

Der nachfolgende Vortrag wurde bereits am 17. November 2003 auf dem 1. Nordrhein-Westfälischen Präventionstag öffentlich von Prof. Dr. Wolfram Höfling vorgetragen. Trotz mehrfacher Nachfrage wurde er – knapp zwei Jahre nach der Veranstaltung – noch nicht in schriftlicher Form veröffentlicht. Wir sehen in diesem Beitrag wichtige Darstellung zum rechtlichen Status vom „Leben“ in stationären Einrichtungen.

Elke Bartz

Prof.Dr.Wolfram Höfling
Universität, Inst.f.Staatsrecht
Albertus Magnus-Platz
50923 Köln - Tel 0221/470-3395

Vortrag 17.11.03

auf dem 1. NRW-Präventionstag

I.

Angesichts der Komplexität des mir gestellten Themas kann ich mich nur um einige Reflexionsimpulse bemühen. Ich formuliere diese Überlegungen dabei als Verfassungsrechtler.

Die Titelfrage der heutigen Veranstaltung möchte ich aber zunächst aus meiner privaten, gleichsam alltagstheoretisch gefilterten Perspektive beantworten, und zwar mit einem klaren „Ja“. Alt sein und Älterwerden, das ist ein Risiko. Wissenschaftsdiskurse, Medienberichte und Praxiserfahrungen lassen eigentlich keinen anderen Schluss zu:

- Die medizinethische Rationierungsdebatte, zunehmend geprägt durch konsequentialistische Theorieansätze, thematisiert verstärkt das Alter als ein denkbare Allokationskriterium. „Lohnt“ sich die Nierentransplantation bei einem 70jährigen wirklich noch? Kosten-Effektivitäts-Analysen nach sog. QALYs, also qualitätsgewichteten Lebensjahren, führen ebenfalls zu systematischen Benachteiligungen von Älteren - sei es bei der Verteilung auf der Makroebene, sei es bei Allokationsentscheidungen auf der Mikroebene.
- Der vielerörterte, doch recht wenig beachtete Pflegenotstand - zu dem heute sicherlich aus berufenerem Munde noch berichtet wird - trifft gerade alte Menschen besonders hart. Ich will hier nur auf ein Versorgungsdefizit, allerdings ein gravierendes hinweisen: das im Bereich der geriatrischen Palliativmedizin. Ist schon das generelle Angebot an Palliativmedizin in Deutschland katastrophal schlecht, so ist es für den speziellen Bereich der Geriatrie praktisch kaum vorhanden. Dass dies auch anders sein kann, zeigt das Beispiel Norwegen.
- Durchaus eng verknüpft mit dem soeben angesprochenen Versorgungsdefizit ist ein weiteres, existentielles Problem - das der sog. Sterbehilfe. Auch wenn in Deutschland die sog. aktive Sterbehilfe strafbar ist, wird sie doch praktiziert. Ohne hier Dunkelfeldforschung betreiben zu können, sicher ist jedenfalls, dass sich verstärkt Gerichtsentscheidungen mit der Zulässigkeit einer

sog. erweiterten passiven Sterbehilfe bei alten und altersdementen Patienten befassen, wobei nicht selten unausgesprochene Lebenswerturteile die Entscheidungsfindung leiten.

II

Die Referenzgebiete ließen sich vermehren - und dennoch macht man eine erstaunliche „Entdeckung“: Die dramatische Aktualität des Alters als eines partiell durchaus existentiellen Lebensrisikos lässt die Verfassungsrechtslehre und ihre Dogmatik weitgehend kalt. Ein Blick in die Kommentarliteratur zum GG erbringt einen ernüchternden Befund: Das Alter als kritischer Anknüpfungspunkt bereichsspezifischer Erläuterungen zu einzelnen Grundrechten oder zum Sozialstaatsgebot spielt offenbar nur eine marginale Rolle. Zwar hat das Bundesverfassungsgericht vor kurzem unter Verweis auf Art. 20 I und 28 II GG die „Fürsorge für Menschen, die vor allem im Alter zu den gewöhnlichen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens aufgrund von Krankheit und Behinderung nicht in der Lage sind, ... im Geltungsbereich des Grundgesetzes zu den sozialen Aufgaben der staatlichen Gemeinschaft“ gezählt (E 103, 197, 221). Und auch die eine oder andere Kommentarstelle zum durch das Sozialstaatsgebot geforderten „Schutz der Schwächeren“ findet sich. Das sind Allgemeinplätze.

Und in der Tat: Unter dem weiten Mantel des normtextlich offen strukturierten Sozialstaatsgebots ist Raum für viele gute Vorsätze. Doch genau in dieser spezifischen Normstruktur liegt zugleich die Schwäche des Sozialstaatsprinzips als einer verbindlichen Normdirektive. Der Sozialstaatsgrundsatz gilt zwar als Staatszielnorm, die dem Gemeinwesen mit der ungeteilten Normativität der Verfassung gleichsam ihren Stempel aufdrückt, allerdings ist dies beim Wort zu nehmen: es geht um eine Staatszielbestimmung, vorgegeben ist nur das Ziel einer vom Staat gewährleisteten Ordnung, die sozialen Ausgleich und solidarischen Schutz von Menschen in Schwäche- bzw. Notsituationen ermöglicht. Der Weg, auf dem das geschieht, ist jedenfalls durch das Sozialstaatsgebot nicht näher vorgegeben. Insoweit muss der Gesetzgeber, wie das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung betont, alles Genauere festlegen, er muss „das Wesentliche zur Verwirklichung des Sozialstaates (...) tun“. Solange der Gesetzgeber überhaupt Regelungen schafft, die das Ziel solidarischen Ausgleichs im Hinblick auf einen konkreten Lebensbereich anstreben und die dabei nicht ersichtlich in jeder Hinsicht untauglich sind, ist dem „Sozialstaatsgebot Genüge getan.

Dass auf Landesebene einige (ostdeutsche) Verfassungsurkunden das Alter und das Altern als gesellschaftliches Thema aufgegriffen haben, schafft insoweit keine Abhilfe. Zwar sind Verfassungstexte spezifische literarische Vergewisserungen über das für das Gemeinwesen Wichtige. Doch programmatische Formulierungen wie

- „Land, Gemeinden und Kreise gewähren alten und behinderten Menschen besonderen Schutz“ (Art. 17 II 1. MV-LV), oder
- „Das Land bekennt sich zur Verpflichtung der Gemeinschaft, alte und behinderte Menschen zu unterstützen und auf die Gleichwertigkeit ihrer Lebensbedingungen hinzuwirken“ (Art. 7 II Sächs. Verf.)

solche Formulierungen wecken eben Skepsis. Der Verdacht liegt nahe, dass sie nur weihevoller Ausdruck symbolischer Politik sind, mehr oder weniger folgenloses Bekenntnis zu einer diffusen Gemeinwohlverantwortung ohne konkrete Handlungsanleitung.

Mag sich also vor diesem Hintergrund die Zurückhaltung der Verfassungsrechtslehre noch erklären lassen, muss diese Abstinenz im Blick auf die Grundrechte indes erstaunen. Sie binden den Staat nicht nur in ihrer abwehrrechtlichen Dimension als „unmittelbar geltendes Recht“ (Art. 1 III GG), sie

statuieren auch Schutzpflichten zugunsten der jeweiligen grundrechtlichen Güter und entfalten so unmittelbar normative Wirkungen auch in Privatrechtsverhältnissen.

Deshalb wäre durchaus zu erwarten, dass etwa die reichhaltig entfaltete Bereichsdogmatik zum Menschenwürdesatz nicht nur Gefährdungskonstellationen wie den Strafvollzug oder „stigmatisierte Minderheiten“ den Blick nimmt, sondern auch die Zustände in Altenpflegeheimen Welche Gründe und emotionalen Tiefenschichten für diese Art von Berührungsangst auch maßgeblich sein mögen, rechtfertigen können sie die auf diese Weise mit bewirkte Relativierung und Unterminierung der Geltungskraft der Grundrechte nicht.

III.

Wie immer setzt auch in unserem Kontext eine angemessene, das heißt problemadäquate Dogmatik grundrechtlicher Garantien die Rekonstruktion des je in Bezug genommenen Lebensbereichs voraus. Real- und Normbereich sind und bleiben wechselbezüglich miteinander verknüpft. Diese Art der Normbereichskonkretisierung erfordert eine empirische und transdisziplinär-analytische Durchdringung des Sachbereichs. Das kann ich - selbstredend - nicht nur hier und heute nicht leisten, selbst wenn ich mich auf einen Ausschnitt der Problematik, etwa die der Altenpflegeinstitutionen beschränke.

Dennoch will ich anhand einiger Schlaglichter versuchen, die Richtung für weitere - dringend gebotene - verfassungsrechtliche Überlegungen zu beschreiben.

(1) Zunächst: Es liegt auf der Hand, dass alte Menschen, die wegen Pflegebedürftigkeit in Heimen leben (müssen), sich gleichsam mit Haut und Haaren, mit ihrer ganzen Existenz dem Zugriff von Institutionen ausliefern. Das Grundrecht auf Leben (Art. 2 II 1 GG), das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 II 1 GG), das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 I GG), nicht zuletzt der grundrechtliche Anspruch auf Achtung der Menschenwürde (Art. 1/ 1 GG), aber auch andere Grundrechtspositionen, wie etwa das Grundrecht der körperlichen Bewegungsfreiheit (Art. 2 II 2 GG) oder der Freizügigkeit (Art. 11 I GG) können durch einen I (Pflege-)Heimaufenthalt betroffen sein.

Mit einem Wort des Kulturphilosophen Ernst Cassirer. gesprochen, entfalten die Menschenrechte ein Kardinalanliegen: den Anspruch eines jeden auf Eigentümlichkeit. Dieses „Recht auf Eigentümlichkeit schlechthin“ gerät unter den realen Bedingungen eines Lebens im Alten- oder Pflegeheim unter Druck, weil für Eigentümlichkeit häufig kein Raum ist - was durchaus wörtlich zu verstehen ist, wenn man sich die räumliche Situation in manchen Heimen vor Augen führt.

Das Heim erinnert zumindest an die „totale Institution“, deren Kennzeichen Erving Goffman idealtypisch herausgearbeitet hat: der soziale Verkehr mit der Außenwelt und die Freizügigkeit sind beschränkt; eine Trennung verschiedener Lebensbereiche ist weitgehend aufgehoben; die Bewohner sind einer einzigen Autorität - der der Heim- bzw. Wohngruppen- bzw. Stationsleitung - vergleichsweise strikt unterworfen; mit den Bedürfnissen der „Insassen“ wird recht schematisch umgegangen (um nicht zu sagen bürokratisch); die Heimbewohner sind auf eine bestimmte Rolle festgelegt, eine eigene Rollenplanung ist daher kaum möglich; Bewohner und Personal stehen einander als getrennte (und mitunter auch als feindselige) Gruppen gegenüber; nicht selten wird über das Schicksal der Heimbewohner ohne deren Kenntnis entschieden; das Selbstbild und die Selbstwahrnehmung der Heimbewohner wird durch verschiedenste Demütigungen - häufig kleine, aber nach und nach sich aufsummierende Demütigungen - verändert. Zugespitzt formuliert, besteht die Gefahr, dass Heimverhältnisse faktisch zu „besonderen Gewaltverhältnissen“ werden, also zu Räumen, in denen die Chance der realen Geltung von Grundrechten extrem gering ist. Das Bundesverfassungsgericht hat das Modell des besonderen Gewaltverhältnisses als normatives Modell, die Geltungsminimierung von Grundrechten zu legitimieren, schon vor über dreißig Jahren in seiner berühmten Strafgefängenen-

Entscheidung verworfen. Aber faktisch sind solche Lagen verschärfter Abhängigkeit in quasi-anstaltlichen Kontexten weiter beobachtbar. Auch wenn es in der seinerzeitigen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts um den staatlichen Strafvollzug ging, so lässt sich dieser Entscheidung doch das Postulat entnehmen, dass dort, wo die Grundrechte Geltungskraft beanspruchen, keine Zustände geduldet werden dürfen, die die betroffenen Menschen strukturell zu Ausgelieferten machen.

(2) Ein - wenn ich recht sehe - immer noch virulentes Problem, das aus diesem Zustand erwächst, ist die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen. Das, was etwa Thomas Klie unter anderem vor ca. 10 Jahren zur vielfach gefährdeten Freiheit in Pflegeheimen an Erkenntnissen vorgestellt hatte, hat leider weiterhin Gültigkeit. Die gerade für Deutschland so oft beklagte Hypertrophie des Rechtsschutzes ist hier oft zur gerichtlichen Routinekontrolle verkümmert (oder gar verkommen), die mit dem grundgesetzlich geforderten effektiven Rechtsschutz allenfalls noch die Bezeichnung gemein hat.

(3) Bedenkt man die Fortentwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, die vereinfachend mit dem Schlagwort „Professionalisierung“ zusammengefasst werden können und die sich beispielsweise im neuen Altenpflegegesetz niedergeschlagen haben, dann kann man sich mit Recht die Frage stellen, ob das Pflegeverständnis, das dem sozialen Pflegeversicherungsrecht des SGB XI zugrunde liegt, (noch) problemadäquat ist. Angesichts des fortgeschrittenen Wissens von den Bedürfnissen alter, pflegebedürftiger Menschen ist in der Tat die Frage zu beantworten, ob etwa die Definition der Pflegebedürftigkeit in §14 SGB XI oder die, Skalierung der Pflegebedürftigkeit, die in § 15 SGB XI enthält, den realen Bedarf pflegebedürftiger alter Menschen abbildet, insbesondere, ob die Konkretisierung des Bedarfs durch das Richtlinien-Verfahren des § 17 SGB XI genügend sicherstellt, dass die Betroffenen sich hinreichend zur Geltung kommt, trotz der schon jetzt vorgesehenen Beteiligung der Bundesverbände behinderter Menschen. Es fällt auf, dass das überwiegend zum 1. Januar 2004 in Kraft tretende GVK-Modernisierungsgesetz, das auch einige Änderungen des SGB XI vorsieht, die Instrumente einer verstärkten Betroffenen-Integration, die künftig für die gesetzliche Krankenversicherung gelten, nicht auf - die soziale Pflegeversicherung übertragen hat. Für das Amt der Patienten-Beauftragten oder die Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten, also Neuerungen, die nicht zuletzt die für die Praxis eminent wichtige Richtlinienabfassung betroffenengerechter gestalten sollen, findet sich im sozialen Versicherungsrecht kein Pendant. Die auch in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, beziehen sich auf finanzielles Fehlverhalten der Pflegekassen, nicht aber auf andersgeartetes Fehlverhalten etwa des Pflegepersonals, der Heimträger oder der Heimaufsicht. Dass die Stärkung advokatorischer Strukturen gerade im Pflegebereich angezeigt ist, dürfte vergleichsweise anerkannt sein. Wieso sieht der Gesetzgeber hier offenbar keinen Handlungsbedarf - und wieso begründet er die Ungleichbehandlung zwischen sozialer Kranken- und sozialer Pflegeversicherung nicht?

(4) Damit eng verknüpft ist die Problematik immer noch mangelnder Qualitätssicherung und permanenter Ressourcenverknappung. Nach der jüngsten Untersuchung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) vom Juni dieses Jahres werden zurzeit etwa neun Millionen Überstunden in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe angehäuft, was etwa 5000 Vollzeitstellen entspricht. Darüber hinaus ist derzeit von etwa 3600 offenen Stellen in den Pflegeheimen auszugehen. Hinzu kommt der Bedarf an neuen Stellen durch die Neugründung von ca. 160 stationären Altenhilfeeinrichtungen jährlich. Dies ergibt eine Anzahl von wiederum 4000 Stellen pro Jahr. Mit anderen Worten: Um aus dem Druckkessel „Altenheim“ „Dampf“ abzulassen und zusätzlich den bestehenden Bedarf durch offene und neue Stellen zu decken, müssten in diesem Jahr ca. 12600 Vollzeitstellen neu besetzt werden. Nach dem derzeitigen Schlüssel im Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeitstellen bedeutet dies eine Beschäftigtenzahl von ca. 20000 Pflegekräften.

Vor diesem Hintergrund ist namentlich die Entwicklung des Qualitätsmanagements, der unmittelbar auch normative Bedeutung zukommt, äußerst kritisch zu betrachten. Als Qualitätsprüfstein kann

insoweit die Dekubitusprophylaxe bezeichnet werden. Hier gilt derzeit als pflegewissenschaftlich abgesichertes Konzept der so genannten Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Obgleich dieser drei Jahre nach der ersten Veröffentlichung zwar weithin bekannt ist, wird er allerdings erst in einem erschreckend geringen Maße in den befragten Einrichtungen umgesetzt, nämlich erst zu knapp 20 %. Auch wenn sich daraus noch keine konkreten Aussagen bezüglich der realen Versorgungsqualität in Sachen Dekubitusprophylaxe machen lassen, zeigt sich hier doch ein deutlicher, als typisch anzusehender Mangel bezüglich der Qualitätsentwicklung. Die lange Dauer des Transfers pflegewissenschaftlich fundierter Konzepte in die Praxis ist angesichts der zahlreichen steigenden Anforderungen bei relativ geringen Personalressourcen erklärbar; gleichwohl ist der Zustand auch aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht hinnehmbar. Gerade Dekubitalgeschwüre sind in der Langzeitpflege ein bedeutsames Thema. Die Vermeidung von Dekubiti ist aufgrund der gravierenden Folgen für die Betroffenen und die Solidargemeinschaft und angesichts der heute bereits bekannten präventiv erfolgreichen Maßnahmen eine entscheidende Herausforderung, gleichsam der Prüfstein für die Qualitätsentwicklung der stationären Altenpflege.

Obwohl das Thema also seit Jahren erörtert wird und auch Gegenstand kriminologischer Studien war, hat eine neue Hamburger rechtsmedizinische Studie, in der über 12.000 Verstorbene untersucht worden waren, bei jedem 7. (14,4 %) Druckgeschwüre festgestellt. In vielen dieser Fälle hat offenkundig rechtswidriges, ja strafrechtlich relevantes Verhalten vorgelegen.

(5) Entsprechendes gilt - allerdings gleichsam als eine besondere Form der Überversorgung für die Praxis der PEG-Sondenernährung [PEG bedeutet perkutane endoskopische Gastrostomie, also eine Magensonde, über die Ernährung zugeführt wird]. Da sie einen invasiven Eingriff voraussetzt, bedarf es einer entsprechenden Indikation.

In der Altenpflegerealität aber sieht es so aus, dass - wie selbst von Vertretern der BÄK eingeräumt wird - eine Großzahl der PEG-Sonden ohne medizinische Indikation gelegt wird. Das Motiv ist klar: Das Füttern altersdementer Menschen erfordert Zeit, der anschließende Reinigungsaufwand Geld. Beides aber, zeitaufwendige persönliche Zuwendung und finanzielle Ressourcen sind knapp (werden knapp gehalten?). Gleichwohl ist offenkundig, dass dies rechtswidriges - und wiederum: gegebenenfalls sogar strafrechtswidriges Verhalten nicht legitimieren kann.

Diese Streiflichter, so oberflächlich sie das Problemfeld auch auszuleuchten imstande sind, zeigen - mir jedenfalls -, dass es kaum einen anderen gesellschaftlichen Bereich gibt, in dem der Staat seine grundrechtliche Schutzpflicht zugunsten der Integrität und Würde hilfloser Personengruppen - quantitativ und qualitativ - derart vernachlässigt.

IV.

Kontrastiert man diesen - nochmals zugegeben: eher - impressionistischen Befund mit den für andere Sachbereiche völlig konsentierten Direktiven der einschlägigen Grundrechte, so kommt man nicht umhin, einen Rückzug - oder vielleicht zutreffender: ein schon immer bestehendes Wirksamkeitsdefizit des grundrechtsgeprägten Sozialstaats zu konstatieren: Der grundrechtliche Würde- und Integritätsschutz, wie er durch Art. 1 I sowie 2 II GG gewährleistet ist, markiert die elementare Legitimationsgrundlage des Gemeinwesens. Deshalb muss der Staat sicherstellen, dass auch in Altenheimen „die grundlegenden Voraussetzungen individueller und sozialer Existenz des Menschen“ erhalten bleiben (E 45, 187, 228). Gerade in Situationen der Hilfsbedürftigkeit ist „dem Staat ... die Wahrung der Würde des Menschen... besonders anvertraut“ (E 103, 197, 221) - und dabei geht es nicht lediglich um das, „was zur notdürftigen Fristung des Lebens... unbedingt erforderlich ist“ (BVerwGE 14,294,296 f.).

Nochmals: Hier trifft den Staat eine Garantenstellung. Ihn, in erster Linie den Gesetzgeber, trifft eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht: der Gesetzgeber kann Lebensbereiche, die strukturell für Grundrechtsverletzungen anfällig sind, nicht ein für alle Mal regeln und den Dingen dann den Lauf lassen. Er ist vielmehr verpflichtet, diese Bereiche zu beobachten und registrierte Defizite auf der Ebene des Normprogramms und der Normimplementation zu korrigieren. Dabei darf er sich nicht mit alltagstheoretisch angeleiteten Beobachtungen auf Plausibilitätsniveau begnügen, sondern muss, soweit möglich, Wissen generieren, das ihm einen differenzierten Einblick in den fraglichen Lebensbereich eröffnet. Je mehr der in Rede stehende Lebensbereich der Beobachtung verschlossen ist, gleichsam einer black box ähnelt, die zumindest auf den ersten Blick undurchsichtig und dunkel bleibt, um so mehr muss der Gesetzgeber auf den zweiten Blick vertrauen und seine Beobachtungen auf laborierte Evaluierungstechniken stützen, die das Feld - auch das so genannte Dunkelfeld möglichst erhellen. Was das heißen kann, zeigt der vergleichende Blick in andere Gebiete der Rechtsordnung, konkret: des Sozialrechts. So hat der Gesetzgeber für den Bereich der Arbeitsförderung eine eigene Forschungsstätte innerhalb der Bundesanstalt - demnächst: Bundesagentur - für Arbeit gegründet, das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Es soll die „Wirkungen der Arbeitsförderung“ „zeitnah“ erforschen, und zwar auch „auf regionaler Ebene“. Diese „Wirkungsforschung“ ist auch für das künftige Sozialgesetzbuch Zweites Buch zur „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ vorgesehen. Die staatlich betriebene Wirkungsforschung stellt eine „wesentliche Grundlage für die Kontrolle und Steuerung“ dar, wie der Gesetzgeber sagt: „Um ein rechtzeitiges Gegensteuern bei nicht erwünschten Ergebnissen zu ermöglichen, sind die Untersuchungen regelmäßig und zeitnah durchzuführen“. Die Überlegungen gelten nicht minder, im Gegenteil: sie gelten erst recht für den Bereich der Pflege alter Menschen, die sich wesentlich nach dem Sozialgesetzbuch XI, also den Regeln der sozialen Pflegeversicherung richtet.

V

Ich komme zum Schluss:

Wohin die Entwicklung führen kann, wenn alte, pflegebedürftige Menschen die „einöden Einsamkeit“ - als die Norbert Elias die stationären Einrichtungen beschrieben hat - mit ihren Gefährdungen und Verletzungen von Würde und Integrität nicht mehr ertragen zu können glauben, das ist uns soeben noch einmal drastisch vor Augen geführt worden durch die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Diese Institution, die in der Vergangenheit in etlichen medizinethischen Fragen eine Vorreiter- und Vorbildfunktion für Deutschland übernommen hat, hat jüngst Richtlinien und Empfehlungen zur „Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen“ vorgestellt. Darin thematisiert ein eigener Abschnitt den ärztlich begleiteten Suizid.

Zwar soll, wie es heißt, „aus Rücksicht“ auf das besondere Abhängigkeitsverhältnis der Sterbewilligen und „auf die übrigen Bewohner der Institution“ das Personal einer Einrichtung der Langzeitpflege nicht an der Vorbereitung oder Durchführung eines Suizids mitwirken. Doch von solch feinfühligem Zurückhaltung abgesehen, hat die SAMW mit dieser Richtlinie ihre bisherige Position, dass Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist, gerade im Blick auf eine besonders schutzbedürftige Personengruppe aufgegeben. Dies mag ein resignativer Versuch sein, den anscheinend unaufhaltsamen Aktivitäten der Schweizer Sterbehilfeorganisationen entgegenzuwirken, deren Zugang zu Alteneinrichtungen in Zürich bereits seit Jahren Gegenstand rechtlicher Regelung ist - was mit anderen Worten bedeutet, dass Tötungshandlungen an alten Menschen Bestandteil der sozialen Praxis geworden sind. Das aber ist - wie mir scheint - die ultimative Bankrotterklärung eines grundrechtsgeprägten Sozialstaats, wenn er alten Menschen nicht mehr die Perspektive eröffnen kann, unter menschenwürdigen Bedingungen an der Hand eines anderen aus dem Leben zu scheiden, sondern stattdessen [vielleicht gar auch aus monetären Überlegungen heraus] das prozedural aufbereitete Angebot unterbreitet, durch die Hand eines anderen zu sterben.