erklärungsformen können aber im Zusammenhang mit der Patientenverfügung, die oft auch als Patiententestament bezeichnet wird, durchaus eine wichtige Rolle spielen.

Wie ich bereits dargestellt habe, darf der Patient im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts grundsätzlich alles regeln, was er für wichtig hält. Insbesondere gilt dies für alle Umstände, unter denen eine medizinische Behandlung und eine pflegerische Betreuung durchgeführt oder aber eingestellt werden sollen. Dazu möchte ich Sie mit einer grundlegenden **Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 17.**

März 2003 (NJW 2003, 1588) bekannt machen, der folgender Fall zugrunde lag:

Der 72-jährige Betroffene erlitt im November 2000 infolge eines Herzinfarkts einen Gehirnschaden im Sinne eines apallischen Syndroms. Seither wurde er über eine PEG-Sonde ernährt, eine Kontaktaufnahme mit ihm war nicht möglich. Im November 1998 hatte der Betroffene eine schriftliche Patientenverfügung verfasst, in der es u. a. hieß:
"Für den Fall, dass ich zu eine Entscheidung nicht mehr fähig bin, verfüge ich: Im Fall

meiner irreversiblen Bewusstlosigkeit, schwerster Dauerschäden meines 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 Sohn des Betroffenen wurde vom Vormundschaftsgericht zum Betreuer bestellt und verlangte unter Hinweis auf die Patientenverfügung, die künstliche Ernährung seines Vaters einzustellen, da eine Besserung dessen gesundheitlichen Zustandes nicht zu erwarten sei.

In seiner Entscheidung stellt der BGH erstmalig ausdrücklich fest, dass eine im einwilligungsfähigen Zustand abgegebene Erklärung eines Patienten, mit der er seine Einwilligung in bestimmte ärztliche Behandlungsmaßnahmen erteilt oder aber verweigert hat, bei Eintritt einer Situation, in der der Patient einwilligungsunfähig ist, weiter gilt (Rechtsgedanke des § 130 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches - BGB). Dies folgt nach Auffassung des BGH aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlicher Entscheidung nicht mehr in der Lage ist. Nur wenn ein solcher erklärter Wille nicht festgestellt werden kann, beurteilt sich die Zulässigkeit von lebenserhaltenden Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten. Der BGH (ein Senat, der für Vormundschaftssachen zuständig ist) hat damit zum Ausdruck gebracht, dass eine **Patientenverfügung grundsätzlich für alle Beteiligten verbindlich** ist - dies war zuvor durchaus umstritten. Die Missachtung des Patientenwillens kann somit als Körperverletzung strafbar sein.

Was aber bedeutet nun "Verbindlichkeit" für den konkreten Fall? Hier hat der BGH Einschränkungen vorgenommen: Die beteiligten Personen, etwa der Arzt oder der Betreuer, dürfen nur in den vom Strafrecht vorgegebenen Grenzen die Patientenverfügung umsetzen. Diese Grenzen beruhen wiederum auf dem sog. "Kempten-Urteil" vom 13. September 1994 (NJW 1995, 204) eines anderen, in Strafsachen zuständigen Senats des BGH; der jetzt entscheidende 12. Zivilsenat fühlte sich an dieses Urteil gebunden. Die aus dem "Kempten-Urteil" folgenden Einschränkungen habe ich Ihnen im Zusammenhang mit der passiven Sterbehilfe bereits vorgestellt. Eine Bindungswirkung der Patientenverfügung besteht somit nur dann, wenn das Grundleiden des Patienten einen **irreversibel tödlichen Verlauf** angenommen hat und der Eintritt des Todes **in kurzer Zeit** zu erwarten ist.

Insoweit wirft die Entscheidung des BGH vom März 2003 zusätzliche Fragen auf:

- Wann haben wir es mit einem irreversibel tödlichen Verlauf der Erkrankung zu tun?
- Muss der Sterbeprozess bereits begonnen haben?
- Oder: Was gilt für die Fälle, in denen nicht absehbar ist, wann der Tod eintritt (etwa bei Patienten mit apallischem Syndrom - wie im entschiedenen Fall)?
- Und nicht zuletzt: Wie kann der Wille des Patienten für die konkrete Situation sicher festgestellt werden?

Antworten auf diese Fragen hat das Gericht offen gelassen; sie bestimmen deshalb nach wie vor die gegenwärtige Diskussion.

Der BGH hat in der genannten Entscheidung darüber hinaus (im Wege der Rechtsfortbildung, d.h. ohne eine zugrunde liegende gesetzliche Vorgabe) wesentliche Grundsätze für die **Rolle des Betreuers und des Vormundschaftsgerichts** festgelegt. Es ist sicherlich bekannt, dass für einen Patienten, der nicht mehr in der Lage ist, in bestimmten Angelegenheiten selbst Entscheidungen zu treffen, vom Vormundschaftsgericht ein Betreuer bestellt wird, so etwa für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge (vgl. §§ 1896 ff. BGB). Nach der Entscheidung des BGH ist nunmehr Weiteres zu berücksichtigen:

- Ein für den einwilligungsunfähigen Patienten bestellter Betreuer ist verpflichtet, dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal Geltung zu verschaffen.
- Wird von ärztlicher Seite eine lebenserhaltende Behandlung angeboten, kann der Betreuer diese nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts verweigern.

Ein vom Vormundschaftsgericht eingesetzter Betreuer muss somit die Patientenverfügung beachten und durchsetzen, auch dann, wenn dies dem Wunsch von Angehörigen widerspricht. Dies gilt gleichermaßen bei entgegenstehenden Wünschen von Ärzten oder Pflegekräften: So hat der **BGH** in einem weiteren **Beschluss vom 8. Juni 2005** (NJW 2005, 2385) entschieden, dass ein Pflegeheim nicht das Recht hat, sich der Entscheidung eines Betreuers zu widersetzen, die künstliche Ernährung eines Patienten einzustellen. Der Heimträger kann sich insoweit auch nicht auf die Gewissensfreiheit seines Pflegepersonals berufen.

Der Betreuer darf zudem nur dann allein entscheiden, wenn die behandelnden Ärzte die Aufrechterhaltung lebensverlängernder Maßnahmen nicht mehr für medizinisch indiziert, nicht mehr für sinnvoll oder möglich halten. Andernfalls muss er die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts einholen. Dies bedeutet letztlich, dass die Verantwortung wieder auf den Arzt verschoben wird, der die vorrangige Entschei-

dungsgewalt darüber erhält, ob eine Patientenverfügung umgesetzt werden soll oder nicht.

Nachdem die Entscheidung von März 2003 zu großen Diskussionen geführt hatte, haben sich in der Folgezeit verschiedene Kommissionen mit der Problematik befasst und eigene **Regelungsentwürfe** vorgestellt. Um nur die wichtigsten dieser interdisziplinär und kompetent besetzten Kommissionen zu nennen: eine vom Bundesministerium der Justiz (BMJ) eingesetzte Arbeitsgruppe "Patientenautonomie am Lebensende" (sog. "Kutzer-Kommission"), die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages "Ethik und Recht der modernen Medizin" und nicht zuletzt der Nationale Ethikrat mit seiner Stellungnahme zum Thema "Patientenverfügung - ein Instrument der Selbstbestimmung". Bei allen fundamentalen Differenzen der Kommissionen untereinander ist man sich in einer Grundforderung einig: Es ist dringende **Aufgabe des Gesetzgebers**, zur Klärung der zahlreichen offenen Fragen eine verbindliche gesetzliche Regelung zu schaffen. Ich möchte an dieser Stelle nicht im Einzelnen auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Vorschläge der Kommissionen eingehen. Denn es muss leider festgestellt werden, dass auch fast drei Jahre nach der grundlegenden, aber viele Fragen offen lassenden Entscheidung des BGH noch immer keine gesetzliche Regelung der Verbindlichkeit und Reichweite von Patientenverfügungen existiert. Ein Referentenentwurf des BMJ aus dem Jahr 2004 ist nach heftiger Kritik schnell zurückgezogen worden, und ein neuer Gesetzesentwurf wird zwar angekündigt, liegt aber noch nicht vor.

Der zurückgezogene **Entwurf des BMJ** geriet vor allem deshalb in Kritik, weil er - insbesondere entgegen den Vorschlägen der Enquete-Kommission des Bundestags - keine Formvorschriften für Patientenverfügung enthielt und keine Beschränkung der Reichweite von Patientenverfügung auf ein bestimmtes Krankheitsstadium vorsah.

Zu der gebotenen **Form einer Patientenverfügung** kann man m. E. durchaus abweichender Ansicht sein. Denn es entspricht der feststellbaren Realität, dass Menschen, die sich mit Fragen ihres Lebensendes befassen und eine verbindliche Patientenverfügung zu treffen beabsichtigen, dies ganz überwiegend auch in schriftlicher Form tun. In unserer Rechtsordnung kommt generell der Schriftlichkeit einer Erklärung eine deutlich höhere Beweiskraft zu als lediglich mündlichen Erklärungen. Bei Menschen, die zur schriftlichen Abfassung nicht mehr in der Lage sind, wäre auch eine andere Form der Dokumentation, etwa durch Video- oder Tonbandaufnahme, denkbar.

Bei der Frage, ob die Verbindlichkeit der Patientenverfügung auf **ein bestimmtes Krankheitsstadium** beschränkt bleiben muss, sollte man aber ebenfalls die tatsächlichen Bedürfnisse der Menschen in unserer Gesellschaft im Auge behalten. Denn wenn man sich anschaut, welche Situationen in der Praxis bereits heute zum Inhalt einer Patientenverfügung gemacht werden, dann sind das gerade Fälle, in denen die Erkrankung noch keinen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat und der Todeseintritt nicht nahe bevorsteht. Vielmehr sind Menschen offenbar vor allem von dem Gedanken betroffen, im Zustand schwerer hirnorganischer Schäden wie beim Wachkoma, aber auch bei schwerster Demenz, ohne jede Möglichkeit der Kommunikation und Aussicht auf Besserung des Zustandes lediglich "wie eine Pflanze dahinzuvegetieren". Dies zeigen neue gerichtliche Entscheidungen zu der Problematik und auch die Inhalte der zahlreichen Muster für Patientenverfügungen, die von unterschiedlichsten Institutionen zur Verfügung gestellt werden (empfehlenswert: Muster mit Erläuterungen und Textbausteinen unter www.bmj.bund.de, Stichwort Patientenverfügung). Insofern war - meiner persönlichen Auffassung nach - der Gesetzesentwurf des BMJ zu begrüßen, mit dem die jetzt drohende Strafbarkeit eines Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen in solchen Fällen wie Wachkoma, schwerster Demenz u. ä. weggefallen wäre.

Als **Fazit** bleibt mir nur festzuhalten:

Die nach alledem m. E. zwingend erforderliche gesetzliche Regelung der Zulässigkeit des Abbruchs lebensverlängernder Maßnahmen und der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung existiert auch heute noch nicht, weder im Strafgesetzbuch noch im Betreuungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches oder an anderer Stelle. Aus diesem Grunde dürfen alle Hinweise zu Form und Inhalt einer Patientenverfügung und zu deren Berücksichtigung durch Ärzte und Pflegekräfte lediglich als Empfehlungen verstanden werden, die dazu dienen sollen, den Beteiligten eine größtmögliche, aber **keine absolute Rechtssicherheit** zu bieten. Ein Grundsatz allerdings steht nach geltendem Recht fest: Die aktive Sterbehilfe ist als Tötung auf Verlangen strafbar, und eine entsprechende Patientenverfügung darf nicht beachtet werden. Klare gesetzliche Regelungen zur Verbindlichkeit einer Patientenverfügung könnten in diesem Sinne bewirken, Forderungen nach der Legalisierung aktiver Sterbehilfe zurückdrängen.