

Patientenverfügungen – ein Blick auf die theologisch-ethische Diskussion

Konrad Hilpert

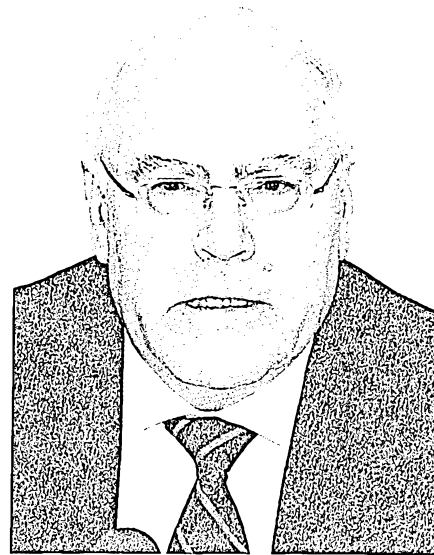
Seit ungefähr 30 Jahren gibt es in Deutschland eine Debatte über die aus den USA bekannt gewordene Patientenverfügung, die bis zur Jahrtausendwende auch in der wissenschaftlichen Literatur weithin „Patiententestament“ genannt wurde. Ging es anfangs um die Möglichkeit und Zulässigkeit dieses Instruments, so ist das beherrschende Thema in den letzten Jahren seine Verbindlichkeit geworden. Bestritten wird die Debatte im Wesentlichen von Juristen, Medizinern und theologischen Ethikern, die teils als einzelne Wissenschaftler, teils als Repräsentanten von Standesorganisationen bzw. der Kirchen Stellung beziehen. Dass gerade Vertreter dieser drei Professionen engagiert waren und es bis heute sind, erklärt sich naheliegenderweise damit, dass das Instrument Patientenverfügung und die Fragen, die seiner Herausarbeitung zugrunde liegen, zentral deren Arbeitsfelder berühren: Ärzte haben es mit der Rettung erkrankter Menschen und dem Erhalt ihres Lebens zu tun, Juristen mit den Grundrechten des Einzelnen und den sie schützenden Strafbestimmungen. Und die von den Theologen bedachte Religion ist der Ort, wo die fundamentalen Vorgegebenheiten des Daseins sowie die Grenzen des Menschen und seines Handlungkönnens ein zentrales Thema sind.

I. Sterben zwischen Widerfahrnis und Gestaltung

Die Fortschritte der Medizin in den letzten Jahrzehnten haben für die Menschen und infolgedessen auch für die genannten drei Berufsgruppen erhebliche Veränderungen mit sich gebracht: Zahlreiche Erkrankungen, die früher unausweichlich zum Tod führten, können jetzt beherrscht werden; Leiden, die einst ertragen werden mussten, können effektiv gelindert werden. Die Folgen sind offensichtlich: Immer mehr Menschen werden immer älter, und das Leben vieler kann trotz lebensbedrohlicher Krisen oder chronischer Störungen erhalten oder erheblich verlängert werden. Überflüssig zu erwähnen, dass solche Verlängerung der Lebenszeit von fast allen Menschen erwünscht ist.

In Verbindung damit verändert sich aber auch das Sterben selbst. Es findet nämlich nicht nur im Durchschnitt in viel höherem Alter statt, sondern fast in jedem zweiten Fall nicht mehr in der eigenen Wohnung und Familie, sondern in einer Klinik, unterstützt durch intensivmedizinische Maßnahmen und überwacht durch Angehörige des Personals, die der Patient bisher nicht gekannt hat. Dem Sterbeprozess vorausgegangen ist vielfach eine längere, nicht selten sogar sehr lange Phase der Pflegebedürftigkeit im Gefolge chronischer und häufig mehrfacher Erkrankungen. Wie schon diese Phase der Pflegebedürftigkeit sich hinziehen kann, so dehnt sich immer öfter auch der Sterbeprozess selbst aus bzw. wird der Tod durch neue Interventionen hinausgezögert. Das wiederum wünschen sich viele Menschen nicht, und viele derer, die es bei Angehörigen schon einmal erlebt haben, beurteilen es als sinnlos oder empfinden es als eine Form der Leidensverlängerung.

Eine Antwort exakt auf dieses Problem ist das Konstrukt der Patienten-



Prof. Dr. Konrad Hilpert, Professor für Moralthologie an der Universität München

verfügung. Sie will das, was im normalen Medizinbetrieb heute ganz selbstverständlich gilt, nämlich dass eine medizinische Maßnahme an einem Patienten nur nach seiner Einwilligung erfolgen darf, durch eine Vorausverfügung auch für den Fall sicherstellen, dass der Patient in der Zukunft einmal in die Lage geraten könnte, in der er nicht mehr seinen Willen zu einer geplanten Maßnahme äußern kann.

Das Verfassen einer Patientenverfügung bedeutet also nicht Leugnung der eigenen Sterblichkeit, sondern setzt gerade umgekehrt die Sterblichkeit als Realität voraus und akzeptiert sie als das, was der eigenen Person irgendwann bevorsteht. Aber es möchte die Umstände, unter denen das Unvermeidbare geschieht, gestalten und in Übereinstimmung gebracht wissen mit den eigenen Vorstellungen. Und das heißt für die meisten, die das tun, wenigstens: schmerzfrei sterben, nicht abhängig von Maschinen, so weit es geht in vertrauter Umgebung, nicht ausgeliefert der Logik maximaler Lebensverlängerung. Die Wünsche können natürlich sehr viel weiter reichen und jede Möglichkeit aus dem Spektrum der Sterbehilfe zum Inhalt haben.

II. Grundsätzliche Zustimmung

Die Patientenverfügung als Instrument der vorsorglichen Willensäußerung stößt in der theologischen Ethik, soweit ich sehen kann, ausnahmslos auf grundsätzliche Zustimmung. Dass unnötiges Leiden verhindert und nicht beseitigbares verringert werden muss, soweit das im konkreten Fall möglich ist, ist nicht nur ein natürliches Verlangen jedes Menschen, sondern gehört auch zu den elementarsten Pflichten der Mitmenschen und der Gemeinschaft, auch wenn bewusst bleibt, dass die erfahrene Wirklichkeit nie ganz frei von Leid sein wird. Diese Pflicht gilt auch für die Situation des bevorstehenden und des begonnenen Sterbens, weshalb unter theologischen Ethikern eigentlich schon ziemlich lange Konsens besteht, dass

eine Behandlung, die nur noch auf maximale Lebenszeit zielt, abgelehnt werden darf – mittels einer aktuellen Willensäußerung oder mittels einer präventiven Verfügung. Dieser Konsens hat ja auch dazu geführt, dass in den 1990er-Jahren von kirchlichen Gremien eine christliche Patientenverfügung entworfen und in der Öffentlichkeit bekannt gemacht wurde.

Die zentrale rechtliche Anspruchs- und Legitimationsfigur, die der Patientenverfügung zugrunde liegt und sie einfordern machen will, ist die der Selbstbestimmung. Dass es auch einen moralisch berechtigten Anspruch des Einzelnen auf Selbstbestimmung gibt, wird heute in der theologischen Ethik von niemandem ernsthaft bestritten.

Beide Ziele, Verhinderung unnötigen Leidens und Selbstbestimmung, werden heute oft mit dem Postulat „Sterben in Würde“ bzw. „menschenwürdig sterben“ in Verbindung gebracht. Was „Würde“ bzw. „würdig“ in solchen Wendungen meint, ist freilich schillernd. Wegen dieser Mehrdeutigkeit ist nicht klar, ob ein weiteres, also drittes Ziel gemeint ist (etwa: Achtung des Patienten als Menschen, unabhängig davon, wie er selbst und wir andere sich fühlen), oder ob es sich „bloß“ um einen anderen Ausdruck für die größtmögliche Beachtung der eigenen Wünsche und die Ablehnung jeder Entmündigung in einer Situation handelt, in der die Selbstbestimmung aufgrund der Umstände physiologisch und psychisch eingeschränkt ist.

III. Das Verhältnis von Selbstbestimmung und Fürsorge

Auch wenn Patientenverfügung als rechtliches Instrument nicht kontrovers ist, sind doch Einzelheiten ihrer Ausgestaltung umstritten. Die Streitpunkte scheinen auf den ersten Blick nur Randfragen zu betreffen. In Wirklichkeit jedoch sind die Orte bzw. Anlässe, an denen sich tiefere Vorbehalte manifestieren. Die offensichtlichsten dieser Streitpunkte betreffen die Frage, was im Falle der Entscheidungsunfähigkeit der aktuellen Wille ist, und die Reichweite, also ob die Patientenverfügung beschränkt sein soll auf sterbende Menschen oder wenigstens tödlich verlaufende Erkrankungen.

Hinter diesen Streitpunkten steckt auch die grundsätzlichere Frage nach dem Verständnis und den Grenzen der Selbstbestimmung. Diese kann natürlich – wie das vielfach geschieht – als völlige Unabhängigkeit von anderen verstanden und dementsprechend Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf Andere als Kränkung empfunden werden. Aber dieses Verständnis von Selbstbestimmung als Autarkie sei – so kritisieren manche Autoren – völlig theoretisch und in der Realität unbrauchbar; denn Selbstbestimmung finde konkret immer im Kontext persönlicher Beziehungen statt und setze institutionelle Rahmenbedingungen voraus. Es ginge Menschen in derlei Situationen gar nicht um Autarkie, sondern allenfalls um das Bewahrenkönnen ihres Selbstkonzepts, um ihre Unauswechselbarkeit. Der Mensch sei nicht ein isoliertes Wesen, sondern eines, das in Zusammenhängen lebe und dessen Entscheidungen eben auch in die konkreten Bedingungen der jeweiligen Lebenserfahrung eingebettet seien. Deshalb bestehe „zwischen aktueller und antizipierter Selbstbestimmung ein wichtiger Unterschied [...], zumal wir nicht nur unsere Meinung, sondern auch unsere Lebenseinstellung ändern können. Die Person steht zugleich in Kontinuität zu sich selbst, sie kann durch frühere Äußerungen die spätere Person präfigurieren, sie kann aber auch durch spätere Äußerungen frühere

Zustände abändern. Die Fragen [...] lauten: Ist mein späterer Zustand der Sklave meines jetzigen Willens? Hat die spätere Person, die möglicherweise in ihren Äußerungsmöglichkeiten im Vergleich zu meinem jetzigen Selbst reduziert ist, mir gegenüber ebenfalls Rechte [...]? Ist ein Körper, der sein Wohlbefinden ausdrücken kann, ein Ausdruck meiner Person, oder ist Person reduziert auf das Bewusstsein, so dass nur der Bewusste eigentlich Personenrechte hat?“

In der Sache die gleiche Anfrage, die hier mit Worten aus Dietmar Mieths neuestem Buch „Grenzenlose Selbstbestimmung?“ wiedergegeben wurde, wird unter Verwendung anderer ethischer Figuren auch von anderen Ethikern gestellt. So bezweifelt der evangelische Theologe und Klinikseelsorger Ulrich Eibach, „ob und inwieweit das [...] Postulat einer „autonomen“ Selbstbestimmung in Fragen medizinischer Behandlung die Möglichkeiten von Menschen, die sich in schweren Lebenskrisen befinden, nicht überfordert“, und stellt die provozierende Frage, „ob es ernsthaft kranken und todkranken Menschen in erster Linie um ihre autonome Selbstbestimmung über ihr Leben und ihre autonome Entscheidung über die Art ihrer Behandlung ankommt. Ist der „autonome Patient“ nicht ein weitgehend realitätsfernes theoretisches Konstrukt?“

Ethisch und theologisch ist es ganz zweifellos ein wertvoller Hinweis und eine wichtige Korrektur, klar zu machen, dass Selbstbestimmung „immer in bestimmten sozialen Kontexten Gestalt gewinnt, auf Erwartungshaltungen Dritter reagiert und von einer Fülle weiterer lebensweltlicher wie politischer Faktoren beeinflusst wird“, wie Horst Dreier konstatiert. Man könnte vielleicht auch sagen: Bei der Autonomie gibt es immer nur ein Mehr oder Weniger. Und der Mensch ist nicht bloß sich selbst bestimmen wollendes Individuum, sondern immer auch Beziehungswesen, und das bedeutet einerseits: Angewiesener auf andere, und andererseits: Fürsorgender. Deshalb steht es den Kirchen aus ihrem Selbstverständnis gut an, für eine Kultur der Solidarität mit den Sterbenden einzutreten und Entwicklungen zur Vereinzelung des Leidens und der Verdrängung der Not des Sterbens zu kritisieren. Aber rechtlich ergibt sich daraus nicht mehr als die Forderung, dass wir in Situationen der Hilflosigkeit nicht unnötig leiden, ausgenutzt oder geschädigt werden, aber keine Beschränkung der Freiheit des Einzelnen. Eine derartige Beschränkung der Selbstbestimmung im wohlmeinenden Interesse der Fürsorglichkeit gibt es auch in anderen Lebensbereichen nicht, nicht einmal für Entscheidungen, die nach unserer Überzeugung verkehrt sind (etwa die Wahl einer Studienrichtung, die Heirat eines Partners), jedenfalls so weit diese Entscheidung nicht massiv sozial schädlich oder der Entscheider nicht unfähig ist, die Konsequenzen zu übersehen.

Wird das Fürsorgeprinzip so hoch angesetzt, dass es das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung relativiert und begrenzt, dann ist es nur noch ein kleiner Schritt zur Legitimierung des Arztes, „für“ den Patienten im Sinne von „stellvertretend“ oder sogar „anstelle des Patienten“ zu entscheiden. Die Bestimmung des Verhältnisses von Selbstbestimmung und Fürsorge als eines unvermeidlichen Gegensatzes ist meines Erachtens konstruiert. Denn die Erkenntnis eigener Hilfsbedürftigkeit in der Zukunft schließt weder selbstbestimmte Entscheidungen noch Fürsorge aus. Fürsorge bleibt möglich und erwünscht im Sinne der zwischenmenschlichen Unterstützung und Zuwendung,

um möglichst viel Lebensqualität zu erhalten, aber eben nicht im Sinne des Ersetzens oder gar Fremdbestimmens. Sie meint hier etwas ganz Ähnliches wie Subsidiarität in der Sozialpolitik, also: soviel Selbstbestimmung wie möglich, nur soviel Einwirkung von außen wie unbedingt nötig. Dass hierbei auch Spannungen auftreten können, ist klar. Sie beizulegen ist Sache von Gespräch und gemeinsamer Beratung zwischen den Beteiligten.

Wichtig sind in diesem Zusammenhang noch zwei Hinweise, nämlich: Auch wenn dem fürsorglichen ärztlichen Handeln durch die Patientenverfügung eine Grenze gesetzt wird, schließt diese lediglich bestimmte Aktivitäten aus und nicht die Sorge und Pflege des Patienten durch den Arzt insgesamt. Insofern kann die Fürsorglichkeit gar nicht ausgehebelt werden. Und: Es gehört zum Selbstverständnis des Instituts Patientenverfügung, dass niemand gezwungen ist, eine solche zu verfassen. Wer die Gewissheit hat, dass ein Angehöriger oder auch der langjährige Hausarzt am besten weiß, was für einen in der entsprechenden Situation gut ist, und dass diese Person das auch zur Geltung bringen kann, dem soll es auch weiterhin unbenommen bleiben, diesen Weg zu wählen.

IV. Sozialethische Grenzen selbstbestimmten Sterbens

Dass jeder Mensch das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit hat und dass es die vornehmste Aufgabe des Staates ist, dieses Recht für den Einzelnen durchzusetzen, wird heute von so gut wie niemandem mehr bestritten. Aber heißt das auch, dass der Staat dem Einzelnen verbieten muss, über sein eigenes Leben zu entscheiden und sich zu töten (bzw. sich töten zu lassen)? Und beschädigt er mit der Hinnahme bzw. Beihilfe nicht die Unantastbarkeit des Lebens und die Stringenz des Tötungsverbots? Das sind Fragen, die zwar nicht Gegenstand der aktuellen parlamentarischen Initiativen zur Patientenverfügung sind, die aber doch aus Anlass dieser Diskussion, und verquickt mit ihr, immer wieder stark erörtert werden, von der Logik her durchaus konsequent, weil es die Frage betrifft, was Inhalt einer Patientenverfügung sein darf, und verständlich, weil manche der Nachbarländer Deutschlands bezüglich dieser Fragen neue Wege eingeschlagen haben.

Gegen ein Recht auf aktive Sterbehilfe und auf Beihilfe zur Selbsttötung gibt es eigentlich nur ein einziges schlagendes Argument, und das ist das religiöse, dass der Mensch ein Geschöpf Gottes ist und dass er sein Leben als eine Gabe geschenkt bekommen hat. Ich halte diesen Gedanken von der Heiligkeit des Lebens nach wie vor für gehaltvoll, auch in einer säkularen Gesellschaft, weil sich damit die Nichtigkeit des Lebens zum Ausdruck bringen lässt. Aber ob man diese religiöse Vorstellung, so wie sie in der Vergangenheit verstanden wurde, auch in einer pluralistischen Gesellschaft zur unmittelbaren Grundlage konkreter staatlicher Regelungen, die für alle gelten, machen kann, ist durchaus fragwürdig. Abgesehen davon gibt es auch in der Theologie Stimmen (Hans Küng, Josef Fuchs u. a.), die bezweifeln, ob man aus diesem Gedanken die Verbote von Suizid und Sterbehilfe zwingend ableiten kann. Dass Gläubige und Kliniken bzw. Heime in kirchlicher Regie das für sich anders handhaben, bleibt ja unbenommen. Aber gibt es gewichtige Gründe, die Aufnahme dieser Formen der Selbstbestimmung in Patientenverfügungen grundsätzlich zu verbieten oder einzuschränken?

In der theologisch-ethischen Diskussion trifft man vor allem auf drei Gegenargumente. Das erste ist der Hinweis, dass die Zulassung von Tötung auf Verlangen und ärztlicher Beihilfe beim Suizid unter die Logik der Kostenersparnis geraten könnte, so dass am Ende nicht ethische und persönliche, sondern finanzielle Erwägungen den Ausschlag geben könnten, ob jemand von diesen Möglichkeiten Gebrauch macht.

Ein zweiter, auf die deutsche Situation gemünzter Einwand zielt darauf, dass die Toleranz gegenüber der Möglichkeit, sich beim Suizid durch einen Arzt helfen zu lassen, die Tür zur Akzeptanz der Tötung auf Verlangen öffnen könnte, die ja von den politisch maßgeblichen Kräften übereinstimmend abgelehnt wird. Es wird in diesem Zusammenhang immer wieder darauf verwiesen, dass in den Ländern, die das Sichttötenlassen als Ausdruck der Selbstbestimmung unter ganz bestimmten Bedingungen erlaubt haben, die entsprechenden Regelungen auch auf andere Problemgruppen angewendet werden. Es könne aber nicht der Sinn einer Erlaubnis freiwilliger Sterbehilfe sein, dass Entwicklungen in Gang kommen, die die Hemmschwelle gegenüber dem Töten absenken oder Automatismen entstehen lassen.

Schließlich wird darauf hingewiesen, dass die Bemühungen um eine gesetzliche Regelung von Möglichkeiten der Tötung am Lebensende zum funktionalen Ersatz dafür werden könnten, die bedrückenden Situationen, denen Sterbende und Pflegebedürftige in unserer Gesellschaft häufig ausgesetzt sind, zur Kenntnis zu nehmen und entschlossen an ihrer Verbesserung zu arbeiten. Eine gesetzliche Regelung der Beendigung des Leidensprozesses durch Tötung auf Verlangen wäre, wenn sie als Möglichkeit erst einmal da ist, eine Option, die jedem offenstünde und angeboten werden dürfte. Es wäre aber unerträglich für die Gesellschaft, wenn jemand sich für seinen Wunsch, auch unter prekären Bedingungen weiterzuleben, rechtfertigen müsste.

Selbst wenn assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen in manchen, besonders extremen Fällen plausibel erscheinen mögen, würden diese Gründe dagegen sprechen, sie nach niederländisch-belgischem bzw. Schweizer Vorbild gesetzlich zu erlauben. Hingegen sprechen sie dafür, die Anstrengungen zu einer Verbesserung der Sterbebegleitung und die Förderung der palliativmedizinischen Kompetenz der Ärzte zu favorisieren.

V. Die Vorstellung vom Handeln Gottes

Wir alle kennen das Bild, dass der Tod nach einem langen Leben eintritt, einfach so und nur mit kurzem Vorlauf. Die Vorstellung, dass Gott dabei Regie geführt hat, ist dann unmittelbar plausibel und tröstlich. Aber so wird in den Zeiten moderner Medizin nur noch selten gestorben. Das mögen wir bedauern und für uns selbst anderes wünschen. Aber die Realität ist nun einmal anders, der Tod vielfach beeinflusst von der bisherigen Krankengeschichte und den Möglichkeiten medizinischen Handelns. Das heißt nun aber eben nicht, dass die Ärzte und das Pflegepersonal sich in einem Akt von Hochmut etwas anmaßen würden, was Gottes ist. Aber sie sind auf jeden Fall stärker beteiligt an der Gestaltung dieses so entscheidenden Vorgangs. Sie sind es beispielsweise, die entscheiden, ob ein eingelieferter Patient wiederbelebt wird oder nicht, und sie kämpfen dabei nicht gegen Gottes Ratschluss. Und auch die betroffenen Patienten üben durch ihren bisherigen

Lebensstil, ihre Ernährungsgewohnheiten, ihr Arbeiten, ihr Gesundheitsverhalten usw. langfristig Einfluss auf den Zeitpunkt ihres Sterbens aus. Eine Patientenverfügung ist theologisch nicht von vornherein ein Akt, der Gott ins Handwerk pfuscht, sondern eine Form, wie eine Person mit einer Lebensgeschichte auch noch in schwerster Krankheit und im Sterben die Möglichkeit hat, dass bei anstehenden Entscheidungen ihre Vorstellungen Berücksichtigung finden. Entscheidungen werden so oder so getroffen; und auch wenn alle Möglichkeiten der Verlängerung ausgeschöpft werden, ist das eine Entscheidung, für die Menschen Verantwortung tragen und die man nicht einfach Gott zuschieben kann. Entscheidungen von Menschen schränken die Macht Gottes nicht ein. Von daher bleibt Gott der Herr über Leben und Tod, auch wenn der Todeszeitpunkt von Menschen mitbeeinflusst wird. Und Gott bleibt derjenige, der den Sterbenden und den Gestorbenen annimmt und – so hoffen wir – vor der endgültigen Zerstörung bewahrt. Und auch der, an den wir uns in unserer Not und Trauer wenden können. Aber wir können uns das alles vielleicht nicht mehr so handfest vorstellen wie im Märchen, wo für jeden Lebenden eine Kerze brennt, mit deren Abbrennen oder Ausgeblasenwerden die Lebenszeit endet.

VI. Leben im Wissen um Grenzen

Zum Schluss möchte ich mir noch ein paar Bemerkungen erlauben, um die von mir beleuchtete Diskussion besser einordnen zu können:

Bei der starken Konzentration auf die Selbstbestimmung kommt etwas zu kurz, dass die oder jedenfalls eine Basis der Patientenverfügung die Akzeptanz der Endlichkeit ist. Wer eine solche Erklärung in besseren Tagen erstellt, tut das im Wissen, dass er oder sie nicht unendlich lang lebt und dass alle ärztliche Kunst diese Grundbestimmung der Sterblichkeit nicht aufheben kann. Schon diese Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit „mitten im Leben“ ist eine Chance der Patientenverfügung.

Die Patientenverfügung ist ein wichtiges Instrument, aber ihre rechtliche Regulierung löst nicht alle Fragen und Probleme um das Sterben. Viele Formen des Sterbens in unserer Gesellschaft (Katastrophen, Unfälle, Verbrechen, Krieg usw.) vermag sie nicht zu erfassen, so wenig wie sie Zugangsgeichtigkeit zu palliativmedizinischer Versorgung und optimaler Sterbebegleitung herstellen kann. Ebenso sollten seltenst vorkommende und extreme Fälle wie Theresa Schiavo nicht für die öffentliche Auseinandersetzung um Grundsatzpositionen instrumentalisiert werden.

Denn das Sterben bleibt bei allen Veränderungen infolge der modernen Medizin und angesichts aller Möglichkeiten der Gestaltung dieses Prozesses immer auch etwas Persönliches. Trotz aller Bemühungen um eine rechtliche Verbesserung der Selbstbestimmtheit ist es in vielem nicht planbar. Insoweit erfasst die starke Verrechtlichung der Beziehungen zwischen medizinischen Helfern und Patienten bzw. Sterbenden sicher nicht alles, was Sterbende brauchen. Gerade weil es um mich und um mein Sterben geht, sind Vertrauen, Geborgenheit, Zuwendung, Bereitschaft zum Begleiten wesentliche Elemente dieser Beziehung, die auf optimales Wohlergehen ausgerichtet ist.

Umgekehrt darf aber nicht ausgeblendet werden, dass für viele Menschen die Beachtung ihres Willens ein wichtiger Teil dieses Wohlergehens ist. Die Beziehung Arzt-Patient im Allgemeinen und die zwischen Arzt und

Sterbendem im Besonderen sind nicht nur Rechtsverhältnisse, sondern auch spezifische Gestalten gesellschaftlicher und menschlicher Solidarität. Aber sie sind eben auch ein Rechtsverhältnis.

Und in einem Rechtsverhältnis geht es immer um Achtung und um die Verhinderung einer von Menschen gemachten Entmachtung. □