

Dr. Kurt F. Schobert (Augsburg)

## Wie verbindlich sind verfassungsrechtliche Normen im Pflege- und Sterbealltag?

Antidemokratische Blockadepolitik im Kielwasser elitären Kastendenkens

---

Die öffentlichen und veröffentlichten Diskussionen zu Fragen einer möglichst umfassenden gesetzlichen Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe gerieten bereits vor Jahrzehnten in Deutschland zur Hängepartie. Argumente, einst für glaubwürdig erachtet, können im Vergleich der Legislaturperioden nicht mehr gelten. Vertröstungen hatten für Abertausende von inzwischen Verstorbenen vermeidbare Grausamkeiten und Inhumanitäten zur Folge. International zitierte und auch von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte Menschenrechte wurden und werden inkonsequent umgesetzt. Der Verdacht liegt nahe, dass es sich um Fassaden-Rechte handelt, die ebenso wenig wie Artikel 1 der Verfassung Deutschlands auf die hinlänglich tabuisierte und verdrängte Situation des Pflege- und Sterbealltags Anwendung finden.

Wer gravierende Meinungen, Mutmaßungen und Vorhaltungen dieser Art äußert, sollte sich nicht auf Stammtischniveau äußern. Deshalb die folgenden Thesen, die sich mit dem Anliegen verbinden, aufzuklären, wachzurütteln und Klischees zu enttarnen. Dabei bedient sich der Autor auch des Stilmittels der paradoxen Intervention zum Nachweis der Inkompatibilitäten des unzureichend ausgebauten freiheitlich-demokratischen Rechtsstaats.

**Wunsch des Gesetzgebers, Haltung von Pressuregroups: Es darf getötet werden**  
Entgegen vieler gebetsmühlenartig von Vertretern der Ärzteschaft, Kirchen, Parteien und Regierungen vorgetragene Behauptungen, es gäbe ein Tötungsverbot, zeigt die Wirklichkeit die Nachrangigkeit des Lebens, sofern es nicht um Einfluss-, Macht- und Schutzinteressen dieser Führungseliten und Berufskasten geht. Dazu wenige Beispiele:

### 1. Ärzteschaft:

In vielen Ländern wurde und wird mit der Verantwortung von Ärzten getötet. In Deutschland geschah dies massiv während der Zeit des National-Sozialismus (1). Über öffentlich bekannt gewordene Einzelfälle hinaus belegen Hochrechnungen von Umfragen, dass nicht nur in anderen europäischen Staaten, sondern gerade auch in Deutschland und auch nach 1945 Ärzte an Handlungen der aktiven Sterbehilfe beteiligt waren (2).

Neben der deutlich höheren Hemmschwelle von Handlungen der aktiven direkten Sterbehilfe ist die aktive indirekte Sterbehilfe übliches Erklärungs- und Handlungsmuster geworden, wenn Ärzte den Tod von Patienten billigend in Kauf nehmen (dürfen), aber sich so geben (dürfen), als hätten sie diesen Tod nicht beabsichtigt (3).

Wesentlich niedriger wird die Hemmschwelle beurteilt, wenn es um die Todesfolgen fremdbestimmten Behandlungsabbruchs geht. Da halten es in der Praxis Pflegekräfte und Ärzte offenbar in vielen Fällen nicht einmal für geboten, den Patientenwillen zu respektieren:

*„In der Praxis“ – so die Gesundheitsberichterstattung des Bundes – werden therapiebegrenzende Entscheidungen häufig auf Drängen des Pflegepersonals von Ärzten gefällt, ohne dass der Patient und seine Angehörigen in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.“ (4)*

Wenn Vertreter der Ärzteschaft in Deutschland offiziös behaupten, sowohl die Tötung von Patienten durch Ärzte als auch die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung seien „unethisch“ und „unärztlich“, wird weder auf die Haltung vieler Ärzte in Deutschland hingewiesen, die dies persönlich völlig anders sehen (5) noch auf Ärzte in Ländern wie Belgien und den Niederlanden, in denen bereits gesetzliche Regelungen bestehen, die Ärzten die Tötung von Patienten erlauben (6). Selbst die höchstgerichtliche Rechtsprechung hat in Deutschland die Grenzen zum fremdbestimmten Behandlungsabbruch ohne Einbeziehung des Patientenwillens (mit Tötungsfolge) aufgeweicht. So heißt es im Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003:

*„Für eine Einwilligung des Betreuers in eine lebensverlängernde oder -erhaltende Behandlung ist von vornherein kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung nicht angeboten wird – sei es, dass sie nach Auffassung*

*der behandelnden Ärzte von vornherein nicht indiziert, sinnlos geworden oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist.“ Und weiter: „Das Unterlassen (erst recht die Weigerung) des Betreuers, in eine lebensverlängernde oder -erhaltende Behandlung einzuwilligen, ist – wie einleitend dargelegt – zwar tauglicher Gegenstand einer vormundschaftsgerichtlichen Kontrolle, setzt aber notwendig ein entsprechendes ärztliches Behandlungsangebot voraus.“ (7).*

Im Klartext: Die Auffassung der behandelnden Ärzte ist maßgeblich; wenn sie keine Indikation für eine Behandlung zum Leben oder zur Lebenserhaltung sehen oder wenn gar nach ihrer Auffassung das Leben „sinnlos geworden“ ist, bedarf es keiner lebensverlängernden oder -erhaltenden Behandlung. Provokante Frage: Hatten nicht bereits viele Ärzte während der Zeit des National-Sozialismus das Leben vieler Behinderten, Pflegebedürftigen und „Minderheiten“ als sinnlos angesehen? Befinden wir uns auf dem Weg zu einer neuen <Geldbeutel-Pseudo-, Euthanasie“> (8), die es Ärzten erlaubt, den Einsatz ihres medizinischen Wissens und moderner Gerätschaften incl. Methoden nicht mehr als „sinnvoll“ anzusehen, beispielsweise dann, wenn sie vermeinen, die Verhältnismäßigkeit zwischen finanziellem Aufwand, Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens und eigenen Verdienstmöglichkeiten sei trotz entgegenstehendem, jedenfalls mutmaßlichem Patientenwillen nicht mehr gewährleistet?

Zur Klarstellung: Der moderne Verfassungs- und Rechtsstaat hat nicht die Aufgabe, antiquiertes Kastendenken zu revita-

lisieren, als käme es darauf an, elitär seitens der ärztlichen, juristischen, politischen und theologischen Berufskasten den demokratischen Willensbildungsprozess umzubiegen, zurechtzuinterpretieren und letzten Endes nicht den Patienten und Betroffenen entscheiden zu lassen. Die im weißen Kittel oder im schwarzen Talar verkleidete Selbstherrlichkeit wird die verfassungsrechtlich verankerten Abwehrrechte des Individuums zur Sicherung seines Selbstbestimmungsrechts respektieren müssen.

Der Patientenwille wirkt fort, auch dann, wenn der Patient sich aktuell nicht mehr äußern kann, sei es aufgrund eines Kommas, eines schweren Unfalls oder weil er ohnmächtig während einer Operation dem ärztlichen Willen unterworfen werden könnte. Selten klar hat dies das Oberlandesgericht München bereits 1986 formuliert:

*„Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten schließt auch die Selbstbestimmung zum Tode ein“ (Leonardy, DRiZ 1986, 285; BGHSt 11, 111 [113/14] = NJW 1958, 267; BGHZ 90, 103 [105/106] = NJW 1984, 1397). „Hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen bindet der vom urteilsfähigen Patienten ausgesprochene Verzicht den Arzt auch dann, wenn der Patient im voraussehbaren Verlauf der Krankheit das Bewusstsein verliert und keine wesentliche Veränderung der seiner Erklärung zugrunde liegenden tatsächlichen Umstände erkennbar ist (Kutzer, MDR 1985, 712; Dreher-Tröndle, § 223 StGB Rdnr. 9 t), weil die Entscheidung gerade auch für dieses Stadium getroffen wurde, wie auch umgekehrt die Einwilligung zum Heileingriff nicht ihre recht-*

*fertigende Wirkung mit Eintritt der Bewusstlosigkeit verliert.“ (9)*

Es wäre zu wünschen, dass Ärzte während ihrer Ausbildung und berufsbegleitend zur intensiveren juristischen Schulung verpflichtet werden. Was nützte alle erdenkliche ärztliche Kunst, wenn sie das Machbare oder aus ärztlicher Sicht nicht Indizierte über den Patientenwillen stellen würde? Auch ein Bundesgerichtshof würde sich überheben, wenn er die ärztliche Beurteilung und Indikation höher gewichten würde als den Willen (ersatzweise mutmaßlichen Willen) der Betroffenen selbst.

Auch die Gewissensfreiheit des Arztes kann kein Argument sein, wie der Verfassungsrechtler Hufen verdeutlichte:

*Die Gewissensfreiheit verleiht dem Arzt „kein Recht oder verbürgt gar eine Pflicht zu ungewollten Eingriffen in die Rechte des Patienten. Das Gewissen des Arztes steht nicht über der verfassungsmäßigen Ordnung, und der Arzt kann in diesem Fall sehr wohl gezwungen werden, eine nicht gewünschte Heilbehandlung auch gegen sein eigenes Gewissen abzubereiten. Allenfalls ist dann denkbar, dass er die ärztliche Betreuung an einen Kollegen überträgt.“ (10)*

## **2. Kirchen:**

Für die Zeit nach 1945 typisch, artikulieren sich Kirchenvertreter in dem Sinne, dass das Leben gottgegeben und gottgewollt sei. Gott habe das Leben gegeben, nur er dürfe es nehmen. Dabei wird nicht selten ein Begründungszusammenhang mit dem 5. Gebot hergestellt: „Du sollst nicht töten.“ (11)

Gleichwohl wird dabei hinlänglich oft verschwiegen, dass die Kirchen, ob nun von katholischer oder evangelischer Seite, den von ihnen behaupteten „Gotteswillen“ auch bis zum Gegenteil interpretiert haben. Auf geschichtliche Belege und Zeugnisse (Hexenverbrennungen, Inquisition, Kreuzzüge, „gerechter Krieg“ etc.) muss hier nicht detailliert Bezug genommen werden, zu bekannt sind Tötungen mit Willen, auf Veranlassung und in der Verantwortung von Vertretern der Kirchen und/oder kirchenorientierter Einrichtungen. Wo heute manche Orden kirchenorientierter Herkunft lebensrettende Mobilität mit Erste-Hilfe-Fahrzeugen (z.B. der Malteser oder Johanniter) beweisen, haben diese Orden früher mit Feuer und Schwert, „ritterlicher“ Inbrunst und mittels damals nur jeweils einer Pferdestärke um des Glaubens willen getötet. Kein Wunder also, wenn ein Großteil der Bevölkerung die Glaubwürdigkeit in Frage stellt, mit der sich Kirchenvertreter zur Thematik der Sterbebegleitung und -hilfe zu Wort melden (12).

Das 5. Gebot lautet auch nicht, wie häufig schriftlich und mündlich zitiert, „Du sollst nicht töten“, sondern „Du sollst nicht morden“. Korrekt wird dies mittlerweile in einigen Übersetzungen des Alten Testaments – mit kirchlichem Segen – so wiedergegeben. Die Übersetzung „Du sollst nicht töten“ wäre auch ein eklanter Widerspruch, nicht nur gegenüber den oben erwähnten geschichtlichen Wirklichkeiten, sondern auch gegenüber der inneren Logik des Alten Testaments und gegenüber den Gesetzen des darin dokumentierten jüdischen Glaubens (13).

Auch wenn diese Interpretation auf den ersten Blick ungewöhnlich erscheint, bleibt es durchaus Ermessensfrage, die

Kondom-Verhütungs-Dogmatisierung des Vatikans (= <Anti-Verhütungs-Theologie>) als Erlaubnis zur Tötung durch Infektion bei HIV-Übertragung zu sehen (vgl. 14).

### **3. Parteien, Politiker und Regierungen:**

Es gab und gibt, nicht erst nach 1945, aber eben auch nach dem Zweiten Weltkrieg, Bestrebungen von Parteien, Politikern und Regierungen, das vermeintliche Tötungsverbot zu durchbrechen, zu tolerieren, straffrei zu stellen, ja sogar gesetzlich zu normieren. Jüngstes Beispiel ist, auf den Menschen bezogen, der Versuch, die bewusste Tötung von Zivilisten in Flugzeugen zuzulassen, wenn bestimmte Rahmenbedingungen durch terroristische Handlungen gegeben seien. Diese Versuche gipfelten in Regelungen des Gesetzgebers, die erst im Jahr 2006 seitens des Bundesverfassungsgerichts als verfassungswidrig zurückgewiesen wurden.

Ein weiteres Beispiel ist die Regelung des Schwangerschaftsabbruches, die Tötung werdenden Lebens (durch Ärzte), die unter gewissen Voraussetzungen zwar rechtswidrig sei, aber nicht geahndet wird. Auch hier haben Parteien, Politiker und Regierungen für Gesetze gekämpft, die ebenfalls vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig zurückgewiesen wurden, aber eben deutlich machten, als wessen Geistes Kind die maßgeblichen Befürworter eingeschätzt werden können. Die heute gültige Rechtslage nimmt sogar Spätabtreibungen hin. Eine sehr eindringliche Analyse lieferte Reinhard Merkel mit seiner Publikation „Früheuthanasie“ (15). Merkel macht deutlich, wie inkonsequent das Rechtssystem in Deutschland ist.

Für die Rechtslogik und Rechtsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland unerfindlich bleibt dabei der Umstand, dass über werdendes Leben, das nicht gefragt werden kann, der Stab jährlich in zigtausenden Fällen gebrochen wird, während verlöschendem Leben, das häufig noch gefragt werden könnte, mit § 216 StGB blockiert wird, selbst dann, wenn ein betroffener Patient in seinem letzten Lebensabschnitt nicht mehr die Möglichkeit hat, selbst Hand an sich zu legen: Die Tötung auf Verlangen wird mit bis zu fünf Jahren Gefängnis bestraft, selbst dann, wenn der die Tötung verlangende Patient und der oder die Helfende(n) bei klarem Verstand, aus humanitären Gründen und zur Vermeidung eines als entwürdigend empfundenen Restlebens gehandelt haben.

Ein weiteres Beispiel ist der finale Rettungsschuss in Polizeiaufgabengesetzen der jeweiligen Bundesländer: Geiselnahmer dürfen, sogar ohne Gerichtsbeschluss, getötet werden, wenn das Leben der Geiseln in Gefahr ist und die Polizei Handlungsbedarf sieht. Dieser Handlungsbedarf wurde auch schon gesehen, wenn Schussattrappen unzutreffende Gefahren konstruieren ließen. Interessanterweise wird hier nicht das berühmte Dambruchargument gesehen, das da lauten könnte, die Exekutive könnte sich auf diese Weise aufwändige Beweissicherungsverfahren ersparen, die Kosten der Rechtsprechung könnten mit den Todesschützen reduziert werden und der Justizvollzug könnte durch den Todesschuss weniger Aufwand und Kosten haben.

Schließlich sei noch der Tötungen anderer Lebewesen als des Menschen gedacht: Wer die öffentlichen und veröffentlichten

Positionen verfolgt, die von der Ärzteschaft, Kirchen, Parteiungen und Regierungen, nicht zuletzt von den Medien verbreitet werden, so scheint es zur „Political Correctness“, also zur „richtigen“ Gesinnung zu gehören, Tiere zu töten, wenn auch nur der Verdacht auf eine Infektion mit der „Vogelgrippe“ besteht. Weder Ärzteschaft (incl. Vertreter der Veterinäre) oder Kirchen, noch Parteien und Regierungen stellen in Frage, ob diese (geförderten und gewollten, ja erzwungenen) Tötungen ethisch gerechtfertigt seien. Vertreter von Ärzteschaft, Kirchen, Parteien und Regierungen, wenn sie früher auch noch so einseitig und pauschalierend davon Zeugnis gaben, es dürfe nicht getötet werden und es dürfe da auch keine Ausnahmen geben, bleiben angesichts der befürchteten kommenden Plagen einer ornithologisch bedenklichen Seuche seltsam wortkarg und still, wenn sie nun dieses behauptete Gebot gegenüber Vögeln anwenden könnten. Im Gegenteil: Die Vorbereitungen zur industriellen Massentötung wurden bereits getroffen; und Massentötungen gegenüber Tieren gehören auch ohne Schweine- oder Vogelpest zum bundesdeutschen Alltag, wollen die hungrigen Mägen der fleischfressenden Gattung des homo sapiens doch beim nächsten Besuch einer Metzgerei eiweißreiche Gehirnnahrung erneut beschaffen können.

### **Praxis und Übungen in veröffentlichten Meinungen: Der <Ausgrenzungs-Journalismus>**

Medien hätten die Aufgabe zu integrieren, gründlich und ausgewogen zu informieren, den Willensbildungsprozess des freiheitlich-demokratischen Rechtsstaates zu fördern. Im Bereich der Sterbebegleitungs- und -hilfe-Thematik geschieht in der Re-

gel das Gegenteil. Dies gründlicher als bislang zu belegen wäre vornehme Aufgabe moderner Mediensoziologie.

Selbstverständlich: Es gibt auch löbliche Ausnahmen; es gibt auch sehr kompetente Features. Sicherlich: Das komplexe Thema lässt sich schwer auf einen Punkt bringen. Gerade Fernsehdiskussionen leben von der Schlagwort-, „Kultur“. Gleichwohl: Wenn die Positionen von Rundfunkräten und Medieneliten zu einer Art Ausgrenzungs-Ethik gegenüber dem repräsentativen Meinungsspektrum der überwältigenden Mehrheit der Bevölkerung führen, ist etwas faul im Staate Deutschland, mehr: Es krankt am Willen zur Demokratie und am Willen *<repräsentativer Aufklärung>*.

Das Selbstverständnis von Kommentatoren der Süddeutschen Zeitung wie Heidrun Graupner oder der Frankfurter Allgemeinen wie Oliver Tolmein stellt Minderheitenmeinungen dar. Nun bleibt es diesen Medien unbenommen, Minderheitenmeinungen zu verbreiten; diese sollten als solche jedoch erkennbar sein; und sie sollten nicht den Eindruck erwecken, die Deutungshoheit zu Begriffen wie „Menschenwürde“ oder „Sterbehilfe“ zu besitzen. Der Verfassungsrechtler Hufen unterstreicht:

*„Menschenwürde hat den Menschen auch davor zu schützen, zum Objekt der Menschenwürdedefinition eines anderen zu werden“ (16).*

Aufklärung war mit Kant der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Die Neuzeit, die Moderne, mehr noch das Informationszeitalter mit seinen Möglichkeiten weltweiter Informationsverbreitung und Erkenntnissen

der Wissenschaften versprach sich einen selbstbestimmten, einen sich selbst bestimmenden Menschen. Dessen Ratio, so diese Hoffnungen, würden ihn befähigen, aus den wissenschaftlich verifizierten Informationen jene Gedanken und Entscheidungen herauszufiltern, die ihn befähigen würden, althergebrachte Dogmen sowie manipulierende Fremdeinflüsse hinter sich zu lassen.

Im Bereich der Sterbebegleitung und -hilfe haben wir seit Jahrzehnten eine andere Entwicklung. Viele Medien und die in ihnen konkret wirkenden Journalisten blockieren selbstbestimmende Denkprozesse und selbstbestimmte Entscheidungen durch Desinformationen (17), mangelhafte Vermittlung von Faktenwissen und durch ein latentes, nicht selten sogar offenkundig manipulatives Verschweigen, Tabuisieren, Dogmatisieren, jedenfalls einseitiges und ungleichgewichtiges Verbreiten von entscheidungsrelevanten Informationen (18).

Wenige Beispiele mögen dies illustrieren: Die veröffentlichte Meinung und „Fakten“-Darstellung benutzt häufig einseitig den Begriff der Sterbebegleitung als Gegensatz zum Begriff der Sterbehilfe, ohne aufzuklären, dass Sterbebegleitung Teil der Sterbehilfe sein kann. Dann: Der Begriff der „aktiven Sterbehilfe“ wird in der Regel undifferenziert und damit falsch, auch pauschalierend verwendet, ohne dass korrekt unterschieden wird zwischen einer aktiven direkten und einer aktiven indirekten Sterbehilfe. Dann:

Wenn es um die Selbsttötung eines Menschen geht, auch dann, wenn dieser Hand an sich legte, um ein in seinen Augen gemäß Artikel 1 GG entwürdigendes Fortleben zu vermeiden, wird häufig der Begriff

„Selbstmord“ verwendet (19). Manche Presseorgane benutzen weiterhin diesen diskreditierenden Begriff, obwohl ihnen erläutert wurde, dass sinnvollerweise dieses Wort „Selbstmord“ auf die Handlungen von Terroristen beschränkt bleiben sollte, die mit sich auch andere Menschen heimtückisch in die Luft jagen (20).

Denn „Mord“ ist in der Regel mit Heimtücke und niederen Beweggründen verbunden, eine Handlung, die aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder anderen niedrigen Beweggründen, auf grausame oder gemeingefährliche Art und Weise oder zur Ermöglichung der Verdeckung einer anderen Straftat umgesetzt wird. Wie aber sollte ein schwerkrank Sterbender, der seinen qualvollen Sterbeprozess von eigener Hand abkürzt, sich selbst gegenüber heimtückisch sein? Könnten es nicht eher edle Motive sein, die sich und den Angehörigen ein Menschsein und Andenken bewahren möchten, das nicht von der Ohnmacht fremdbestimmter Leiden bestimmt sein sollte?

Ob bewusst verfälschend oder schlichtweg inkompetent recherchiert, die Desinformationen im Bereich der Sterbebegleitung und -hilfe suchen ihresgleichen. So titelte DIE WELT: „Uni-Krankenhaus von Lausanne erlaubt aktive Sterbehilfe“ (21). Mit Beginn des neuen Jahres (2006) sei „aktive Sterbehilfe erlaubt“. Die Wahrheit und Wirklichkeit ist eine andere: Ärztliche Suizidbegleitung wird unter gewissen Voraussetzungen dort toleriert. Der Unterschied zwischen aktiver (direkter oder indirekter) Sterbehilfe und Selbsttötungs-Begleitung ist erheblich: Bei der aktiven Sterbehilfe hat eine andere Person (hier der Arzt) die Tatherrschaft; bei der Selbsttötungs-Begleitung der betroffene Patient.

Einseitig und damit verfälschend ist die Verwendung des Begriffes der EUTHANASIE. So fällt seit Jahren auf, dass in Medienberichten dieser Begriff wesentlich häufiger benutzt oder zitiert wird, wenn es sich um Formen der aktiven direkten Sterbehilfe (unabhängig davon, ob diese selbst- oder fremdbestimmt geschieht) handelt, äußerst selten jedoch, wenn es um die Sterbebegleitungs- und -hilfformen geht, die Vertreter der Ärzteschaft, der Kirchen und der Parteien als vertretbar ansehen. So wird die aktive (direkte) Sterbehilfe als „aktive Euthanasie“ bezeichnet; selten bis nie findet sich der Begriff der „indirekten Euthanasie“ und der „passiven Euthanasie“.

Auffällig häufig wird in der Wortwahl nicht zwischen der fremdbestimmten „EUTHANASIE“ der NS-Zeit und der selbstbestimmten EUTHANASIE unterschieden, die von Bürgerrechts- und Patientenschutzgesellschaften wie der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR HUMANES STERBEN gefordert wird. Es wäre angebracht, die NS-„Euthanasie“ stets in Anführungsstriche zu setzen und erläuternd als fremdbestimmte NS-Pseudo-„Euthanasie“ zu bezeichnen (22); denn sie war fremdbestimmter Mord gegenüber Menschen, die nicht getötet und vernichtet werden wollten, die nicht gefragt wurden. Mit dem alten griechischen Wort, das den schönen, leichten Tod meinte, hatte dies ebensowenig zu tun wie mit der selbstbestimmten Abkürzung eines qualvollen Sterbeprozesses von eigener Hand oder mit dem Wunsch und Willen eines schwerkranken, sterbenden Patienten, durch die Hand eines Arztes oder Freundes von Leiden erlöst zu werden.

Kurioserweise wird der Begriff der EUTHANASIE äußerst selten auf das Phä-

nomen der terminalen Sedierung angewandt; im Gegenteil: Diese Sterbehilfe- und Euthanasieform wird mehr und mehr als „palliative Sedierung“ bezeichnet ohne dass damit bereits geklärt wäre, ob sie mit oder gar ohne den Patientenwillen geschieht. Ginge es um Fragen der Enthalt-samkeit, so sind die meisten Medien und Journalisten geradezu „vorbildlich enthalt-sam“, wenn sie auch die Begriffe „palliative Euthanasie“ oder „terminale Euthanasie“ wählen könnten (23):

Auffällig ist die Gewichtung der Meldungen in der herrschenden Medienland-schaft. Die auflagenstarken Tageszeitungen wie beispielsweise Süddeutsche Zeitung oder Augsburger Allgemeine berichten wesentlich häufiger und umfangreicher über die Minderheitenmeinungen von Kirchen- oder Parteienvertretern, umgekehrt wesentlich seltener über die Mehrheitsmeinungen der Bevölkerung zu diesen Fragen. Journalisten, die an vorderster Front dieser Blätter schreiben, erfreuen sich auch in Kommentaren einer tendenziösen „Political Correctness“. Auffällig breit berichtete die Augsburger Allgemeine über Haltungen und Positionen des neuen Bischofs oder des Augsburger Weihbischofs Losinger (24). Tendenzen dieser Art sind auch in anderen Medien keine Seltenheit.

Der „Political Correctness“ wird sozusagen noch eine *<Ecclesiastical Correctness>* zur Seite gestellt. Gegenpositionen, die diese Haltungen in Frage stellen oder relativieren, sind vergleichsweise selten, obwohl bekannt ist, dass die Kirche nicht eben eine Organisation ist, die demokratisch geführt wird und insoweit am demokratischen Willensbildungsprozess lediglich eingeschränkte Mitwirkungsrechte haben sollte. Medien, die sich entgegen

dem Willensbildungsprozess der Mehrheit der Bevölkerung zum Sprachrohr kirchlicher Interessen machen (lassen), widersprechen letztlich ihrem Auftrag, durch aufklärende Berichterstattung den freiheitlich-demokratischen Rechtsstaat zu fördern. Damit sei nicht behauptet, dass es auch andere Berichte und Meinungen in diesen Medien gibt; entscheidend ist die Verhältnismäßigkeit; entscheidend ist auch, ob die Leser redlich aufgeklärt werden, wenn die Vertreter von Ärzteschaft, Kirchen und Parteien ihre Meinungen und Positionen verbreiten.

So wäre es beispielsweise im genannten Losinger-Bericht durchaus vertretbar, seine Meinung zu verbreiten, wonach das Recht auf Leben „für alle gelten“ solle; aber die relativierende Ergänzung wäre geboten gewesen, dass es keine Pflicht zum Leben gibt und dass in Deutschland ein Mensch, der sich das Leben nimmt, nicht strafrechtlich belangt werden darf, sollte dieses Bestreben nicht mit dem Tod geendet haben.

Geradezu erschreckend schief haben viele Medienberichte die Rechtslage zur Sterbebegleitung und -hilfe in Deutschland dargestellt. Nicht ohne Grund fand sich – außergewöhnlich genug – sogar die Bayerische Justizministerin Merk dazu bereit, diese Missstände zu kritisieren (25).

Analog einseitig fielen viele Berichte zum Fall Terri Schiavo in Deutschland aus. Die komplexe Rechtslage und -entwicklung mit Bezug auf umfangreiche Gerichtsprozesse wurde selten gewürdigt. Die Augsburger Allgemeine titelte „Was die da machen, ist Mord auf Raten“. Suggestive Bilder erweckten den Eindruck, die Patientin sei trotz ihres Komas hellwach im Blickkontakt mit ihren Angehörigen.



Andere Fälle, wie die eines Locked-in-Syndroms, wurden suggestiv verglichen. Die gängige Frage als Keulenargument, ob man Komapatienten denn „verhungern und verdursten lassen“ solle, wurde breit getreten; weniger jedoch die zentrale Frage, was die betroffenen Patienten selbst wünschen und wollen und welche Indizien es gäbe, um diesen Willen nachzuweisen. Auf verfassungsrechtliche Argumente ging die emotionalisierende Berichterstattung, die hier wieder mit dem Begriff „Mord“ operierte, nicht – trotz gebotener Bedeutung – ein, auch nicht, als die Augsburger Allgemeine von der Bundeszentrale für Patientenschutz darauf hingewiesen wurde. So informiert beispielsweise ein maßgeblicher Verfassungskommentar:

*„Die Beendigung des eigenen Lebens als Akt freien Willens stellt keinen Verstoß gegen die Menschenwürde dar, sondern findet in ihr eine Grundlage. Das gilt auch für sog. Patientenverfügungen, mit denen für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit und bei Vorliegen bestimmter Krankheitskonstellationen lebensverlängernde bzw. lebenserhaltende medizinische Maßnahmen (z. B. künstliche Ernährung per Magensonde) verbindlich ausgeschlossen werden.“* (26)

Zur öffentlichen Diskussion über Euthanasie und aktive Sterbehilfe analysiert der Sozialwissenschaftler und Thanatologe Klaus Feldmann sehr treffend vermeintliche „Tatsachenbehauptungen“, die durch ihre Wiederholung und insistierendes Behaupten damit jedoch keine Verifikation erfahren. Vier „Tatsachenbehauptungen“ beleuchtet Feldmann, drei seien hier aufgeführt; die vierte bezieht sich auf die

Schere zwischen der Ablehnung einer (umfassenden) Sterbehilfe(regelung) seitens eines kastenähnlichen Positionierens von Ärzteschaft, Kirchen und politischer „Eliten“ einerseits und dem demokratischen Willensbildungsprozess der überwältigenden Mehrheit der Bevölkerung (einschließlich der Bürger mit evangelischer oder katholischer Zuordnung) andererseits.

**Behauptung 1:** „Wenn eine gute Schmerztherapie und eine einfühlsame soziale Zuwendung erfolgt, treten keine Wünsche nach vorzeitiger Lebensbeendigung auf.“ Dazu Feldmann:

„Dieses Argument ist schlicht falsch, wie die niederländische Praxis aber auch der einfache Menschenverstand, der solchen reduktionistischen Behauptungen misstrauisch gegenüber steht, zeigen.“ Außerdem gehe die Behauptung von einer möglichen zukünftigen Realität aus, der die Gegenwart bzw. leidenden Menschen „geopfert“ werden sollen (27).

**Behauptung 2:** „In Hospizen treten Wünsche nach aktiver Sterbehilfe nicht oder viel seltener als in Krankenhäusern auf.“ Feldmann belegt mit Hinweis auf empirische Forschungen von Seale und Addington-Hall, dass bei guter Schmerztherapie und sozialer Zuwendung „Euthanasiewünsche sogar häufiger auftraten als bei ‚normaler‘ Versorgung in Krankenhäusern“ (28).

**Behauptung 3:** „Wenn die aktive Sterbehilfe in rechtlich kontrollierter Weise (z.B. niederländisches Modell) zugelassen wird, erfolgt ein ‚Dambruch‘ im moralischen Bereich (,slippery slope‘).“ Hier führt Feldmann aus, dass es „keinerlei Anzei-

chen für eine negativere Entwicklung des niederländischen Gesundheitswesens oder der Gesellschaft z. B. im Vergleich zu Deutschland gebe. Bei fundierten empirischen Untersuchungen, so Feldmann, würde Deutschland mutmaßlich „schlechter“ abschneiden als die Niederlande, „doch diese Untersuchungen werden wohlweislich vermieden.“ (29). Auch an einer 6-Länder-Studie hatte sich Deutschland nicht beteiligt.

Dass die befürchteten und behaupteten Gefahren des „Dammbruchs“ nicht eintraten, lässt sich anhand der Sterbehilfe-Regelungen im N-Territorium von Australien nachweisen (30), am Beispiel der gesetzlichen Regelung von Oregon/USA (31) und am Beispiel der behaupteten Gefahr einer „Suizidwelle“ in Zürcher Alters- und Krankenhäusern (32)

Ärzte, Hospizgruppen, Kirchen, Journalisten und Politiker sollten bemüht sein, das Wohl der betroffenen Patienten als oberste Richtschnur zu sehen, nicht das Wohl des eigenen Parts. Eine dogmatische und/oder ideologische und/oder standesorientierte Bevormundung muss im Interesse betroffener Patienten und deren Willensbildung abgelehnt werden (33).

### **Verfassungsrechtliche Normen**

Der einzige Artikel, der durch den Gesetzgeber im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland nicht geändert oder relativiert werden darf, ist Artikel 1 GG:

*„(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (...)*

Dieser Absatz 1 *„schützt die Würde des Menschen, wie er sich in seiner Individualität selbst begreift und seiner selbst bewusst wird (BverfGE 49, 298). I.d.R. kommt es entscheidend darauf an, was der Betroffene empfindet.“ (34).*

Aus diesem Verfassungsrecht lassen sich auch Ansprüche des Individuums und Bürgers gegen den Staat und seine Organe ableiten. Denn das *Selbstbestimmungsrecht* als „Kern der Menschenwürde“ (35), wird von der staatlichen Gewalt seit Jahren nicht mit der gebührenden Ernsthaftigkeit geachtet und geschützt. Dies zeigen die vielen und anhaltenden Missstände im Pflege- und Sterbebereich (36), dies zeigen finanzielle Einschnitte im Gesundheitswesen und Debatten zur Heimkontrolle (37).

Die staatlichen Organe und alle staatliche Gewalt bleiben deshalb aufgefordert, den Menschenrechtsverletzungen in der Bundesrepublik Deutschland zeitnah entgegenzutreten, wie sie z. B. in der öffentlich kaum bekannt gewordenen Kritik des UN-Ausschusses an Deutschland zum Ausdruck kamen (38).

Dies hat insbesondere durch eine umfassende gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe zu geschehen, die für jeden Bürger sowie für alle betroffenen Bereiche des Gesundheits-, Familien- und Rechtswesens klare, allgemein verständliche Regelungen festlegt, damit nicht über Menschenleben und dessen Lebenswillen fremdbestimmt verfügt wird. Wer nach festgelegten Kriterien sterben möchte, soll dies auch mit staatlicher Unterstützung zeitnah umsetzen können.

Die verfassungsrechtlichen Bezüge kommen in der bundesdeutschen Diskussion zu kurz; sie werden geradezu vermieden,

Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006

allenfalls von Experten einbezogen oder – in ihr Gegenteil verkehrt – schlagwortartig mit der Drohung verbunden, man werde eine Verfassungsklage „prüfen“, wenn dies oder jenes geschehe. Ein Staats- und Rechtswesen kann letztlich aber nur gedeihen, wenn es bereit ist, nachrangige Gesetze und Werteordnungen von der (vorrangigen) Verfassung abzuleiten, nicht umgekehrt, als Gesetzgeber beispielsweise mit Verfassungsänderungen zu taktieren, wenn die nachrangigen Gesetze (z. B. zum „Luftsicherheitsgesetz“) nicht den Vorgaben des Verfassungsrechts entsprechen (39).

In beachtenswerter Klarheit haben die Verfassungs- und Staatsrechtler Dreier und Hufen die Problematik der Sterbehilfethemen verfassungsrechtlich aufbereitet. Der Bedeutung wegen seien besonders markante Stellen hier zitiert:

### **Verfassungsrechtlich abgesichert: Bilanz-Freitod und Patientenverfügung**

*„Die Selbsttötung aufgrund eines selbstverantwortlichen freien Willensentschlusses (sog. ‚Bilanzselbstmord‘) gehört zum Recht auf den eigenen Tod, welches die Bestimmung des Todeszeitpunktes ebenso einschließt wie das Recht, in Würde zu sterben. Die Beendigung des eigenen Lebens als Akt freien Willens stellt keinen Verstoß gegen die Menschenwürde dar, sondern findet in ihr eine Grundlage. Das gilt auch für die sog. Patientenverfügungen, mit denen für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit und bei Vorliegen bestimmter Krankheitskonstellationen lebensverlängernde bzw. lebenserhaltende medizinische Maßnahmen (z. B. künstliche Ernährung per Magensonde) ver-*

*bindlich ausgeschlossen werden. Der Bundesgerichtshof hat die Zulässigkeit derartiger Verfügungen als Akt der Selbstbestimmung aus der Menschenwürde abgeleitet (...).“ (40)*

### **Aktive Sterbehilfe verfassungsrechtlich möglich**

Da die veröffentlichte Diskussion und eine Reihe exponierter Politiker in Deutschland stark gelenkt bleiben (insbesondere durch kirchendogmatische Einflussnahmen), wird häufig verschwiegen, dass verfassungsrechtlich keine Bedenken bestünden, sogar die aktive direkte Sterbehilfe gesetzlich zu gestatten. Hufen verdeutlicht:

*„Da dem Gesetzgeber aber beim Schutz des Lebens ein weiter Beurteilungsspielraum zukommt, wäre er nicht gehindert, die Strafbarkeit konsentrierter aktiver Sterbehilfe für solche – strikt eingegrenzten – Fälle aufzuheben, in denen zum Beispiel ein Todkranker sie ohne äußeren Druck und bei vollem Bewusstsein verlangt.“ (41)*

Ebenso – und noch weiter gegriffen – Dreier:

*„Aktive Sterbehilfe im Sinne einer Hilfe beim Sterben durch eine gezielte todbringende Behandlung des Kranken in staatlichen Kliniken kann nach Maßgabe parlamentsgesetzlicher Grundlagen verfassungsrechtlich möglich sein für den Fall, dass ein unheilbar Kranker dies bei uneingeschränkter geistiger Freiheit verlangt; (...). (42)*

Wer sich also so gibt als wäre das Leben das höchste Gut und als dürfte nicht ein-

mal der betroffene Mensch selbst auf sein Leben verzichten, irrt. Das Verfassungsrecht (Rahmengesetz für alle nachrangigen Gesetze) bietet die Möglichkeit für den Gesetzgeber in Deutschland, die aktive direkte Tötung von Patienten zu erlauben.

Die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts kann nicht hoch genug eingeschätzt werden, selbstverständlich in vernünftiger Abwägung zu dem Selbstbestimmungsrecht der jeweils anderen Menschen. Darauf bezieht sich die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz in ihrem Bericht vom 23. April 2004:

*„Die Würde des Menschen und sein Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung sind grundrechtlich geschützt. Dies umfasst auch die Entscheidung über das eigene Sterben und über lebenserhaltende Eingriffe Dritter und schließt die fremdbestimmte Erhaltung oder Verlängerung seines Lebens aus.“*  
(43)

### **Dosenpfand oder Sterbehilfe: Die erkennbaren Präferenzen des Gesetzgebers**

Die Bürger können selbst überprüfen, mit welcher Vorrangigkeit der Gesetzgeber sich um die Anliegen der Bevölkerung bemüht. Seit Jahren ist aufgrund repräsentativer Umfragen bekannt, dass die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung eine umfassende gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe möchte, bis hin zur aktiven direkten Sterbehilfe in seltenen Extremfällen.

Der Gesetzgeber hat diesen Willensbildungsprozess ignoriert, auch schon seitens früherer Bundesregierungen. Stattdessen gilt vom 28. Mai 2005 an das „vereinfach-

te Dosenpfand“, die mittlerweile bereits dritte Neuregelung des Dosenpfandes.

### **Die Dramatik der Wirklichkeit in Deutschland: Verdrängen und Tabuisieren**

Der Patient Deutschland bleibt vom „Argument“ infiziert, von den Allianzen des modernen Kastenwesens aus Ärzte-, Kirchen- und Politikerkreisen medial verbreitet, man müsse nur mehr für die Hospizbewegung und Palliativmedizin tun, dann erledige sich die Mehrheitsmeinung der Bevölkerung für eine umfassende gesetzliche Regelung unter Einbeziehung der aktiven direkten Sterbehilfe von selbst.

Abgesehen davon, dass sich diese nun schon Anfang der 90er Jahre verbreiteten Erwartungshaltungen auch im neuen Jahrtausend nicht verwirklicht haben, räumen Experten ein, dass bei 5 bis 15% selbst die beste Palliativmedizin keine wohlbefindliche Lebensqualität für die betroffenen Patienten erzwingen kann. Trotz (immer noch Realität der) Ausnahmesituation hervorragender Hospiz-/Palliativpflege zeigen Beispiele wie das folgende die Grenzen dieser Vertröstungen auf; sie zeigen auch, dass es um mehr geht als um Schmerz-Freiheit. Es geht im Kern um die Würde des Individuums, um Artikel 1 Grundgesetz:

Der Fall von Frau Mein macht deutlich, dass trotz kooperativer Patientin, trotz hervorragender Voraussetzungen und medizinischem Bemühen der Palliativarzt „in einer durchaus typischen Handlungsfalle“ saß. Mehrmals bekundete die Patientin, sie wolle lieber sterben (44). Verursacht durch ein Ovarialkarzinom gerät sie bei aller „Kommunikationsfähigkeit“ und „Akzept-

Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006

tanz ihres Gesundheitszustands“ (45) in eine sich stetig verschlechternde Situation. Medizinische Maßnahmen schlagen fehl, nach 35 Tagen schließlich „verstirbt sie auf der Station.“ (46). Die Patientin „ekelt sich sichtbar vor ihrem eigenen Körper“ (47), sie leidet an sich selbst und ihrem Zustand. Es gibt, wie es in diesem Bericht von Professor Gerd Göckenjan und Dr. Stefan Dreßke heißt, „das Empfinden eines zunehmenden Körperverschlusses mit massiven Depersonalisierungsprozessen.“ Dieser „aufgeblähte Körper“ scheint keine Identifikation mehr für sie zuzulassen. Dann noch die Schmerzen, zu denen es heißt: „Dieser Schmerz kann nur durch hohe Morphingaben eingestellt werden, die aber sedieren, zum Schlafen bringen. Dagegen verwahrt sich die Patientin entschieden. Wach sein, bei Bewusstsein sein, nicht auch noch den Kopf verlieren, ist im Verlaufsprozess das von Frau Meinzäh verfolgte Ziel.“ (48) So wird dieser Krankheitsprozess zum Tode beschrieben.

Dann steigert sich das alles zu einer Dramatik und Tragik, die betroffen macht. Die Berichterstatter: „Ein dramatischer Schritt im Verlauf des Verlustes der Körpergrenzen ist der Moment, seitdem sie Kot erbricht. Eine Schwester kommentiert am 19. Tag: ‚Das ist das Schlimmste, was einem überhaupt passieren kann, seinen eigenen Stuhlgang zu erbrechen.‘ Das ist für alle Beteiligten hochgradig ekelig und demütigend, und Fallbeispiele dieser Art sind im Stationsgedächtnis sehr präsent.“ Und es wird ergänzt: „Bei Frau Meinzäh passiert das das erste Mal an ihrem 19. Tag auf der Palliativstation. Eine Magensonde gibt keine Abhilfe, und andere Interventionsmöglichkeiten kommen nicht mehr in Fra-

ge. Seitdem erbricht sie manchmal mehrfach Kot täglich.“ (49)

Ja, es geht um Würde, um Artikel 1 der bundesdeutschen Verfassung. Hätte es das Verfassungsrecht erlaubt, diesen Artikel einzuschränken, die politischen Manipulatoren des Verfassungsrechts wären schon längst am Werke. So bleibt zumindest dieser Artikel so, wie er festgeschrieben wurde.

Doch was gilt das schon? Regierungen kommen und gehen, Missstände bleiben und bleiben. Und zu oft hat bereits das Bundesverfassungsgericht feststellen müssen, dass der Gesetzgeber verfassungswidrige Gesetze festschreiben wollte. Die Wirklichkeit im Pflege- und Sterbealltag war und ist in Deutschland seit vielen Jahren in vielen konkreten Einzelfällen verfassungs- und menschenrechtswidrig. Dabei wird es voraussichtlich auch in Zukunft bleiben. Denn gesetzliche Regelungen wie die des Dosenpfandes oder der Mehrwertsteuererhöhung sind „wichtiger“. Der finanzielle „Mehrwert“ zählt. Sind den mächtigen Kasten im Lande die Sterbenden „minderwertig“?

### **Anmerkungen:**

(1) Vgl. u.a. Ebbinghaus, Angelika/ Dörner, Klaus (Hrsg.): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen. Berlin 2001; Klee, Ernst: Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer. Frankfurt/M. 1997; ders. (Hrsg.): Dokumente zur „Euthanasie“. Erhöhte Aufl. Frankfurt/M. 1992; ders. „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Erhöhte Aufl. Frankfurt/M. 1989; ders. Was sie taten - Was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- und Judenmord. Erhöhte Aufl. Frankfurt/M. 1992

(2) „Mindestens 19 000 Fälle aktiver Sterbehilfe durch Ärzte in Deutschland. DGHS-Press-Info 27.07.1998. Humanes Leben – Humanes Sterben 4/1998, S. 9

(3) Zur Begriffserläuterung der Sterbehilfformen vgl. [www.dghs.de](http://www.dghs.de); sowohl bei der aktiven direkten als auch bei der aktiven indirekten Sterbehilfe liegt die Tatherrschaft beim Arzt. Im Falle des begleiteten Suizids (Suizidbeihilfe) liegt die Tatherrschaft beim Patienten.

(4) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/01. Leistungen des Gesundheitswesens. Sterbebegleitung. Hrsg. vom Robert Koch Institut und Statistischen Bundesamt, S. 6; ein späterer Nachdruck dieser Berichterstattung hat die Stelle geglättet und unverbindlicher formuliert.

(5) Bei einer bundesweiten Umfrage „Sterbehilfe – Sterbebegleitung – Patientenverfügung“ der Esslinger Initiative Vorsorgen – selbst bestimmen e.V. mit niedergelassenen, geriatrisch tätigen Ärzten befürworteten 97,3 % bei infauster Prognose und aufgehobener Entscheidungsfähigkeit des Patienten Schmerzlinderung auch um den Preis einer Lebensverkürzung; vgl. Fachzeitschrift BtPrax 6/2002.

Entgegen Behauptungen von Funktionsträgern der Ärzteschaft ist die große Mehrheit der Bevölkerung (84 %) der Auffassung: „Wenn mein Hausarzt einem unheilbar kranken Patienten bei der Selbsttötung hilft, würde ich das Vertrauen zu ihm nicht verlieren.“ (forsa-Umfrage Nov. 2003 im Auftrag der DGHS e.V., Sonderdruck der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR HUMANES STERBEN (DGHS e.V.) „Vorurteile auf dem Prüfstand“).

(6) In Belgien und den Niederlanden ist Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen die Tötung von Patienten erlaubt, sowohl die aktive direkte Sterbehilfe als auch die Beihilfe zum Suizid. Für Deutschland gilt: „Auch ein Arzt bleibt jedenfalls straflos, soweit er sich lediglich als Gehilfe aktiv an einer freiverantwortlich verwirklichten Selbsttötung beteiligt“ OLG München, Beschl. v. 31.07.1987 – 1 Ws 23/87.

(7) S. 24 der Originalausfertigung, BGH XII ZB 2/03 .

(8) Dehmel, Susanne: Gefahr der Geldbeutel-Euthanasie. Frankfurter Allgemeine Zeitung 14.08.2000.

(9) OLG Mü. 1987 im Fall Hacketal.

(10) Hufen: Hufen, Friedhelm: In dubio pro dignitate. Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens. NJW Heft 12/2001, S. 849 – 857, hier S. 853); hinzu kommt: „Jeder Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten ist ein rechtfertigungsbedürftiger Eingriff in das Grundrecht des Art. 2 II GG.“ (S. 853).

(11) Eine Berechtigung, den Gottesbezug auch verfassungsrechtlich zu verankern, sehen kirchenorientierte Meinungen in der „Nominatio Dei“, also im Gottesbezug der Präambel des Grundgesetzes. Diese Brücke bleibt jedoch brüchig:

Dreier arbeitet in den Erläuterungen zur Präambel des Grundgesetzes die weltanschauliche Neutralität des Staates heraus, vgl. Dreier, Horst (Hrsg.): Grundgesetz Kommentar. Bd. I Präambel, Artikel 1 – 19. 2. Aufl. Tübingen 2004, S. 13 ff.. Die „Nominatio (nicht: Invocatio) Dei“, also der Gottesbezug in der Präambel zutreffend als Demutsformel verstanden (S. 14), als „Warnung vor der Hybris menschlicher Herrschaftsausübung“ (S. 15). Eine „irrigie Annahme“ sieht der Autor darin, „aus der Erwähnung Gottes in der Präambel im Verhältnis zu den verfassungsgesetzlichen Einzelbestimmungen weitergehende Schlüsse ziehen und ethische Maximen auf Rechtstexte stützen zu können“ (S. 16); es bestünde auch kein Anlass, „Gott in denkbar engem Verständnis als christlichen Schöpfer-Gott, wenngleich gewissermaßen ökumenisch übergreifend, zu interpretieren.“ (S. 17) Dass Menschen- und Bürgerrechte, die das Grundgesetz und Verfassungsrechte aus Schutz vor staatlicher Willkür als unmittelbar geltendes Recht zur Geltung bringen, nicht primär kirchlichen Ursprungs sind, auch wenn oft das Christentum als Ursprung der Menschenrechtsidee ins Feld geführt werde, belegt Professor Dreier sehr schlüssig (vgl. u. a. S. 45 f.). „Insgesamt zeigt sich“, so der Autor, „dass menschenrechtliche Orientierungen ‚vielfach gegen den Widerstand christlicher Kirchen und Gruppen durchgesetzt‘ werden mussten.“ Und er belegt: „Die französische Menschenrechtserklärung erklärte Papst Pius VI. im Jahre 1791 offiziell für unvereinbar mit Vernunft und Offenbarung; noch im gesamten 19. Jahrhundert wird dieser Kampf fortgesetzt. Ihren Frieden mit den Menschenrechten machte die katholische Kirche erst in der zweiten Häl-

te des 20. Jahrhunderts. Aber auch die protestantische Kirche, zumal die Luthers, kann (...) nicht als unmittelbarer Vorläufer oder gar als wesentliche Quelle der modernen Menschenrechtsidee betrachtet werden.“ (S. 46 f. mit Belegstellen).

(12) Anm.: Vgl. zur Fragestellung „Haben Kirchen das moralische Recht, sich gegen die Tötung von Menschen auszusprechen?“ den DGHS-Sonderdruck „Humanes Sterben in Deutschland: Schön geredet oder Wirklichkeit? Defizite der Sterbebegleitung und -hilfe. Fakten und Umfrage-Ergebnisse. Interpretationen und DGHS-Positionen. Augsburg April 2001.

(13) Das 2. Buch Mose nennt ausdrücklich „Todeswürdige Verbrechen“, u.a.:

„Wer Vater oder Mutter schlägt, der soll des Todes sterben“ (2. Mose 21:15); auch ein Fluchen genügte bereits: „Wer Vater oder Mutter flucht, der soll des Todes sterben“ (2. Mose 21: 17); oder: „Die Zauberinnen sollst du nicht am Leben lassen“ (2. Mose 22:17). Wie könnte vor diesem Hintergrund das 5. Gebot „Du sollst nicht töten“ lauten? – Gemeint war damals: Du sollst nicht deine eigenen Stammesangehörigen töten, sofern sie sich nicht bestimmter Taten schuldig gemacht haben. Denn Feinde durften und mussten gemäß Schilderungen im Alten Testament getötet werden.

Vgl. diesbzgl. auch: „Abschied vom schiefen Gottesbild. Das Recht auf menschenwürdiges Sterben.“ Presse- und Medienschau. Humanes Leben – Humanes Sterben 3/1995, S. 12.

(14) Erlaubt der Vatikan die Tötung durch Infektion? – Dazu folgende Überlegungen:

Die Moraltheologie ist ein schwieriges Feld, das seit Jahrhunderten beackert wird. Nach einer Meldung der Augsburger Allgemeinen verlaute aus Vatikanreisen, dass die Römische Glaubenskongregation verschiedene Aspekte des Gebrauchs von Kondomen zur AIDS-Verhütung in der Ehe untersucht (Bericht 22.01.2005).

AIDS, eine Erkrankung des Immunsystems mit oft jahrelangem Krankheitsverlauf und der Gefahr eines tödlichen Ausgangs („acquired immune deficiency syndrome“ = „erworbenes Immunschwächesyndrom“, daher der Name AIDS), wird auch beim Geschlechtsverkehr in der Ehe übertragen. Enthaltensamkeit und Keuschheit sind in der Ehe nach gängiger Moraltheologie nicht angebracht; vielmehr wird die Ehe gemäß die-

sen Vorstellungen erst durch den Geschlechtsverkehr vollzogen, er ist sozusagen eine Voraussetzung der Ehe – mit Blick auf die Vereinigung von Mann und Frau zum Zwecke der Zeugung von Nachkommen (<sexueller Utilitarismus> in der christlichen Ethik).

Dadurch entsteht ein moraltheologisches Dilemma mit offenen Fragen, die nicht klar zu beantworten sind: Vollzieht ein(e) AIDS-kranke(r) Katholik(in) die Ehe im Wissen um die AIDS-Erkrankung bei sich und hält er bzw. sie sich an das päpstliche Gebot gegen die Benutzung von Kondomen oder anderen Verhütungsmitteln, wird billigend in Kauf genommen, dass der Ehepartner mit einer mutmaßlich todbringenden Krankheit infiziert wird. Geschieht dies ohne dass der Ehepartner oder die Ehepartnerin um die Infektion weiß, kann jeder Geschlechtsakt als heimtückischer Tötungsversuch interpretiert werden. Verzichtet der oder die AIDS-Infizierte auf den ehelichen Beischlaf, vollzieht das Ehepaar nicht mehr die Ehe und handelt damit gegen das Sakrament der Ehe.

Wird der Beischlaf trotz Wissens beider Ehepartner ohne Verhütungsmittel (insbes. Kondom) vollzogen, kann dies als <Tötung auf (sexuelles) Verlangen> interpretiert werden. Der Liebesakt wird zum Tötungsakt. Die Tötung erfolgt nicht sogleich, sondern gewissermaßen in Raten, je nach Infektion und Fortschreiten der Erkrankung.

(15) Merkel, Reinhard: Früheuthanasie. Rechts-ethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin. Baden-Baden 2001, Habilitationsschrift 2000.

(16) Vgl. Hufen, In dubio pro dignitate, a.a.O., S. 851.

(17) Vgl. lediglich beispielhaft „Das Ende von Exit rückt näher“, DIE ZEIT 20.05.1999; die Sterbehilfeorganisation EXIT deutschsprachige Schweiz ist nach wie vor die größte Organisation ihrer Art in der Schweiz und eine der größten weltweit, auch sieben Jahre nach der Veröffentlichung dieser desinformativen Zeitungs-Überschrift. Wurde mit ähnlichen Mutmaßungen schon einmal über das angeblich „naherückende Ende“ des Bayerischen Roten Kreuzes berichtet, als es dort wegen des Blutspendeskandals vor Jahren „drunter und drüber“ ging? – Vgl.

nahezu zeitgleich diesen Skandal mit Medienberichten zu Skandalen beim Bayerischen Roten Kreuz Anfang 1999; vgl. auch, lediglich beispielhaft, Berichte über die „Seniorenflucht aus den Niederlanden“, Rheinische Post am 31.01.2003 mit dem Beitrag „Die Angst vor dem ‚guten Tod‘“; dazu Leserbrief von Pfarrer Michael Bruch und Pfarrer Wim Sulimma in der Rheinischen Post vom 12.02.2003 und Analyse von Karlheinz Blessing in *Humanes Leben – Humanes Sterben* 3/2003, S. 18 f.

(18) Vgl. vorab: Schobert, Kurt F.: Einseitige Berichterstattung der Medien. Ein Nicht-Wahrhaben-Wollen der anderen Art. Rubrik „Medienanalyse“, *Humanes Leben – Humanes Sterben* 4/2005, S. 49 f., und „Schlüsselbegriffe zur Sterbehilfe-Diskussion. Was läuft in der Medien-Wirklichkeit schief? a.a.0., S. 51 - 55.

(19) Vgl. als ein Beispiel unter vielen u. a. BILD vom 01.10.2003 „Heines Tochter. Selbstmord. Sie nahm sich das Leben wie ihre Mutter“, Titelseite; *Leben die Angehörigen, lebte der Ehemann in einer Familie von Mördern?*

(20) Vgl. „Diskreditierende Begriffsverwendung.“ *Humanes Leben – Humanes Sterben* 3/2004, S. 44 f.

(21) „Uni-Krankenhaus von Lausanne erlaubt aktive Sterbehilfe“. *Die Welt* 20.12.2005. Noch dreister und verfälschender die Augsburger Allgemeine im Beitrag „Wenn sich Menschen den Tod herbeisehnen“(06.11.2003). Dort heißt es: „Kontrovers diskutiert wurde dabei vor allem über die aktive Sterbehilfe, also um Beihilfe zum Suizid.“ Aktive Sterbehilfe ist eben nicht Beihilfe zum Suizid; juristisch besteht ein gewaltiger Unterschied, je nach Tatherrschaft; zu Desinformationen in der Berichterstattung über die Schweiz vgl. Rubrik „Dichtung und Wahrheit“ mit dem Beitrag „Es darf gelogen werden. Wie weit dürfen Journalisten gehen?“ in *Humanes Leben – Humanes Sterben* 4/2003, S. 42, auch „Sensationsjournalismus auf falschen Fährten“, a. a. 0., S. 44.

(22) Von Pseudo-„Euthanasie“ muss hier deshalb gesprochen werden, weil Euthanasie im Wortsinn aus dem Altgriechischen etwas anderes bedeutet, nämlich den schönen, angenehmen Tod, eine Erleichterung des Sterbens „besonders durch Schmerzlinderung mit Narkotika (Med.)“ bzw. die „beabsichtigte Herbeiführung des To-

des bei unheilbar Kranken durch Anwendung von Medikamenten (Med.)“ (vgl. DUDEN, Fremdwörterbuch; vgl. Schobert, Kurt F.: „Selbstbestimmtes Leben, selbstbestimmtes Sterben“. Vortrag Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 19.06.2000).

(23) Mit dieser Begriffs-Konstruktion „palliative Sedierung“ soll offenbar über den Umstand hinwegtäuscht werden, dass ein künstliches Koma dann, wenn es mit dem Entzug von Nahrung oder gar Flüssigkeit einhergeht, insbesondere dann, wenn der Patientenwille nicht geprüft oder gar entgegenstehend ist, eine neue, von der Krankheit unabhängige Kausalität in Gang setzt, und dass diese, nicht die Krankheit, zum Tod führt; vgl. analog Merkel, Reinhard: *Früheuthanasie*. Baden-Baden 2001, S. 332 f.

(24) Z. B. „Das Recht auf Leben muss für alle gelten. Augsburger Weihbischof Losinger ab heute im Ethikrat“ (*Augsburger Allgemeine* 23.06.2006, S. 1).

(25) Vgl. *Welt* am Sonntag vom 03.04.2005; Bericht „Bayrische Justizministerin Merk: Urteile des BGH von 1994 und 2003 werden falsch interpretiert“ in [www.patientenverfuegung.de/pv/detail.php?uid=322](http://www.patientenverfuegung.de/pv/detail.php?uid=322) 12.04.2005.

(26) Dreier, Horst (Hrsg.): *Grundgesetz Kommentar*. Bd. I. 2. Aufl. Tübingen 2004, S. 222

(27) Feldmann, Klaus: *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. Wiesbaden 2004, S. 198.

(28) Feldmann, a.a.0. S. 199.

(29) Feldmann, a.a.0. S. 199.

(30) Obgleich wieder aufgehoben, hat diese Regelung nicht zu einer nennenswerten Zahl ärztlich begleiteter Suizide geführt.

(31) analog, die Regelung gilt nach wie vor.

(32) Vgl. „Keine ‚Suizidwelle‘ in Zürcher Alters- und Krankenheimen“, *Humanes Leben – Humanes Sterben* 4/2003, S. 38.

(33) Vgl. „Leben wir noch im Stände-Staat?“, Punkt 2 der DGHS-Presse-Info vom 11.06.2004

(34) *Grundgesetzkommentar Seifert/Hömig*, 6. Aufl. Baden-Baden 1999, S. 46.

(35) Vgl. Hufen, Friedhelm: *In dubio pro dignitate. Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens*. NJW, H. 12/2001, S. 851.

(36) Es ist hier nicht der Platz, auf die vielfältigen Missstände und menschenrechtswidrigen Eingriffe im Pflege- und Sterbealltag hinzuwei-



sen; beispielhaft nur:

„Schwere Defizite bei der Sterbebetreuung. Bundestagskommission fordert Ausbau der Palliativ-Medizin und -Pflege“, Frankfurter Rundschau 29.06.2005;

„Pflege-Notstand und Märchenwelt“. *Humanes Leben – Humanes Sterben* 3/2004, S. 40 f.;

„Alltäglicher Pflegewahnsinn'. Immer mehr Beschwerden über die Situation in den Heimen – Eine Augsburgerin berichtet“. *Augsburger Allgemeine* 16.06.2004;

„Kritik des UN-Ausschusses an Deutschland berechtigt“. *DGHS-Presse-Info* 14.09.2001; veröffentlicht in *Humanes Leben – Humanes Sterben* 1/2004, S. 41; Grundlage: Parallelbericht zum vierten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland über die Umsetzung des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte: Soziale Menschenrechte in Deutschland. Menschenrechtsverletzungen in Altenpflegeheimen. Vorgelegt vom Forum zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland, Christiane Lüst, Gauting;

Lüst, Christiane: Kartell des Schweigens (1. Teil). Abkassiert und totgepflegt – das Geschäft mit den Pflegeheimen. Rubrik „Missstände“, *Humanes Leben – Humanes Sterben* 2/2003, S. 23; auch „Kampf dem Pflegemissstand“, *HLS* 1/2003, S. 23.

(37) Menschenrechte, allgemeine Erklärung, Art. 5: „Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.“ Dass hier eine Verbindung zur Situation im Pflege- und Sterbealltag bestehen könnte, kam dem Sprecher für Menschenrechte und humanitäre Hilfe der SPD-Bundestagsfraktion, Rudolf Bindig, nicht in den Sinn; offenbar gibt es Menschenrechtsverletzungen nur im früheren Chile oder im heutigen China, im früheren Ostblock oder jedenfalls bei den von ai genannten Fällen; so schrieb Bindig am 24.03.05 an den Autor, er könne eine Verbindung zwischen Foltermethoden und Pflege- und Sterbealltag „nicht nachvollziehen“. – Folterverbot nur für politische Gefangene? – So wie früher unliebsame Personen physisch ausradiert und auf Bildern oder Fotos wegretuschiert wurden, gehört es zur politischen Anstandspflicht, unangenehme Parallelen und Menschenrechtsverletzun-

gen im nächsten Umfeld zu ignorieren. Fernstenliebe ist gefragt, nicht Nächstenliebe; bei der „Fernstenliebe“ lässt es sich schön unverbindlich bleiben.

Vgl. „Grauenhafte Schicksale sind alltäglich“ Peter Puppe erhielt den Arthur-Koestler-Preis 2005. *Humanes Leben – Humanes Sterben* 1/2006, S. 14 f.; eine von der Bevölkerung gewünschte, umfassende gesetzliche Regelung von Sterbebegleitung und -hilfe ist noch in weiter Sicht, juristische Flickschusterei z. B. im Rahmen des Betreuungsrechts, ist die Regel. Zur Blockadepolitik vgl. auch Schobert, Kurt F.: Wenn schon, denn schon ... Appell und Polemik gegen die Zauderer in Deutschland. *Humanes Leben – Humanes Sterben* 1/2006, S. 40 - 46.

(38) Vgl. „Humanes Leben – Humanes Sterben“ *HLS* 1/2004, S. 41.

(39) Am 30.01.04 fand die erste Lesung des neuen Luftsicherheitsgesetzes im Bundestag statt („Streit über Gesetz zur Luftsicherheit“, *SZ* 31.01.04). Nach Auffassung der Opposition müsse der Abschluss eines entführten Flugzeugs durch eine Grundgesetzänderung auf eine sichere Rechtsgrundlage gestellt werden.

(40) Dreier, Horst (Hrsg.): *Grundgesetz Kommentar*. Bd. I Präambel, Artikel 1 – 19. 2. Aufl. Tübingen 2004, S. 222.

(41) Hufen, Friedhelm: In dubio pro dignitate. Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens. *NJW* Heft 12/2001, S. 849 – 857, hier S. 855.

(42) Dreier, Horst (Hrsg.): *Grundgesetz Kommentar*. Bd. I Präambel, Artikel 1 – 19. 2. Aufl. Tübingen 2004, S. 375.

(43) Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (Hrsg.): *Sterbehilfe und Sterbebegleitung*. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten. Bericht vom 23. April 2004, These 1 „Selbstbestimmung am Lebensende“, S. 9; Download: [www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de).

(44) Knoblauch, Hubert/ Zingerle, Arnold: *Thanatosoziologie*. Tod, Hospiz und Institutionalisierung des Sterbens. Berlin 2005; vgl. S. 152, 153.

(45) Knoblauch a.a.O., S. 151.

(46) Knoblauch a.a.O., S. 151.

(47) Knoblauch a.a.O., S. 154.

(48) Knoblauch a.a.O., S. 155.

(49) Knoblauch a.a.O., S. 155.

*Zum Autor:*

*Jg. 1954, Promotion zum Dr. phil. (Sozialwissenschaftler) 1982; Tätigkeiten in Forschung und Lehre; Projektforschung und -Leitung zu Fragen sozialer und kultureller Integration, zu indigenen Kulturen, zur Förderung kleinerer und mittlerer Betriebe sowie zur Alltagskultur.*

*Mitarbeiter der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V. ab 1990 (Assistent, dann Wissenschaftlicher Leiter); ab 1993 Geschäftsführer der DGHS [[www.dghs.de](http://www.dghs.de)] und Chefredakteur der Verbandszeitschrift „Humanes Leben – Humanes Sterben“ (HLS) [[www.humanesleben-humanesterben.de](http://www.humanesleben-humanesterben.de)].*

*Publikationen vornehmlich in den Bereichen indigene Kulturen, Integrationsforschung, Lern- und Arbeitstechniken, Management, Minderheiten, Motivanalysen, Sterbebegleitung und -hilfe sowie Suizidforschung und Thanatologie.*

E-Mail: [Schobert@DGHS.de](mailto:Schobert@DGHS.de)

Internet: [www.dghs.de](http://www.dghs.de) und [www.humanesleben-humanesterben.de](http://www.humanesleben-humanesterben.de)