

Imago Hominis

BAND VI/Nr. 3 • 1999 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 181

AUS AKTUELLEM ANLASS

Lebensnotwendige Medikamente in Entwicklungsländern: Ist der Kampf verloren? 183

FOCUS

J. BONELLI, E.H. PRAT

Paradigmenwechsel: Sinnorientierte Medizin 187

SCHWERPUNKT Euthanasie Teil 2

H. B. WUERMELING

Ars Dimittendi 209

L. JUZA

Über das sittliche Verbot der Selbsttötung 215

DOKUMENTE

Deklaration „Menschenwürdiges Sterben“ 231

FALL

Eine Vertretungspatientin mit der Bitte um ein Suchtgiftrezept 233

W. STREINZER *Kommentar zum Fall* 234

TAGUNGSBERICHT

Kindesmißbrauch – Kindesmißhandlung 238

NACHRICHTEN

Gentherapie gegen Fettleibigkeit ♦ Nierentransplantate von Lebendspendern ♦ Gesetz für assistierten Selbstmord ♦ Geschlechtskrankheiten nehmen zu ♦ HIV-infizierter Mutter wird das Stillen verboten ♦ Krankenkassen unterstützen mobiles Caritas-Hospiz ♦ Wirkungslosigkeit der Bluthochdruck-Behandlung ♦ Gesundheitsvorsorge für ältere Menschen vernachlässigt ♦ Gentherapie gegen Schmerzen ♦ Anstieg der Abtreibungen in Deutschland ♦ Bevölkerungskontrollgelder zur Abtreibung?

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 245

BUCHBESPRECHUNGEN 248

IMPRESSUM 266



DVR: 002987(017)

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN

ISSN
1021-9803

U. m. 1492
1492

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES
INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN 1021-9803

ISSN

In unserem letzten Heft wurde behauptet, daß die Euthanasiefrage eine große Herausforderung an unsere Gesellschaft stellt. Jetzt kann man zudem unterstreichen, daß sie eine der wichtigsten gesellschaftspolitischen und ethischen Diskussionen rund um die Jahrtausendwende sein wird. Als Vorboten kamen in den letzten Monaten aus Europa zwei wichtige politische Signale mit jeweils gegensätzlichen Vorzeichen. Das positive Signal kam aus dem Europarat: Durch verschiedene Vorgänge in europäischen Ländern veranlaßt, wurde ein Papier verabschiedet, das sich mit dem Schutz der Rechte und der Würde von Kranken und Sterbenden beschäftigt. Die Abgeordneten aus 41 Mitgliedstaaten haben eine „Empfehlung“ herausgegeben, die ihrerseits dem Ministerrat vorgelegt wird. An die Vorlage angeschlossen ist die Bitte an alle Regierenden, die Empfehlungen durch nationale Gesetzgebungen „das Recht auf Leben, insbesondere der unheilbar Kranken und Sterbenden“ zu garantieren. Daher fordern die Abgeordneten alle Mitgliedstaaten ausdrücklich dazu auf, am Verbot der absichtlichen Tötung von unheilbar Kranken und Sterbenden festzuhalten. Das Dokument, das, wie gesagt, über den Stellenwert einer Empfehlung nicht hinausgeht, ist dennoch beachtenswert. Das Signal mit dem negativen Vorzeichen kam aus Holland. Im August hat die Ministerin für Gesundheit, Elsa BORST, dem niederländischen Parlament einen Gesetzesentwurf vorgelegt, der „endlich“ die faktische Straffreiheit der Euthanasie legalisiert und sogar erweitert, denn Kinder ab zwölf Jahren können sich nun entgegen der Meinung eines Elternteiles für Euthanasie entscheiden, wenn der Arzt die Situation für ausweglos erklärt. Vielleicht wird der Entwurf vom Parlament etwas „gemildert“, im großen und ganzen scheint es aber beschlossene Sache zu sein. Die Tatsache, daß die an Holland angrenzenden

deutschen Spitäler von einer deutlichen Zunahme von Patienten mit fortgeschrittenem Alter berichten, hat wenig beeindruckt. Damit wird bedauerlicherweise noch in diesem Jahrtausend ein weiterer Damm gebrochen.

Die Praxis in *Holland und Oregon* und die regelmäßig wiederkehrenden Propagandawellen für die Straffreiheit der Euthanasie und Beihilfe zum Selbstmord sind in der Gesellschaft des heutigen Europas keine periphere Randerscheinung mehr. Die Publikationen zum Thema, in vielen Fällen mit „guten Argumenten“ für eine Rechtfertigung der Euthanasie, werden immer zahlreicher, obwohl die reiterative Argumentation kaum Neues bringt. Um so bedeutungsvoller ist nun die vorliegende Empfehlung, die, wie bereits erwähnt, neben dem ausdrücklichen Verbot der Tötung von Sterbenden, eine ganze Reihe von Empfehlungen abgibt, die quasi als Gegenmaßnahmen ergriffen werden sollten.

Unserem Institut ist es gelungen, eine Deklaration „Menschenwürdiges Sterben“ herauszugeben, die fünfzig angesehene Persönlichkeiten des öffentlichen und politischen Lebens unterzeichnet haben. Diese Deklaration, die wir in diesem Heft veröffentlichen, zeigt, daß in Österreich der Konsens noch groß ist, es gilt aber, ihn zu stärken.

Die Tatsache, daß ein Kranker um den Tod bittet, kann und darf niemals und für niemanden die Legitimation für eine Tötungshandlung sein. Ganz im Gegenteil: Die Gesellschaft muß unter Einsatz aller Mittel darüber wachen, daß die Würde des Menschen, gerade im letzten Abschnitt seines Lebens voll respektiert und geachtet wird. Diese Vorgabe wird nicht leicht zu verwirklichen sein. Die Würde des unheilbar Kranken und Sterbenden scheint von vielen Seiten her bedroht: durch fehlende physische, psychische und geistliche Betreuung, weil der soziale Rahmen des Familienverbandes versagt; durch

künstliche Leidens- und Sterbeverlängerung durch therapeutischen Übereifer in der modernen Apparatedizin; und durch unnütze Behandlungen gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten. Unter solchen Bedingungen kann es leicht geschehen, daß der Mensch Angst bekommt, den anderen zur Last zu fallen oder befürchtet, keine Möglichkeit zur Selbstkontrolle mehr zu besitzen. Um derartige Mißstände zu verhindern, muß die Palliativmedizin gefördert werden.

Jeder Staat sollte also die erforderlichen familienpolitischen und gesundheitspolitischen Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, daß alle Menschen in voller Wahrung ihrer Würde dem Ende ihres Lebens entgegengehen können. Es wird beispielsweise die Förderung der Integrierung der Familienmitglieder in die Betreuung solcher Patienten, die Schaffung von Palliativstationen in allen größeren Krankenhäusern oder die Aufnahme des Faches „Palliativmedizin“ in alle einschlägigen Bildungspläne verlangt.

Von der Hellhörigkeit unserer Politiker und Entscheidungsträger im Familien- und Gesundheitswesen wird es nun abhängen, ob sie die Empfehlungen aufgreifen und die keimhaften Anfänge (Hospizbewegungen, Förderung der Palliativmedizin etc.) ausbauen und weiterentwickeln. Die fordernden Rufe nach Euthanasie werden nur auf diesem Wege wieder in den Hintergrund zurücktreten, wenn nämlich die Gesellschaft dem alten und kranken Menschen glaubhaft zeigen kann, daß sie ihn nicht verworfen hat, sondern bereit ist, ihn bis zum Ende loyal zu begleiten. Und das sollte für eine Gesellschaft keine Frage sein!

In diesem Heft befinden sich direkt zum Thema Euthanasie ein Beitrag von B. WURMELING über die Kunst des Entlassens, das vom Arzt gelernt werden soll, und ein Beitrag von L. JUZA zur ethischen Bewertung des Selbstmordes. Bei der Vorbereitung der Deklaration „Menschenwürdig Sterben“ haben manche Euthanasiegegner gefordert, daß aber das Recht auf Selbsttötung im Dokument verankert werden sollte. Dies ist leider eine weitverbreitete, kurzsichtige Auffassung. Wer gegen Euthanasie ist, kommt zwangsläufig in Argumentationsnotstand, wenn er in das Selbstbestimmungsrecht des Menschen die Selbsttötung miteinschließen will. Wer sich dafür ausspricht, unter bestimmten Umständen das Recht auf Selbsttötung zu beanspruchen, wird sich schwer tun, jemandem, der in derselben Lage ist, sich selbst nicht mehr töten zu können, seine Beihilfe zum Selbstmord zu verweigern. Jemandem in einer solchen Situation nicht zu „helfen“ wird zum Verstoß gegen Mitleid und Nächstenliebe angesehen. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Euthanasie, die die Frage des Selbstmordes ausklammert, wäre unvollständig.

In diesem Heft findet sich auch ein Ansatz für ein neues Paradigma in der Medizin: SOM – „Sinnorientierte Medizin“. Im Institut haben wir in den letzten Monaten dieses Konzept entwickelt und bei verschiedenen Symposien vorgestellt. Da wir auf zahlreiche Zustimmung und Ermunterung gestoßen sind, haben wir vor, auch in der nächsten Zeit intensiv daran weiter zu arbeiten.

Die Herausgeber

Lebensnotwendige Medikamente in Entwicklungsländern: Ist der Kampf verloren?*

Die Wirksamkeit eines Medikamentes hängt von einer langen Reihe verschiedener Faktoren ab: Forschung und Entwicklung, Produktion, Qualitätskontrolle, Verteilung, Bekanntmachung, Diagnose, Verschreibung, Finanzierbarkeit, Verabreichung, Verlaufskontrolle.... In jedem Bereich kann es zu Interessenskonflikten kommen, wobei die Menschen in den Entwicklungsländern die Erstbetroffenen sind, die das zu spüren bekommen. Zur Zeit haben ganze Bevölkerungsgruppen keinen Zugriff zu lebensnotwendigen Medikamenten. Die Lage scheint sich eher zum Schlechteren hin zu entwickeln. Lebensnotwendige Medikamente sind Grundvoraussetzung für die jeweiligen Gesundheitsprogramme. Die wichtigsten Aktionspläne beinhalten Programme zur Säuglingssterblichkeit, Schwangerschaftsbetreuung, gastrointestinale und respiratorische Erkrankungen, Tuberkulose- und Malariaüberwachung. Im Wesentlichen gibt es vier Hauptprobleme, die eine ausreichende Versorgung der bedürftigen Menschen in den Entwicklungsländern erschweren: (1) schlechte Qualität der Arzneiwaren, (2) mangelnder Zugang zu wirksamen Medikamenten, (3) Notwendigkeit der Grundlagenforschung zur Entwicklung neuer Medikamente gegen Tropenkrankheiten und (4) mögliche Auswirkungen des WTO - Abkommens (Welthandelsabkommens) auf die Verfügbarkeit der Medikamente in den Entwicklungsländern. Der mangelnde Zugang der armen Menschen zu lebensnotwendigen Medikamenten reißt einen weiteren Graben zwischen Industrienationen und Entwicklungsländern auf. Fortbildungsprogramme für das Gesundheitspersonal, Verbreitung gesicherter medizinischer Erkenntnisse und besseres Arzneimittelmanagement wären wichtige Schritte

für die Entwicklung des Gesundheitswesens in den Ländern der dritten Welt.

Gefälschte und Substandard-Arzneien

Arzneimittel müssen nach hohen Sicherheitskriterien hergestellt werden. Leider verfügen viele Entwicklungsstaaten nicht über die notwendigen technischen, finanziellen oder humanitären Ressourcen, um gute Produkte selbst herstellen zu können. Andererseits setzt so manches Land die Qualitätsansprüche herab, wenn es sich um Ware handelt, die für den Export hergestellt wird. In den letzten Jahren sind außerdem zunehmend gefälschte (nachgemachte) oder qualitativ minderwertige Arzneiwaren am Markt aufgetaucht.

Die Autoritäten von Nigeria veranlaßten während der letzten Meningitis-Epidemie im Jahr 1995 eine landesweite Impfkaktion. Zu diesem Zweck wurden dem Land 88.000 Ampullen Impfstoff für Neugeborene geschenkt. Die Ärzte der Internationalen Organisation „Ärzte ohne Grenzen“, die in Zusammenarbeit mit den Autoritäten des Landes die Aktion durchführten, bemerkten eigenartige Veränderungen an den Impfstoffampullen. Nachforschungen bei den Herstellerfirmen ergaben, daß die Produktionsnummern nicht übereinstimmten: Der geschenkte Impfstoff wurde teilweise durch gefälschten, unwirksamen ersetzt. Schätzungsweise wurden 60.000 Patienten (durchgeführte Impfungen insgesamt: 5 Mio.) mit gefälschtem Serum geimpft. Dieselben Ärzte haben andere Fälle von Fälschungen entdeckt. Organisierte Schmugglerbanden kopieren häufig bekannte Arzneimittel und ersetzen die gelieferten Originale durch ihre Kopien. Illegale

Produzenten stellen auch qualitativ schlechte oder Generic-Pharmaca her. Traurigerweise gab es in den letzten Jahren sogar einige Fälle mit tödlichem Ausgang, weil gefälschte Arzneien eingenommen wurden.

Fluktuierende Produktion lebenswichtiger Medikamente

Medikamente zur Behandlung von Tropenkrankheiten sind in den letzten Jahren vom Markt verschwunden, weil ihre Herstellung ökonomisch gesehen nicht profitabel ist. Viele jener Medikamente sind in den 50er oder 60er Jahren entwickelt worden und in den Industriestaaten selten oder gar nicht zum Einsatz gekommen. Beispielsweise kann die bakterielle Meningitis (Erreger *Neisseria meningitidis*), die in einigen Ländern Afrikas endemisch verbreitet ist (Nigeria, 1996 100.000 dokumentierte Fälle), mit Chloramphenicol in öliger Suspension zur i.m.-Injektion (Einmalgabe) gut behandelt werden. Die Therapie mit Ampicillin ist etwa gleichwertig, allerdings ist eine 10-Tage-lange iv-Applikation (4x täglich) notwendig, und die Kosten sind um das 10-fache höher. Die Weiterherstellung von Chloramphenicol ist aber nicht gesichert, weil die Firma Roussel-Uclaf die Produktion ausgegliedert hat, um sie an einen anderen Ort zu verlegen. Ähnlich verhält es sich mit einem Medikament zur Behandlung der afrikanischen Trypanosomiasis (20% Durchseuchung in Uganda). Das Mittel wurde zu exzessiv hohen Kosten verkauft und wird seit einiger Zeit überhaupt nicht mehr hergestellt. Nur mit Hilfe der WHO und bestimmter NG-Organisationen kann dieses Medikament noch bezogen werden.

Unerschwingliche Preise

Die Problematik der Virustatika zur Behandlung von AIDS in den Entwicklungslän-

dern ist hinlänglich bekannt. Es gibt darüber hinaus aber noch viele andere Medikamente, die für die Menschen in den Entwicklungsländern einfach unbezahlbar sind.

Streptococcus pneumoniae ist der Erreger einer Art von Lungenentzündung, die Hauptursache der Kindersterblichkeit in Afrika ist. Diese Erkrankung läßt sich ausgezeichnet mit Ceftriaxon behandeln, das unerschwinglich ist, so wie beispielsweise die Impfstoffe gegen Hepatitis B oder *Haemophilus influenzae*. Ein erfreuliches Beispiel muß aber auch berichtet werden. Die hoch ansteckende Shigellen-Ruhr (bis zu 15% letal verlaufende Durchfallserkrankung) kann gut mit Ciprofloxacin behandelt werden. Bayer und MSD haben in einer gemeinsamen Absprache Arzneimittel zur Behandlung von 50.000 Personen zu einem stark reduzierten Preis hergestellt.

Lebensnotwenige Medikamente unzulänglich aufbereitet

An Tuberkulose verstarben im Jahr 1997 drei Mio. Menschen. Die wirksame, gesicherte Therapie ist aber in der Praxis kaum durchführbar, und die Compliance ist schlecht. Überhaupt nur 23% der Weltbevölkerung hat überhaupt Zugang zu Tuberkulostatika. Die Therapiekonzepte sollten dringend überarbeitet und leichter zugänglich gemacht werden. Weiters stellen die resistenten Keime ein Problem dar. Alternativtherapien sind noch viel teurer, zu lang und zu kompliziert. Die Tatsache, daß in einigen Ländern bereits viele Menschen an multiresistenten Tb-Bazillen erkrankt sind und keinerlei Behandlung erhalten, ist medizinisch und humanistisch gesehen einfach unverantwortlich. Die Forschung und Entwicklung neuer Verabreichungsformen und Therapiekonzepte stellt eine dringende Notwendigkeit dar. Es versteht sich von selbst, daß die armen Länder nicht in der Lage sind, ohne technische und finanzielle Unterstützung dieses Ziel zu erreichen.

Fehlende Weiterentwicklung neuer Medikamente

Die bereits genannten Gründe machen eine verstärkte Forschung und Entwicklung von Tropenmedikamenten erforderlich. Zwischen 1910 und 1979 zog die Pharmaindustrie gegen die Tropenkrankheiten zu Felde. Seit 1970 hat sich eine andere ökonomische Strategie durchgesetzt. Beispielsweise wurden zwischen 1975 und 1997 1.223 neue Substanzen auf den Markt gebracht, nur 13 davon zur Behandlung von Tropenkrankheiten. Für diese beträchtliche Änderung sind in erster Linie ökonomische Gründe verantwortlich.

Globalisierung und Medikamente: Fragen und Probleme

Eine Diskussion über die gegenwärtige Lage auf dem Gebiet der Medikamentenverfügbarkeit wäre nicht vollständig, ohne dabei die steigende Globalisierung der pharmazeutischen Industrie und die möglichen Auswirkungen der jüngsten, aber auch zukünftigen Welthandelsabkommen in Betracht zu ziehen.

Das Allgemeine Abkommen über Tarife und Handel (General Agreement on Tariffs and Trade - GATT) wurde am 15. April 1994 unterzeichnet und später vom WTO-Abkommen abgelöst, das 1997 unterzeichnet wurde. Dieses Abkommen legt die weltweite Durchführung einer Freihandelswirtschaft fest. Seine Inkraftsetzung in Bezug auf den pharmazeutischen Sektor wirft bestimmte Fragen auf. Zwei Arten von Vorschriften scheinen für pharmazeutische Firmen in Entwicklungsländern besonders wichtig: eine, die Schutz Zollmaßnahmen aufhebt, und eine, die den Patentschutz für Medikamente vorschreibt sowie auch ihre jeweiligen Herstellungsverfahren, wie das Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement (TRIPS). Das ist wichtig, da viele Entwicklungsländer die Patentschutzrechte für Pharmazeutika nicht gänzlich anerkennen.

Erneut verstärkte Forschung?

Die Leiter von pharmazeutischen Firmen in den Industrieländern haben wiederholt geäußert, daß der Grund für das Unterlassen der Weiterforschung an Tropenkrankheiten der mangelnde Schutz für Neuerungen in einigen Entwicklungsländern ist, was auch ihre limitierte Investition in den betroffenen Ländern erklären würde. Sobald der Patentschutz in Kraft tritt (in den Entwicklungsländern nicht später als ab 1. Januar 2006), sollte die Forschung auf diesem Sektor wieder aufgenommen werden, die von westlichen Firmen oder von Herstellern in Entwicklungsländern finanziert wird. Es ist jedoch unwahrscheinlich, daß westliche Hersteller viel für zahlungsunfähige Bevölkerungen aufwenden, mit oder ohne Patente.

Zunehmend unerschwingliche Preise?

Eine von amerikanischen Pharmafirmen unterstützte Studie zeigt, daß eine Bewilligung von Medikamentenpatenten nicht unbedingt dazu führt, daß der Medikamentenpreis am Markt erhöht wird. Diese Studie untersucht jedoch nicht die Preise der neuen Medikamente und erklärt, daß der Marktwert von diesen logischerweise höher sein sollte. Wenn die Herstellerfirma sichergestellt hat, daß ihr Produkt nicht kopiert werden kann, hat sie klarerweise mehr Spielraum, über Preise mit den öffentlichen Gesundheitsbehörden zu verhandeln. Darüber hinaus verursacht die Liberalisierung des internationalen Pharmahandels eine Entwicklung von Parallelimporten zwischen Ländern, in denen dasselbe Medikament zu unterschiedlichem Preis verkauft wird. Pharmafirmen, die in der Folge weniger bereit sind, den Entwicklungsländern günstigere Preise zuzubilligen, werden möglicherweise statt dessen weltweit außergewöhnlich hohe Preise verlangen oder die Lieferung an Entwicklungsländer

verzögern. In beiden Fällen ist der Zugang zu Medikamenten gefährdet.

Empfehlungen

Die WHO hat Konzepte erstellt, um weltweit den Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten zu sichern. Die Strategien haben eine Veränderung zum Besseren bewirkt, brauchen aber noch weiterhin viel Unterstützung.

Die vier Bereiche, die besonders beachtet werden müssen, wurden in diesem Artikel bereits angeführt:

- Bemühung um qualitativ gute Arzneiwaren
- Bessere Verfügbarkeit für alle Menschen in einer Situation der Bedürftigkeit
- Wiederaufnahme der Forschung und Entwicklung von Medikamenten gegen Tropenkrankheiten

- Humanisierung der Welthandelsabkommen
Zur Erreichung dieser Ziele ist es notwendig, daß die pharmazeutische Industrie eng mit Organisationen wie die WHO, UNICEF o.ä. zusammenarbeitet und daß die Weltbank die große Herausforderung annimmt, in den Ländern der dritten Welt die Entwicklung des pharmazeutischen Marktes für Tropenkrankheiten zu fördern.

* Von IH-Redaktion gekürzte Fassung des Artikels PÉCOUL Bernard, MD, MPH; CHIRAC Pierre, PharmD; TROUILLER Patrice, PharmD, Jacques PINEL, PharmD, *Access to Essential Drugs in Poor Countries - A Lost Battle?*, JAMA 1999, 281: 361-367. Die Originalarbeit ist durch 33 Literaturangaben und 2 Tabellen illustrativ ergänzt. Die Autoren sind Mitglieder der Vereinigung "Ärzte ohne Grenzen" (Médecins Sans Frontières), der größten medizinischen Nothilfeorganisation, die jährlich etwa 2500 internationale Mitarbeiter auf 150 Projekte in 70 Ländern weltweit entsendet. Abdruck mit freundlicher Erlaubnis der Autoren.

FOCUS

Sinnorientierte Medizin (S.O.M.)

Paradigmawechsel in der Medizin:
von der Machbarkeit zur Sinnhaftigkeit – Medizin für den Einzelfall

Johannes BONELLI und Enrique H. PRAT

ZUSAMMENFASSUNG

Sinnorientierte Medizin (S.O.M.) soll zu einer richtigen und angemessenen Einschätzung moderner wissenschaftlicher Daten und zu einem gezielten Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in der Praxis führen. Zur Entscheidungsfindung wird ein Stufenplan vorgestellt, anhand dessen die Sinnhaftigkeit von medizinischen Daten bzw. Maßnahmen für den Einzelfall gewichtet werden können: Wirksamkeits- und Relevanzanalyse. Ein meßbarer Effekt (Evidence Based Medicine) garantiert keineswegs, daß eine medizinische Maßnahme auch hilfreich ist. Immer muß auch abgewogen werden, ob der „Preis, (im weitesten Sinn, d.h. nicht nur materiell gemessen), der für eine Maßnahme in Kauf genommen werden muß, dem erreichbaren Erfolg angemessen ist (Prinzip Verhältnismäßigkeit). Hier spielen individuelle Präferenzen des jeweiligen Patienten eine große Rolle. So erst kann abgeschätzt werden, wie praktisch sinnvoll eine medizinische Maßnahme für den individuellen Einzelfall wirklich ist. Sinnorientierte Medizin ist patientengerechte Medizin.

Schlüsselwörter: Einschätzung wissenschaftlicher Daten, Sinnhaftigkeit, Verhältnismäßigkeit, patientengerechte Medizin

ABSTRACT

Sense Oriented Medicine (S.O.M.) shall aim at a correct and reasonable evaluation of up-to-date scientific data as well as at a carefully directed application of diagnostic and therapeutic practical steps. For decision making, a step-by-step scheme is presented which makes it possible to weigh up how sensible (meaningful) medical data or applications may be in a specific case: by analysis of efficacy and relevance. A measurable effect (Evidence Based Medicine) in no way guarantees medical measures to be helpful. It is necessary to consider carefully whether the actual price (in the widest sense, i.e. not only in a material sense) which has to be put up with in a specific measure, is proportionate to the achievable success or not (Principle of Proportionality). Here the patients' individual preferences are relevant. Thus it can be evaluated, how practically reasonable a medical measure in the individual case might really be. Sense Oriented Medicine is therefore very fair to the patient.

Keywords: evaluation of scientific data, sensible application, proportionality, fairness to patients

Anschrift der Autoren:

*Univ.Prof.Dr. Johannes BONELLI, Krankenhaus St. Elisabeth,
Landstraßer Hauptstraße 4a, 1030 Wien
Prof.Dr. Enrique H. PRAT, Landstraßer Hauptstraße 4/13, 1030 Wien*

Inhaltsverzeichnis

- I. Einleitung
- II. S.O.M. im Detail
 - 1. Stufe 1: Der qualitative Nutzen
 - 1.1 Effekt
 - 1.2 Wirksamkeit (Zweckdienlichkeit)
 - 2. Stufe 2: Der quantitative Nutzen – Relevanzanalyse
 - 2.1 Quantifizierung der Lebensverlängerung
 - 2.2 Quantifizierung der Lebensqualität
 - 2.3 Quantifizierung der Nebenwirkungen
 - 2.4 Ermittlung von Relevanz-Skalen
 - 3. Stufe 3: Der praktische Nutzen – Verhältnismäßigkeitsanalyse
 - 3.1 Individuelle Faktoren der Verhältnismäßigkeit
 - 3.2 Der ökonomische Faktor: die Effizienz
 - 4. Bewertungskriterien der Verhältnismäßigkeit
 - 4.1 Verhältnismäßigkeitsindikatoren
 - 4.2 Die Verhältnismäßigkeitsforschung
 - 5. S.O.M. Stufenplan
- III. Nutzen der Sinnorientierten Medizin (S.O.M.)

I. Einleitung

Die Faszination des Machbaren

Die Medizin hat in den letzten Jahren ungeheure Fortschritte erzielt.

Dieser Fortschritt basiert in erster Linie auf der konsequenten Nutzbarmachung von neuen Technologien zur Linderung von Leiden, auf Heilung von bis dahin unheilbaren Krankheiten und auf der Bewältigung von früher absolut tödlichen Krisen. Allerdings hat sich parallel dazu ein zweifelhafter Fortschrittsglaube breitgemacht, wonach der Mensch mit Hilfe seiner Vernunft die Zwecke der Natur selbst bestimmen und unter seine Herrschaft bringen kann. Frei-

lich hat dieses Konzept in den letzten Jahrzehnten ein erstaunliches Phänomen hervorgebracht: die Faszination des **Machbaren** weist nämlich in bestimmten Bereichen eine Tendenz zur Verselbständigung auf, wodurch eine Abkoppelung des ärztlichen Tuns von dessen **Sinnhaftigkeit** droht. Das Machbare würde dann nicht mehr Mittel zum Ziel, sondern zum Selbstzweck und damit zum maßgeblichen Fortschrittskriterium bzw. Forschungsziel werden. Die Frage, ob eine Therapie dem Patienten auch hilft **und daher sinnvoll ist**, tritt in den Hintergrund.

Diese Mentalität wird in den letzten Jahren zunehmend in Frage gestellt. Die immer lauter werdenden Rufe nach einer „menschlichen Medizin“, nach einem würdigen Sterben, die Debatte über einen gerechtfertigten oder ungerechtfertigten Behandlungsverzicht bzw. über die aktive und passive Euthanasie, die Angst vor der Apparatemedizin usw. sind Zeichen dieses Unbehagens.

Dazu kommen die ökonomischen Zwänge, durch die der Quantität des Machbaren zunehmend Grenzen gesetzt werden.

Die Machbarkeit als solche reicht als Rechtfertigungsgrund für die Handlungsentscheidung in Forschung und ärztlicher Praxis nicht aus. Es bahnt sich ein Paradigmawechsel bei der ärztlichen Entscheidungsfindung an, der erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte.

Evidence based Medicine (EBM)

Heute wird weltweit zur Eindämmung des entfesselten Machbarkeitsdenkens eine sogenannte „Evidence Based Medicine“ (EBM) eingefordert¹. Sie beruht auf der Überlegung, daß der Patient nicht allein aufgrund der unabdingbaren individuellen klinischen Erfahrung des Arztes und seines Könnens behandelt werden soll, sondern daß dieses Wissen auch durch die aktuelle wissenschaftliche Evidenz gesichert werden muß. Dabei gilt es, gesicherte Wirksamkeit von hypothetischer kritisch abzugrenzen. Dazu werden heute immer mehr großan-

gelegte kontrollierte Multicenterstudien durchgeführt und mit Hilfe von bestimmten statistischen Techniken zu Meta-Analysen zusammengefaßt.

Die Kehrseite dieser Entwicklung besteht nun darin, daß Ärzte heute mit einer Unmenge von Daten konfrontiert werden, aufgrund derer eine ganz bestimmte Therapie zum Teil mit einer Unbedingtheit gefordert wird, der sich der praktisch tätige Arzt kaum ohne schlechtes Gewissen entziehen kann. In den USA besteht sogar zunehmend die Tendenz, verschiedene Gesellschaften, Organisationen (z.B. MCO – Managed-care) zu gründen oder von Staats wegen auf der Basis von EBM Richtlinien verbindlich festzulegen, wie der Arzt diagnostisch und therapeutisch vorzugehen hat.² Wenngleich die Evidence Based Medicine (EBM) durchaus positive Seiten hat, so stellt sich hier doch immer deutlicher die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer solchen Entwicklung.

Dazu ein praktisches Beispiel: Würde sich der praktisch tätige Arzt nach den derzeitigen evidenzgesicherten Therapieempfehlungen richten, dann müßte er heute jeden Patienten nach Herzinfarkt automatisch – das heißt, ohne überhaupt nachzudenken – zumindest mit vier bzw. fünf Medikamenten-Gruppen behandeln: Nämlich mit Beta-Rezeptoren-Blockern, ACE-Hemmern, mit den sog. Statinen und mit Aspirin. Dazu kommen noch ein H₂-Blocker zur Ulcus-Prophylaxe (wegen Aspirin), bei Frauen Östrogene, Biphosphonate, Fluor-Kalzium-Präparate und Vitamin D zur Osteoporose-Prophylaxe und dazu noch die krankheitsspezifischen Therapie- bzw. Behandlungsempfehlungen aus anderen Fachdisziplinen. Der bloße Hausverstand reicht aus, um zu erkennen, daß eine solche Vorgangsweise für den Patienten eher schädlich, keinesfalls aber nützlich sein kann. Wissenschaftlich gesicherte Daten (EBM) sind zwar ein **notwendiger**, keinesfalls aber schon ein **ausreichender** Grund, um eine Therapie im Einzelfall zu beginnen. EBM legitimiert zu einem **KANN**, verpflichtet aber nicht zu einem

MUSS! Immer sollte in einem weiteren Schritt die Frage gestellt werden: Wie **sinnvoll** ist diese Therapie für diesen konkreten Patienten?

Dazu ist es notwendig, Richtwerte auszuarbeiten, anhand derer der zu erwartende Nutzen einer Behandlung für den einzelnen Patienten meßbar wird, nachdem die prinzipielle Wirkung (Signifikanz) feststeht. Die Gefahr einer Medizin, die ausschließlich auf statistischer Signifikanz basiert (EBM), besteht gerade darin, Patienten nach Mehrheitsverhältnissen im Kollektiv zu behandeln, ohne seine individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Meta-Analysen, Computerprogramme und pauschale Richtlinien von Konsens-Konferenzen sind starre, statische Größen. Sie können zwar dem Arzt eine große Hilfe in Diagnose und Therapie sein, ihm aber niemals eine Therapieentscheidung aufzwingen oder ihm umgekehrt die Verantwortung für seine Entscheidung im Einzelfall abnehmen.

Es geht also darum, die Ergebnisse der EBM sinnvoll für die Entscheidungsfindung am individuellen Patienten nutzbar zu machen!

Verhältnismäßigkeit (V)

Die ärztliche Entscheidung resultiert immer aus einem dynamischen Prozeß vielfältiger Überlegungen. Diese müssen neben der theoretischen **Wirkung** auch die **Zweckmäßigkeit** (Wirksamkeit) einer Therapie und ihre **Relevanz** berücksichtigen und sie ins rechte **Verhältnis** zu den **individuellen Bedürfnissen** des Patienten setzen (Prinzip Verhältnismäßigkeit). Erst dann kann beurteilt werden, wie **sinnvoll**, d.h. hilfreich, eine Behandlung für den konkreten Patienten letztlich wirklich ist. **Sinnvoll** erscheint eine Therapie-Empfehlung nur dann, wenn sie dem Patienten in seiner Gesamtheit nützt.

Ärztliche Kunst besteht also gerade darin, aus einem Netzwerk vielfältiger objektiver und subjektiver Komponenten im partnerschaftli-

chen Dialog mit dem individuellen Patienten selbst, die letztlich für ihn richtige und daher sinnvolle Entscheidung zu treffen.

Plakativ gesagt: Die Herausforderung in der heutigen Medizin besteht in der Frage: Wer braucht was? Und nicht in dem Motto: Jeder braucht alles! In den USA ist in dieser Frage seit einiger Zeit schon die sog. „futility“-Diskussion im Gange, ohne daß man aber bisher zu schlüssigen Ergebnissen gekommen wäre.³

Das Konzept einer sinnorientierten Medizin beschäftigt sich eingehend mit dieser Problematik und bietet Ansätze zu einer Lösung. In der Folge werden diese Ansätze, an deren Anwendbarkeit noch sehr viel zu arbeiten ist, vorgestellt.

II. S.O.M. im Detail

1. Stufe 1: Der qualitative Nutzen

Die Analyse des qualitativen Nutzens basiert auf der wichtigen Unterscheidung zwischen Effekt und Wirksamkeit⁴.

1.1 Effekt

Grundvoraussetzung einer sinnorientierten Medizin sind wissenschaftlich gesicherte Daten über den **Effekt** einer Therapie. In der EBM (Evidence Based Medicine) werden die statistischen Signifikanzen der verschiedenen Behandlungsstrategien bzw. deren wissenschaftliche Validität auf den verschiedensten Gebieten der Medizin überprüft und zusammengestellt. Dies ist ein wichtiger erster Schritt in einer sinnorientierten Medizin (S.O.M.).

1.2 Wirksamkeit (Zweckdienlichkeit)

Mit einem weiteren Schritt muß überprüft werden, ob ein statistisch abgesicherter Effekt auch zweckdienlich, d.h. wirksam ist.

Als wirksam kann eine Behandlung nur dann bezeichnet werden, wenn sie den **prinzipiellen Zweck** ärztlichen Handelns erfüllt, d.h. wenn sie die klassischen hippokratischen Kriterien: Lebensverlängerung (LV) oder zumindest Leidenslinderung (=Verbesserung der Lebensqualität - LQ)⁵ bzw. Heilung (HL) erreicht. (Unter Heilung ist die Wiederherstellung der normalen Lebenserwartung und der vollständigen Beschwerdefreiheit zu verstehen.)

Im Grunde bedeutet dies, daß die Erreichung wenigstens einer dieser drei Vorgaben unabdingbare Voraussetzung für eine sinnvolle Behandlung ist.

Man muß eingestehen, daß dies für eine Reihe von Behandlungsstrategien nicht wirklich nachgewiesen ist. Bei vielen Erkrankungen werden hingegen als unmittelbares Ziel nur sogenannte Surrogatparameter behandelt, ohne daß gesichert ist, daß die Behandlung auch in bezug auf die drei oben definierten Endpunkte (LV und LQ bzw. HL) ihren Zweck erfüllt⁶.

Ein klassisches Beispiel aus der letzten Zeit ist die Behandlung von Herz-Rhythmus-Störungen mit Antiarrhythmika. Jahrzehntlang hat man sich damit begnügt, die Wirksamkeit der Behandlung anhand von EKG-Kurven zu beurteilen. Erst in den letzten Jahren konnte gezeigt werden, daß durch viele dieser Medikamente zwar die Rhythmusstörungen des Herzens behoben wurden, die LQ jedoch nicht verbessert werden konnte und die Lebenserwartung dieser Patienten sogar verkürzt wurde⁷. In einem solchen Fall kann gesagt werden, daß die Behandlung der Herz-Rhythmus-Störungen zwar machbar, aber sinnlos ist, weil der ärztliche Handlungszweck dabei verfehlt wird.

Ein anderes Beispiel ist das sogenannte Ansprechen einer Krebsgeschwulst auf eine Chemotherapie (die sogenannte Remission des Tumors). In vielen Studien konnte z.B. eine erhebliche Verkleinerung eines Tumors durch eine Chemotherapie nachgewiesen werden, ohne daß damit auch eine relevante Lebensverlängerung verbunden war (z.B. beim Bauchspeicheldrüsenkrebs oder beim fortgeschrittenen Magenkrebs^{8,9}). Eine Tumorverkleinerung sagt also nicht viel darüber aus, ob bei einem Patienten das Leben verlängert werden kann oder ob die Lebensqualität verbessert wird. Beides könnte sogar durch die Behandlung verschlechtert werden. Oft wird dieser Sachverhalt jedoch verdrängt. Man registriert eine Teilremission und wertet sie als echten Behandlungserfolg für den Patienten¹⁰.

Ähnliche Überlegungen könnte man in bezug auf die Senkung des Cholesterinspiegels bei älteren Leuten oder bei der Osteoporose-Behandlung bei älteren Frauen anstellen.

Auch die Durchführung von aufwendigen Operationen könnte in Frage gestellt werden. Es sei nur daran erinnert, daß jahrzehntlang beim Mammakarzinom eine schwer verstümmelnde Operation an der Brust durchgeführt wurde. Erst in den letzten Jahren konnte gezeigt werden, daß eine solche Operation im Vergleich zu einem nur begrenzten Eingriff keinerlei Vorteil in bezug auf die Lebenserwartung hat, während die Lebensqualität solcher radikaloperierten Frauen erheblich schlechter ist.

Die Zweckdienlichkeit (Wirksamkeit) darf freilich nicht nur eine rechnerische, sondern sie muß praktisch vernünftig sein. Gerade hier läuft die EBM Gefahr, fragliche Signifikanzen zu berechnen, die praktisch keine Bedeutung haben.

Als Beispiel sei hier die PRISM-Plus-Studie¹¹ genannt. Dabei wurde die Wirksamkeit von Tirofiban (GP-IIb/IIIa-Rezeptor-Antagonist) bei Patienten mit instabiler Angina Pectoris untersucht. Aufgrund der Ergebnisse wird die Gabe von Tirofiban in Kombination mit Heparin bei instabiler Angina Pectoris allgemein empfohlen. Analysiert man die Daten der Studie jedoch genauer, so erscheint diese Empfehlung in einem höchst fraglichen Licht: Zunächst mußte die Studie für diejenige Gruppe von Patienten vorzeitig abgebrochen werden, die Tirofiban alleine bekommen hatten, weil unter dem neuen Medikament die Mortalität verglichen zu Heparin exzessiv, d.h. um das Vierfache angestiegen war. Aber auch in der Kombination mit Heparin konnte mit dem Medikament weder im Bezug auf die Mortalität noch auf die Herzinfarktrate eine Wirkung erzielt werden. Erst durch die künstliche Herausrechnung eines kombinierten Endpunktes, nämlich Tod, Myokardinfarkt und refraktäre Ischämie konnte doch noch eine gewisse Signifikanz ($p < 0,02$) und damit ein positives Ergebnis aus der Studie konstruiert werden. Welche Bedeutung dieses Rechenkunststück freilich für den Patienten haben soll, wenn Mortalität und Herzinfarktrate praktisch unverändert bleiben, ist mehr als fraglich.

Hier zeigt sich deutlich, wie man auch in einer EBM zu stark verzerrten Aussagen kommen kann, wenn nicht Kriterien der S.O.M. zusätzlich angewendet werden.

Dieselben Fragen müssen auch bezüglich der Diagnostik aufgeworfen werden. Erfüllen die

heute fast schon automatisch angewendeten, aufwendigen diagnostischen Maßnahmen in vielen Bereichen der Medizin (Coronarangiographie, Computertomographie usw.) die Kriterien der Zweckmäßigkeit wirklich?

So konnte erst kürzlich gezeigt werden, daß in den USA ca. 40% der Patienten nach Herzinfarkt einer diagnostischen Angiographie (Herzkranzgefäßröntgen mit Herzkatheter) unterzogen werden, in Kanada hingegen nur 10%. Die Mortalitätsrate nach Herzinfarkt ist jedoch in beiden Ländern gleich hoch. Daraus wurde geschlossen, daß der Großteil der Coronarangiographien in den USA nicht zweckmäßig ist¹².

Es ist also notwendig, die Evidenz der Wirkung auf deren Zweckdienlichkeit zu überprüfen. Diese Anforderung einer sinnorientierten Medizin (S.O.M.) wird von der EBM oft nur unzureichend berücksichtigt (vgl. PRISM-Plus-Studie).

2. Stufe 2: Der quantitative Nutzen - Relevanzanalyse (R)

Die Rückführung des ärztlichen Behandlungsauftrages auf die drei Zielparаметer LV und LQ bzw. HL reicht freilich nicht aus, um abschätzen zu können, ob im Einzelfall eine Therapie wirklich sinnvoll ist. Dazu ist es notwendig, die Relevanz zu ermitteln, d.h. die Wirksamkeit auch quantitativ zu bewerten. Diese Relevanzanalyse besteht in der Quantifizierung der Erfolgsaussichten, mit der die einzelnen Zielparаметer LV und LQ - Heilung (HL) kann auf optimale LV und LQ reduziert werden und wird deshalb in der Folge nicht als eigener Zielparаметer ausgewiesen - erreicht werden, bzw. in der Qualifizierung der Nebenwirkungen (NW). Für die Erfolgsaussicht einer Maßnahme sind zwei Faktoren maßgeblich:

- 1) die Ansprechrates NNT - (NNT = number needed to treat. Dieser Ausdruck wird später näher erklärt) - und
- 2) das Ausmaß des Erreichbaren (M).

Diese zwei Faktoren sind für die drei Zielparаметer LV, LQ und NW jeweils verschieden; so müssen zunächst deren Teilgrößen (d.h.

die Quantität (Q) der Wirksamkeit einer Maßnahme in Bezug auf LV, LQ und NW) errechnet werden, und erst daraus ergibt sich die Gesamtrelevanz der Behandlung.

$$Q_{LV} = NNT_{LV} \times M_{LV}$$

$$Q_{LQ} = NNT_{LQ} \times M_{LQ}$$

$$Q_{NW} = NNT_{NW} \times M_{NW}$$

$$R = f(Q_{LV}, Q_{LQ}, Q_{NW})$$

Höchst relevant wäre z.B. eine Behandlung mit 100% Ansprechrate und optimaler LV und LQ (=Heilung).

Eine klassische Heilbehandlung ist z.B. die Therapie der Streptokokkenpneumonie mit Penicillin.

Ein Beispiel aus der jüngeren Zeit ist die Behandlung des Zwölffingerdarmgeschwürs mit Antibiotika und Protonenpumpenhemmern (Heilungschance 95%-98%).

In der Folge soll skizzenhaft die Berechnung der Relevanz dargestellt werden. Ein dazu geeigneter Algorithmus muß allerdings noch entwickelt werden. Bevor aber die Teilrelevanzen im einzelnen (2.1 bis 2.3) besprochen werden, soll auf die Quantifizierung der Ansprechrate im nächsten Exkurs eingegangen werden.

Exkurs: Quantifizierung der Ansprechrate NNT (Absolutes und relatives Risiko)

Ein wichtiges Kriterium bei der Abschätzung der Effektivität ist die Ansprechrate (A). Ansprechraten werden in der Medizin oft als Risikokennzahlen angegeben. Hier muß vor allem das absolute vom relativen Risiko unterschieden werden. Diese Tatsache wird jedoch in vielen Therapieempfehlungen nicht berücksichtigt. Man begnügt sich mit der Angabe über den relativen therapeutischen Gewinn (kurz relative Risikoreduktion). Es ist jedoch für eine Therapieempfehlung sehr wohl entscheidend zu wissen, wie hoch das absolute Erkrankungsrisiko oder auch das absolute Mortalitätsrisiko tatsächlich ist. Die Reduktion eines absoluten Mortalitätsrisikos von 80% auf 40% ist wohl anders zu bewerten als eine Reduktion von 1% auf 0,5%, auch wenn in beiden Fällen die relative Risikoreduktion gleichermaßen 50% beträgt. Dieser Tatsache wird allerdings in vielen Fällen nicht Rechnung getragen.

Zur Veranschaulichung sei die Therapieempfehlung bei Herzinfarktpatienten mit cholesterinsenkenden Medikamenten aufgrund der sogenannten CARE-Studie¹³ genannt.

Die Behandlung wird auch von Vertretern der Evidence Based Medicine (EBM) empfohlen¹⁴. Begründet wird dies damit, daß koronare Ereignisse signifikant gesenkt werden konnten. Das Risiko eines tödlichen Herzinfarkts konnte sogar um 37% gesenkt werden, heißt es. Das klingt sicher sehr gut, und in der Tat wird kein Arzt zunächst einmal einem Patienten einen derartigen Vorteil vorenthalten wollen. Analysiert man die Daten jedoch genauer, so zeigt sich, daß das absolute Risiko, innerhalb von 5 Jahren an einem Herzinfarkt zu sterben, bei den untersuchten Patienten lediglich 1,8% betrug. Durch die Behandlung konnte diese Sterberate auf 1,2%, also absolut um 0,6% (= 37% von 1,8) gesenkt werden. Dies bedeutet eine Reduktion um 0,12% pro Jahr, also ca. 1 Promille. Von den 37% bleibt also praktisch nichts übrig. Jedenfalls sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie, trotz der spektakulären Aufmachung, wegen zu geringer Effektivität (marginale Lebensverlängerung - s.später) bei nur mäßigem Krankheitsrisiko als kaum relevant einzustufen. Hier zeigt sich, daß die Senkung eines relativen Risikos über die therapeutische Relevanz einer Behandlung nichts aussagt (Abb. 1).

Wie wichtig die Berücksichtigung des absoluten Risikos ist, kann vielleicht anhand der Impfung gezeigt werden. Die Effektivität ist in den meisten Fällen hervorragend. Das absolute Risiko aber z.B. in Europa (über Verkehrswege) Gelbfieber zu bekommen, ist so gering, daß eine Impfung zwar möglich, aber als verzichtbar erscheint. Relevant wird sie nur, wenn jemand in ein Land reist, in dem das absolute Erkrankungsrisiko entsprechend hoch ist.

Die Information über das absolute Risiko ist auch deshalb von erheblicher Bedeutung, weil bei geringer Reduktion des absoluten Risikos ein großer Teil der Patienten umsonst behandelt werden muß. Dadurch gewinnt die Frage nach den Nebenwirkungen zunehmend an Gewicht, weil ein Großteil der Patienten diese in Kauf nehmen muß, ohne von der Behandlung tatsächlich zu profitieren¹⁵.

Das Verhältnis von umsonst behandelten Patienten und Profit wird heute in der sog. *number needed to treat* (NNT) gut erfaßt (Anzahl der Patienten, die ein Jahr behandelt werden müssen, um einen Patienten zu „retten“). Sie ist ein guter Parameter für die Ansprechrate.

Bei einer absoluten Reduktion der Herzinfarkt mortalität um 1 % pro Jahr in der CARE-Studie sind dies z.B. 999 von 1000 Patienten, die sog. *number needed to treat* (NNT) beträgt 1000 : 1.

Als weiteres Beispiel sei die Hypertoniebehandlung¹⁶ angeführt. Bei einem diastolischen Blutdruck von 105 mm Hg beträgt das absolute Risiko, einen Schlaganfall zu bekommen, 1,5% pro Jahr. Die NNT, um einen Schlaganfall zu verhindern, beträgt 333 : 1.

Bei einem diastolischen Blutdruck von 95 mm Hg beträgt die NNT 2000 : 1. Dabei kann der Schlaganfall nicht gänzlich verhindert, sondern nur einige Monate hinausgezögert werden (siehe später).

Zum Vergleich: bei einem jugendlichen Diabetiker ist das Mortalitätsrisiko 100%. Die Ansprechrate auf Insulin ebenfalls 100%, d.h. NNT 1 : 1 mit Aussicht auf eine fast normale Lebenserwartung!

daß sie auf die Weltbevölkerung hochgerechnet werden, wie dies häufig geschieht¹⁷. Diese Überlegungen können höchstens zur Berechnung des wirtschaftlichen Nutzens für die Herstellung eines Präparates dienen. Für den einzelnen sind sie völlig irrelevant. Für ihn hängt die Sinnhaftigkeit einer Behandlung nicht davon ab, ob es weltweit noch viele oder nur wenige gleichartige Fälle gibt.

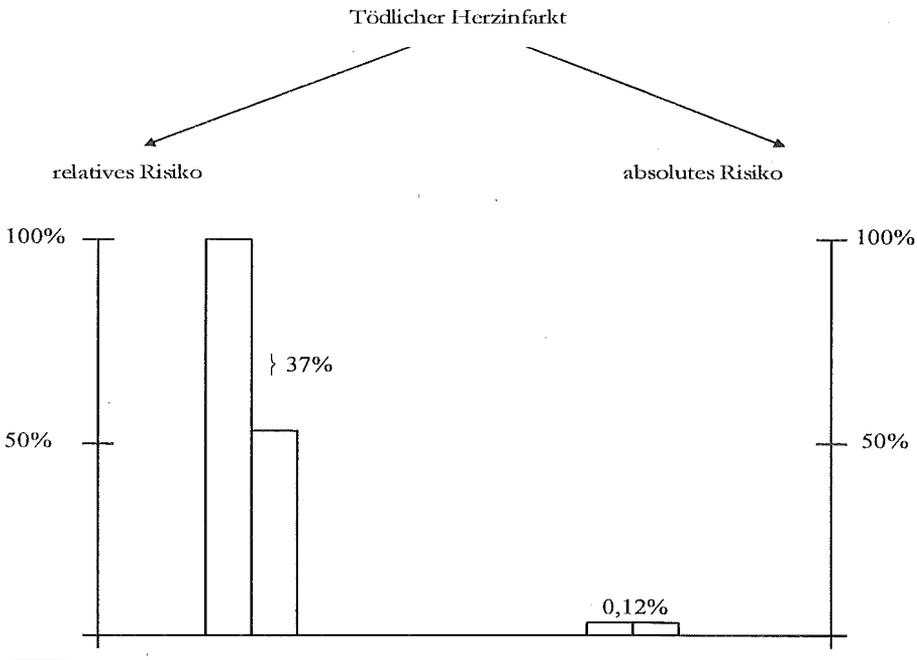
Die NNT reicht allerdings nicht aus, um die Effektivität einer Therapie zu quantifizieren, denn sie enthält keine Information über das Ausmaß der Lebensverlängerung.

2.1 Quantifizierung der Lebensverlängerung (Q_{LV})

2.1.1 Das Ausmaß der LV (M_{LV})

Eine sogenannte signifikante Lebensverlängerung kann z.B. nur wenige Tage umfassen oder bis zu einer normalen Lebenserwartung

Auf jeden Fall müßte bei jeder Behandlungsempfehlung neben dem relativen auch das absolute Risiko angegeben werden, damit deren Relevanz abgeschätzt werden kann. Keinesfalls können niedrige Erfolgsraten (z.B. 5 von 1000 – ISIS 4-Studie) dadurch gerechtfertigt werden,



(nach: CARE-Studie, *New England Journal of Medicine* (1996) 335: 1001). Die Reduktion des relativen Risikos um 37% betrug absolut nur 0,12% (1 Promill) Abb 1

(= Lebenserhaltung) reichen. Eine Heilbehandlung hätte praktisch immer eine normale, d.h. maximale Lebenserwartung zur Folge.

Gerade bei den heute so modern gewordenen Multicenter-Studien werden aber oft an zehntausenden von Patienten sog. Signifikanzen von Behandlungserfolgen errechnet, deren Wirksamkeit mehr als fraglich ist.

Als Beispiel sei die Behandlung von Herzinfarktpatienten mit sogenannten ACE-Hemmern angeführt¹⁸ (ISIS 4 Studie). Die Untersuchungen wurden an 58.050 (!) Herzinfarktpatienten durchgeführt. In der Publikation heißt es, daß bei einer frühzeitigen Gabe von ACE-Hemmern nach Myocardinfarkt 5,4 von 1000 Leben „gerettet“ werden können (NNT=200:1). Diese Aussage könnte nur dann stimmen, wenn tatsächlich die 5 „geretteten“ Patienten nach dem Herzinfarkt eine normale Lebenserwartung hätten, also gesund werden. Welcher Arzt will nicht 5 Leben retten, wenn der Patient danach wirklich geheilt nach Hause gehen kann? Er könnte sich daher keinesfalls der Verschreibung von ACE-Hemmern entziehen! Die Behandlung wäre trotz der niedrigen Ansprechrate sehr effektiv. In Wirklichkeit kann bei einem Herzinfarkt-Patienten bekanntlich von Heilung gar keine Rede sein, sondern durch ACE-Hemmer kann bestenfalls das „Remodeling“ des Restmyocards vermindert werden. Dadurch steigt die Überlebensrate von 89,47% auf 90,13% = 0,66% nach 6 Monaten bzw. von 87,47% auf 88,01% im ersten Jahr.

Analysiert man diese Daten genau, so bedeutet dies, daß in der Behandlungsgruppe bereits 56 Tage später ebenso viele Patienten tot sind wie in der nichtbehandelten Gruppe. Es kommt also nur zu einer geringfügigen Verschiebung des Todeszeitpunktes (vgl. Abb. 2).

Approximative Rechnung: Nach einem halben Jahr konnte eine Reduktion der Mortalität um 0,66% erreicht werden ($90,13 - 89,47 = 0,66$). Die Mortalität innerhalb der zweiten Hälfte des Jahres betrug in der Behandlungsgruppe 2,12% ($90,13 - 88,01 = 2,12$). Daraus läßt sich errechnen, wieviele Tage später als in der Placebogruppe auch in der Gruppe der Behandelten nur mehr 89,47% der Patienten leben bzw. um wieviele Tage später die „geretteten“, 0,66% Patienten ebenfalls gestorben sind.

Rechnung: $\frac{182 \times 0,66}{2,12} = 56 \text{ Tage (vgl. Abb. 2)}$

Es müßte in der Publikation also in Wahrheit heißen: Durch die Verabreichung von ACE-Hemmern profitieren 5 von 1000 behandelten Patienten im ersten Jahr. Dieser Profit besteht in einer Lebensverlängerung von nur wenigen (ca. 56) Tagen.

Mehr kann aus den Daten dieser Studie nicht herausgelesen werden!

Unter der fiktiven Annahme, daß die Wirkung auch nach dem ersten Jahr weiter anhält (die Kurven müßten dann in der Folge allerdings auseinanderlaufen - was tendenziell nicht abzulesen ist), ergäbe sich bei einer Mortalitätsrate von jährlich 5% eine Verlängerung der medianen Überlebenszeit (ÜLZ) von 10 auf 11 Jahre (also keine „Heilung“)! Zum Vergleich: Die Mortalitätsjahresrate in einem altersadjustierten Normalkollektiv (60 Jahre) beträgt 1% jährlich, die Lebenserwartung 20 Jahre.

Approximative Rechnung: Mortalitätsrate von 5% (Überlebensrate 95%) ergibt eine mediane (50% Überlebende) ÜLZ von ca. 10 Jahren ($5\% \times 10 = 50\%$).

Mortalitätsrate 4,5% (minus 0,5%) ergibt eine mediane ÜLZ von 11,1 Jahren ($4,5\% \times 11,1 = 50\%$).

Bei einem weiteren parallelen Verlauf der Kurven wie bisher würde die Lebensverlängerung auch nach 10 Jahren nur 56 Tage betragen (für 5 von 1000 Patienten bzw. 1 von 200).

Wenn man z.B. bedenkt, daß durch ein regelmäßiges Gehtraining die Lebenserwartung bei 69-jährigen Männern von 5 auf 12 Jahre verlängert werden kann¹⁹, so ist die Effektivität einer ACE-Hemmer-Therapie wohl nur sehr niedrig zu beziffern.

Die Insulintherapie bei einem jugendlichen Diabetiker z.B. ist höchst effektiv. Während der Patient ohne Insulin innerhalb weniger Tage stirbt, hat er bei einer fachgerechten Insulinbehandlung eine fast normale Lebenserwartung.

Unter diesen Auspicien wird wohl der Nutzen (Relevanz) eines ACE-Hemmers ganz anders zu bewerten sein, als wenn ständig mit dem Wort Lebensrettung operiert und damit vollständige Heilung suggeriert wird.

2.1.3 Der Quantifizierungsparameter NNTa bzw. LVi für Q_{LV}

Um die LV quantitativ beurteilen zu können, müssen also sowohl Ansprechrate (NNT) als auch Ausmaß (M_{LV}) der LV gemeinsam beurteilt werden.

Man könnte daher die NNT (= Ansprechrate) und die LV zu einem einzigen Parameter zusammenfassen, z.B. als *number of years needed to treat in order to gain an additional year* (NNTa). Es wäre dies die Anzahl von Patiententagen, die behandelt werden muß, um ein weiteres Lebensjahr dazu zu gewinnen. Die NNTa sind für die erwähnten Beispiele aus Tabelle V ersichtlich. Je niedriger der Wert, desto höher ist die Wirksamkeit einer Therapie.

Formel: $NNTa = \frac{NNT}{LV} \text{ Jahre}$

Man könnte aber aus NNT und LV bzw. NNTa auch umgekehrt die Lebensverlängerung (LVa) berechnen, die rechnerisch jedem Patienten nach einem Behandlungsjahr zukommen würde: $LVa = \frac{LV}{NNT}$. Es ist dies der reziproke Wert von NNTa ($\frac{1}{NNTa}$)

Daraus ließe sich dann die zu erwartende fiktive Lebensverlängerung des jeweils individuellen Patienten (LV_i) berechnen, indem man LVa mit der zu erwartenden Behandlungsdauer (durchschnittliche Lebenserwartung - LE) des jeweils konkreten Patienten multipliziert.

Beispiel CARE-Studie (vgl. auch Tabelle V):

$$NNT = 500 : 1$$

LV = 8 Monate = 0,66 a (für einen von 500 Patienten)

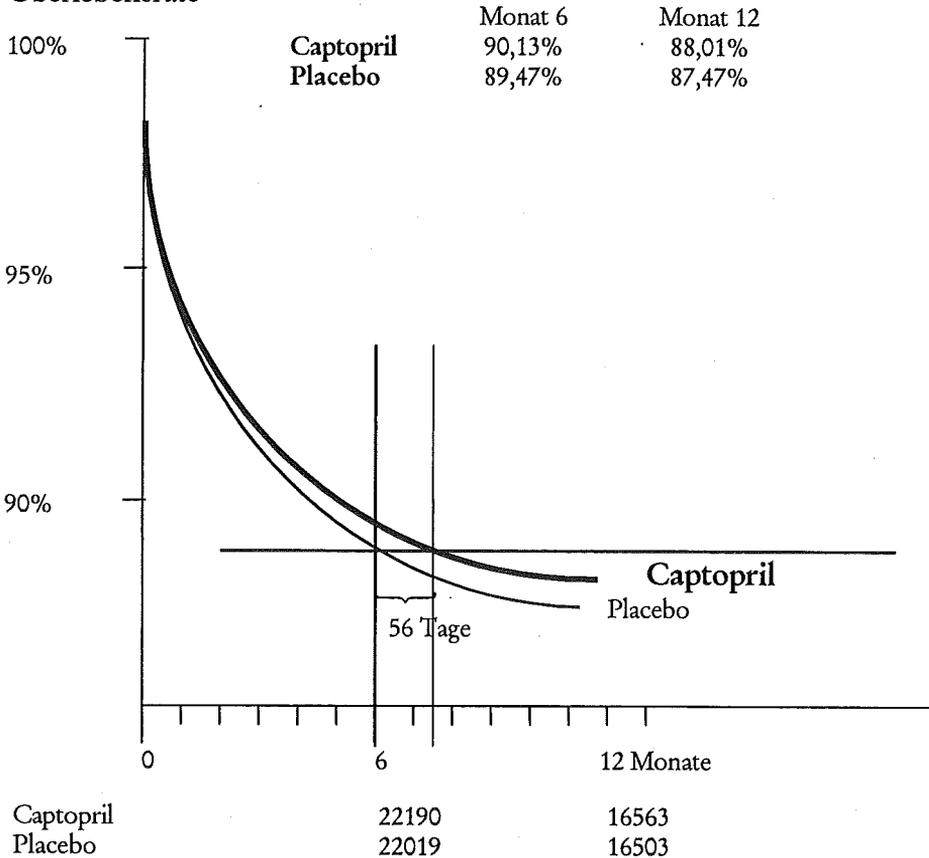
$NNTa = \frac{500}{0,66} = 750$ a - d.h. durch 750 Behandlungsjahre (Patientenjahre) kann ein Jahr dazu gewonnen werden.

$$LVa = \frac{1}{750}(\text{Jahre}) = \frac{365}{750} \text{ Tage} = 0,48 \text{ Tage}$$

bzw. ca. 12 Stunden

d.h. durch 1 Behandlungsjahr können 12 Stunden dazugewonnen werden.

Überlebensrate



Innerhalb von 56 Tagen sind in der Behandlungsgruppe ebenso viele Patienten tot wie in der Placebogruppe. (nach: The Lancet, Vol 345, March 18, 1995)

Abb. 2

Bei einer Lebenserwartung (LE) von z.B. 10 Jahren (= 10 Behandlungsjahre) können daher 4,8 Tage dazugewonnen werden ($LV_i = 4,8$ Tage)

Dartüber hinaus hat die Berücksichtigung der NNTa auch einen erheblichen ökonomischen Aspekt (siehe 3.2).

2.2 Quantifizierung der Lebensqualität (Q_{LQ})

Auch über die Verbesserung der LQ (M_{LQ}) könnte ein Scoring vorgenommen werden, z.B. Graduierung der Schmerzinderung bis zur Schmerzfreiheit. Dazu gibt es reichlich Literatur. Das Ausmaß der LQ muß dann ähnlich wie bei der Lebensverlängerung (Q_{LV}) mit der Ansprechrate (NNT) zu einem Relevanzparameter (Q_{LQ}) kombiniert werden.

2.3 Quantifizierung der Nebenwirkungen (Q_{NW})

Die Quantifizierung von LV und LQ sind wie gesagt wichtig, weil sie gegen die Nebenwirkungen abgewogen werden müssen. Erst daraus ergibt sich die Relevanz, d.h. der wirkliche Nutzen einer Therapie.

Während eine so effektive Therapie wie die Insulinbehandlung außer Diskussion steht, gewinnt bei niedrigem absoluten Risiko und nur geringfügiger Lebensverlängerung (hohe NNTa) das Prinzip *primum nil nocere* zunehmend an Gewicht. Die Wahrscheinlichkeit, mehr zu schaden als zu nützen, wird immer größer. Die Dringlichkeit der Behandlung wird immer geringer. Wenn daher bei einer kaum effektiven Therapie wie in den obigen Beispielen Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten durch die Behandlung auftreten, so wird wohl kein relevanter Fehler gemacht, wenn auf die Weiterbehandlung verzichtet wird.

Im Fall der ACE-Hemmer könnten die Nebenwirkungen des Medikaments das Allgemeinbefinden des Patienten erheblich beeinträchtigen. (Nebenwirkungen unter ACE-Hemmern treten in ca. 17% auf.) Die Wahrscheinlichkeit, von der Therapie zu profitieren, beträgt hinge-

gen in der CARE-Studie nur 0,5%. Wenn es tatsächlich um Leben oder Tod ginge, müßte man dem Patienten diese Beeinträchtigung zumuten. Bei einer Therapie mit praktisch unbedeutender Lebensverlängerung und nur marginaler Risikoreduktion kann hingegen das Medikament ruhig abgesetzt werden, wenn Nebenwirkungen auftreten, ohne daß dabei ein relevantes Risiko eingegangen wird.

Noch gravierender ist die Frage nach der Relevanz bei Therapieempfehlungen, die von vornherein eine große Belastung für den Patienten durch Nebenwirkungen darstellen, insbesondere wenn die Nebenwirkungsraten höher liegen als die Wahrscheinlichkeit der Wirkung, wie z.B. bei der onkologischen Chemotherapie oder der Mehrfachkombination mit hochpotenten antiviralen Substanzen bei HIV-Infektion. In diesen Fällen kann 100%ig mit Nebenwirkungen gerechnet werden, während Ansprechraten und das Ausmaß der Lebensverlängerung nur sehr gering sind. Hier wird also um den hohen Preis von erheblichen Belastungen für den Patienten ein nur sehr bescheidener Erfolg erzielt.

Als Beispiel sei die adjuvante Chemotherapie bei im Durchschnitt 50-jährigen Patientinnen nach einer Brustkrebsoperation angeführt. Dies ist eine etablierte vorbeugende Therapie, von der eine definitive Heilungschance behauptet wird²⁰. Dabei beruft man sich auf eine Studie von Bonadonna²¹, bei der Patientinnen über 20 Jahre beobachtet werden konnten. Quantifiziert man den Nutzen dieser Therapie, so zeigt sich, daß auch hier von Heilungschancen kaum die Rede sein kann. Die mittlere Lebenserwartung konnte durch die Chemotherapie von 8,6 auf 11,4 Jahre verlängert werden. (Die Lebenserwartung von 50-jährigen Frauen in der Gesamtbevölkerung beträgt hingegen weitere 30 Jahre - vgl. Tabelle II). Der Anteil der Überlebenden nach 15 Jahren war um 6% höher als in der Kontrollgruppe. Dies bedeutet, daß 94% aller Patientinnen umsonst behandelt werden, damit eine profitiert (NNT = 17/1). Anders gesagt: 94% der behandelten Patientinnen müssen erhebliche Nebenwirkungen in Kauf nehmen, ohne davon auch nur im geringsten zu profitieren. Sollte bei den restlichen 6% der Patientinnen durch die Chemotherapie wirklich eine echte Heilung erfolgen, dann müßte sich dies zumindest in den Spätdaten der Überlebenden nach 20 Jahren niederschlagen. Es wäre zu erwarten, daß sich die Mortalität wenigstens in den letzten 5 Jahren, (also wenn die Patientinnen bereits 65 Jahre alt sind) der Durchschnittsbevöl-

kerung annähert. Dies ist aber absolut nicht der Fall. Im Gegenteil: die Rückfallsrate in den letzten 5 Jahren war in der Behandlungsgruppe größer (9%) als in der Kontrollgruppe (3%). Die Incidenz für Mammacarcinom in der Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe beträgt hingegen nur 0,1% (bzw. 0,5% in 5 Jahren)²². Die Mortalität in beiden Gruppen war mit 21 bzw. 22% ebenfalls deutlich höher als in der Durchschnittsbevölkerung (5%).

Diese Tatsache ist doch von erheblicher praktischer Bedeutung. Es ist nämlich sehr wohl ein Unterschied, ob man einer Patientin durch eine Chemotherapie eine echte Heilungschance mit einer Lebenserwartung von weiteren 30 Jahren oder eben „nur“ einen Überlebensvorteil von 8,6 auf 11,4 Jahre (= + 3 Jahre) anbieten kann (was man bestenfalls als mäßig wirksam bezeichnen kann). Dies ist besonders dann relevant, wenn eine Patientin, aus welchen Gründen auch immer (psychisch oder physisch), zu einer (weiteren) Chemotherapie negativ eingestellt ist. Immerhin führt z.B. eine (adjuvante) Chemotherapie bei jüngeren Frauen um 40a abgesehen von den üblichen Nebenwirkungen (Haarausfall, Abgeschlagenheit, BB-Schäden usw.) zur vorzeitigen Menopause mit den daraus resultierenden Beschwerden und Risiken (z.B. Osteoporose) und außerdem zur Unfruchtbarkeit. In einem solchen Fall müsste der mündigen Patientin der quantitative Nutzen ehrlich vorgelegt werden, um ihr

Aus den Beispielen geht deutlich hervor, daß Signifikanzen, die in Multi- und Metastudien errechnet und mit Hilfe der EBM evaluiert werden, nicht ausreichen, um daraus eine generelle Therapieempfehlung abzuleiten. Therapiekonzepte bzw. diagnostische Maßnahmen müssen mehr Vorteile als Nachteile bringen. Mit anderen Worten: Sie müssen mehr nützen als schaden. Die Nebenwirkungen können jedenfalls den Nutzen einer Therapie stark beeinträchtigen.

Ein anderes Beispiel ist die Behandlung des Schlaganfalls mit Medikamenten, die das entstandene Blutgerinnsel im Gehirn auflösen sollen (Streptokinase). Bei dieser Therapie kommt es zu keiner Heilung, zu keiner Lebensverlängerung, aber zu einer etwas (nicht signifikant) besseren LQ nach Schlaganfall. Allerdings wäre dabei eine erhöhte Mortalitätsrate durch Hirnblutungen in Kauf zu nehmen²³. Hier steht wohl das Nebenwirkungsrisiko (Tod) in einem höchst fragwürdigen Verhältnis zum Nutzen (bessere Lebensqualität) einer solchen Therapie. Die Behandlung hat zwar eine gewisse Wirksam-

50a	Lebenserwartung	Überlebende nach 15 Jahren	Rückfallquote	5 jährige Mortalität
			zwischen 15. und 20. Jahr nach Behandlung	
Kontrolle	8,6a	23%	3%	22%
Adjuvante Chemotherapie	11,4a	29% (+ 6%) NNT: (17/1)	9%	21%
Durchschnittsbevölkerung	30a	92%	0,5% (Inzidenz)	5%

Lebenserwartung, Überlebende nach 15 Jahren, Rückfallquote und Mortalität bei im Durchschnitt 50-jährigen Patientinnen 15 Jahre nach der Behandlung eines Mammacarcinoms, mit und ohne adjuvante Chemotherapie (CMF-Schema) im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung. [NNT = number needed to treat] Tabelle II

eine echte und freie Wahl für oder gegen eine (weitere) Therapie zu ermöglichen. Sicherlich werden für viele Patientinnen drei möglicherweise (6% Wahrscheinlichkeit) gewonnene Jahre (z.B. für eine Mutter, die vielleicht noch unversorgte Kinder hat) sehr wichtig sein, und die meisten werden Nebenwirkungen und Risiken trotz der geringen Effektivität in Kauf nehmen. Andererseits darf man aber auch nicht übersehen, daß z.B. der quantitative Nutzen von Gewichtsabnahme, das Einstellen von Rauchen oder körperliche Bewegung in bezug auf gewonnene Lebensjahre wesentlich effizienter ist, ohne daß die Betroffenen daraus immer Konsequenzen ziehen, und zwar dann nicht, wenn sie die damit verbundenen Unannehmlichkeiten nicht in Kauf nehmen wollen.

keit. Sie ist aber für die Praxis nicht wirklich relevant, d.h. für den Patienten unbedeutend.

Ein weiteres Beispiel ist die hochdosierte sogenannte adjuvante Chemotherapie (inklusive Knochenmarkstransplantation) bei Patientinnen mit Brustkrebs, deren Prognose sehr schlecht ist. Es handelt sich hier um ein äußerst belastendes Verfahren mit hohem Mortalitätsrisiko²⁴ für die Patientinnen. Diese Behandlung strebt an sich Heilung an, die Erfolgsaussichten sind allerdings minimal, wenn überhaupt gegeben (wenig wirksam: 1 Punkt).

In Anbetracht des hohen Mortalitätsrisikos, der erheblichen Nebenwirkungen und des äußerst ungewissen Ausgangs ist der Wert dieser Behandlung sehr fraglich und

für die Patientin nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft durchaus verzichtbar (nicht relevant).

Die Quantifizierung der Nebenwirkungen (Q_{NW}) wäre ebenfalls Aufgabe dieses Projekts. Sie könnte als negativer Korrekturfaktor zur Lebensqualität aufgetragen werden (vgl. Tabelle III), z.B. in Korrelation zur NNT als NNH (number needed to harm) in Kombination mit dem Schweregrad (M_{NW}) der Nebenwirkungen.

Die Nebenwirkungsrate bei Antihypertensiva beträgt z.B. ca. 20%. NNH wäre demnach 5:1. Bei der Behandlung der milden Hypertonie (NNT 2000:1) würde dies bedeuten, daß von 2000 Patienten, die umsonst behandelt werden, 400 darüber hinaus auch Nebenwirkungen ertragen müßten, damit ein einziger Patient profitiert (d.h. dieser eine Patient würde den Schlaganfall einige Monate später bekommen als ohne Therapie).

2.4 Ermittlung von Relevanz-Skalen

Man könnte die Teilgrößen Q_{LV} , Q_{LQ} und Q_{NW} zur Vereinfachung in ein Skalensystem umrechnen und folgendermaßen klassifizieren:

- 1 = wenig wirksam
- 2 = mäßig wirksam
- 3 = wirksam
- 4 = sehr wirksam
- 5 = höchst wirksam

Aus den 3 Teilgrößen für Q_{LV} , Q_{LQ} und Q_{NW} ergibt sich eine Tabelle, anhand deren dann die gesamte Relevanz einer Behandlung ermittelt werden kann.

Tabelle III zeigt das Grundprinzip exemplarisch, die Zahlen sind völlig willkürlich:

Q_{LV}	5	4	3	2	1
Q_{NW}	- 1	- 2	- 3	- 4	- 5
Q_{LQ}	5	4	3	2	1

Tabelle III

Daraus ergibt sich eine Skala von 9 bis -3, die folgendermaßen unterteilt werden könnte (Tabelle IV):

Summe	Relevanz
> 8 Punkte	sehr relevant
7-5 Punkte	relevant (wichtig)
4-2 Punkte	mäßig relevant (entbehrlich)
1-0 Punkte	kaum relevant (verzichtbar)
neg. Wert	nicht relevant

Tabelle IV

I Sehr relevant für einen Patienten wäre eine Behandlung, deren Q_{LV} sehr hoch ist (5 Punkte), die kaum Nebenwirkungen hat (minus 1 Punkt), und bei der auch Q_{LQ} hoch ist (5 Punkte), z.B. Schrittmacher.

(Summe: 9 Punkte)

II Relevant wäre eine höchst wirksame LV (5 Punkte) mit nur geringen Nebenwirkungen (minus 2 Punkte) und mit wirksamer Verbesserung der LQ (3 Punkte), z.B. Insulintherapie.

(Summe: 6 Punkte)

Relevant wäre aber auch eine rein palliative Therapie ($Q_{LV} = 0$) mit erheblicher Verbesserung der LQ (Summe: 5 Punkte).

III Mäßig relevant wäre eine wirksame LV (3 Punkte) mit mäßigen Nebenwirkungen (minus 2 Punkte) und geringer Q_{LQ} (1 Punkt), z.B. adjuvante Chemotherapie.

(Summe: 2 Punkte)

IV Kaum relevant (verzichtbar) ist eine Behandlung mit wenig Wirkung auf Q_{LV} (1 Punkt), wenig Nebenwirkungen (minus 1 Punkt) und keiner Q_{LQ} (0 Punkte), vgl. CARE-Studie, ISIS-4-Studie.

(Summe: 0 Punkte)

V Nicht relevant wäre eine Therapie, bei der der Schaden größer ist als der Nutzen, z.B. hochdosierte adjuvante Chemotherapie bei Brustkrebs.

(Summe: negativer Wert)

Die Bestimmung der Relevanz hat also den Sinn, die Aussagekraft der verfügbaren Daten für den praktisch tätigen Arzt durchschaubar zu machen. Erst dadurch kann er den tatsächlichen Nutzen einer Therapie richtig einschätzen und eine Therapieentscheidung treffen, die

für den einzelnen Patienten maßgeschneidert ist. Bei kaum relevanten Behandlungen wird man sich leicht tun, das primäre Ziel einer LV aufzugeben (z.B. wegen Nebenwirkungen), um sich ganz auf die palliative Verbesserung der LQ zu verlegen. Auf diese Weise müßten alle heute verfügbaren Studien untersucht werden, um sie für die Entscheidungsfindung des Arztes beim konkreten Patienten transparent zu machen.

3. Stufe 3: Der praktische Nutzen - Verhältnismäßigkeitsanalyse

Der letzte und definitive Schritt ist die Entscheidung, ob und welche medizinische Maßnahme bei einem konkreten Patienten sinnvollerweise angewendet werden soll. Sinnvoll ist, was für den konkreten realen Menschen in seiner Ganzheit (nicht nur medizinisch-biologisch) und unter Berücksichtigung aller persönlichen Umstände hilfreich und, darüber hinaus, angemessen ist. Wir haben gesehen, daß die Ergebnisse der Evidence-Based-Medicine (EBM) nicht das einzige Richtmaß sein können, sondern daß Zweckdienlichkeit und auch die Relevanzfaktoren weitere Kriterien einer sinnorientierten Medizin sind. Diese sind allgemeine objektive Entscheidungsrichtlinien, die aber noch auf den konkreten Fall, d.h. den konkreten Patienten angewandt werden müssen. Es geht nun in der 3. Stufe um den Sprung von der allgemein geltenden, theoretischen und normativen Ebene auf die Ebene der Praxis, d.h. der konkreten sinnvollen Handlung. Dieser Sprung erfordert nicht nur die Berücksichtigung von Normen und Richtlinien, sondern auch der persönlichen Umstände des konkreten Menschen, der immer mehr ist als nur eine statistische Größe! Das praktische Kriterium, das letztlich die Gesamtheit der zu berücksichtigenden Faktoren einbezieht und die Brücke zwischen der allgemeinen normativen und der konkreten partikulären Ebene schlägt, ist die Verhältnismäßigkeit, die ein Aspekt der Klugheit ist. Sinnvoll wird demnach das Verhältnis-

mäßige und sinnlos das Unverhältnismäßige sein. Dabei spielen auch ökonomische Faktoren mit eine Rolle.

Das Kriterium der Verhältnismäßigkeit als Aspekt der Klugheit ist ethischer Natur. Gerade weil die ethische eine alle anderen Kompetenzen (ökonomische, medizinische, wissenschaftliche, lebensweltliche usw.) integrierende Kompetenz ist, wird sie hier besonders gebraucht. Es ist klar, daß das Kriterium, das die Qualifizierung einer Handlung als sinnvoll erlaubt, ethische Dimensionen wie Würde der Person, Selbstbestimmungsrecht, Gemeinwohl, Verteilungsgerechtigkeit, Individualität usw. berücksichtigen muß.

Zur Beurteilung der Verhältnismäßigkeit gilt es, neben den oben erwähnten normativen Kriterien EBM, Zweckdienlichkeit und Relevanz, ökonomische sowie individuelle Faktoren gegeneinander abzuwägen.

3.1. Individuelle Faktoren der Verhältnismäßigkeit

Damit sind jene Merkmale gemeint, die den konkreten Fall charakterisieren. Die sinnvolle Maßnahme kann nicht von diesen Faktoren absehen.

Die individuellen Faktoren kann man in objektive und subjektive unterteilen: Objektive individuelle Faktoren der Verhältnismäßigkeit (O) sind zum Beispiel: Alter, Bewußtseinslage, Lebenserwartung²⁵, menschliches (soziales) Umfeld und sonstige persönliche Daten. Sie sind insofern objektiv, als sie, unabhängig vom Willen des Subjektes, auch für dritte feststehen. Subjektive (S) Faktoren der Verhältnismäßigkeit sind Wertvorstellungen, subjektive Präferenzen und Interessen sowie Zielvorstellungen.

Für einen Patienten, der noch eine in seinen Augen ganz wichtige Aufgabe zu erledigen hat, wird vielleicht eine kurze Zeit der Lebensverlängerung, in der er dies noch erreicht, von erheblicher Bedeutung sein. Andererseits sind Lebensverlängerung als solche und die Gesund-

heit überhaupt nicht immer und unter allen Umständen der höchste Wert. In gewisser Hinsicht setzen wir unser Leben bzw. die Gesundheit um einer bestimmten Sinnerfüllung willen ständig aufs Spiel. Man denke z.B. an eine Mutter, die ihre Kinder zur Welt bringt, aber auch z.B. an riskante Hobbys wie Drachenfliegen, Bergsteigen oder Tauchen, an Rauchen oder an das Autofahren, auf das niemand verzichten will usw.

Letztlich ist eine Therapie nur dann sinnvoll, wenn sie dem Patienten in seiner Gesamtheit nützt, wenn also das Machbare ins Verhältnis zum praktisch Vernünftigen gesetzt wird. Wenngleich bei dieser Entscheidung letztlich der mündige Patient immer das endgültige Wort hat, so besteht die Kunst des Arztes gerade darin, dem Patienten nach der Abwägung einer Vielzahl von unterschiedlichen und z.T. divergierenden Komponenten (vgl. z.B. Nebenwirkungen) einen auf ihn zugeschnittenen, vernünftigen Rat zu erteilen. Hier wird vom Arzt ein hohes Maß an Klugheit gefordert, die als Kardinaltugend auch der ärztlichen Kunst bezeichnet werden kann. In den meisten Fällen kann der Patient nämlich nicht wirklich abschätzen, was auf ihn zukommt, wenn ihm eine bestimmte Therapie vorgeschlagen bzw. angeraten wird. Es kommt also sehr auf die Dringlichkeit an, mit der eine Therapieempfehlung ausgesprochen wird, ob sich der Patient dann dafür oder dagegen entscheidet.

3.2 Der ökonomische Faktor: die Effizienz

Die Kriterien der S.O.M. haben aber auch einen erheblichen ökonomischen Aspekt.

Das subjektive Wohl des einzelnen Patienten kann bekanntlich nicht ohne Rücksicht auf das Gemeinwohl verwirklicht werden. Letztlich wird man daher auch noch einen objektiven Korrekturfaktor brauchen, insbesondere dann, wenn von der Allgemeinheit bzw. Gesellschaft erhebliche Ressourcen bzw. Opfer eingefordert werden.

Die Ressourcenknappheit zwingt die immer aufwendigere Medizin zu einer gerechten Verteilung der nicht unbegrenzten Mittel.

Die heutigen Methoden der *Kosten-Nutzenanalysen* sind stark von den fiktiven Annahmen abhängig, auf denen sie basieren. Grundsätzlich kann aber gesagt werden, daß eine Therapie mit Kosten/Nutzen-Neutralität von einem ökonomischen Standpunkt aus wesentlich leichter vertretbar ist als eine kostspielige Behandlung²⁶.

Eine Kosten/Nutzen-Neutralität im Gesundheitswesen nach den Prinzipien der freien Marktwirtschaft ist allerdings in den meisten Fällen nicht erreichbar. Als alleinige Entscheidungsgrundlage bei der Verteilung von Ressourcen wäre sie unbrauchbar. Wenn nämlich nur „rentable“ Behandlungen von der Allgemeinheit bezahlt würden, während „unrentable“ den Wohlhabenden vorbehalten blieben, weil nur sie es sich leisten können, dann wäre dies unsozial und inhuman.

Einschränkungen können daher nicht einfach nach dem Prinzip teuer oder billig gemacht werden, sondern es kommt darauf an, das Notwendige und Sinnvolle zu tun, das Überflüssige jedoch zu unterlassen. So kann ein chancengleiches Angebot auf hohem medizinischem Niveau gewährleistet werden (Qualitätssicherung), ohne wertvolle Ressourcen zu vergeuden. S.O.M. kann dazu einen wesentlichen Beitrag leisten.

Als Beispiel sei nochmals die Cholesterinsenkung mit Pravastatin angeführt:

In der sogenannten CARE-Studie konnte eine Senkung der Mortalität von 9,4 auf 8,3% (= Reduktion um 1% absolut bzw. 10% relativ) innerhalb von 5 Jahren erzielt werden (nicht signifikant). Die generelle Gabe von Pravastatin an alle Patienten mit coronarer Herzkrankheit (unabhängig vom Cholesterinspiegel) wird bereits gefordert.

Beurteilt man die Studie nach den Kriterien der Sinnorientierten Medizin (S.O.M.) so ergibt sich:

Eine Cholesterinsenkung führt nicht zur Heilung eines Herzinfarktpatienten. Es kann daher nur zu einer Verschiebung des Todeszeitpunktes (LV) kommen. Diese beträgt letztlich 7,7 Monate.

Approximative Rechnung: In 5 Jahren (60 Monaten) starben von 100 Patienten in der Behandlungsgruppe nicht 9,4% (wie in der Kontrollgruppe), sondern nur 8,3%, d.h. 1 Patient weniger. Da nicht alle Patienten auf einmal plötzlich starben, sondern kontinuierlich auf 5

Da der Todeszeitpunkt nur von 60 auf 68 Monate verschoben wird, betragen die Kosten für die gewonnenen 7,7 Monate (wie errechnet) öS 7,3 MIO. Das sind ca. öS 1 MIO/Monat bzw. öS 12 MIO/Jahr! Bei einer derart ineffizienten (d.h. kostspieligen) Therapie wird die Frage

Studie	NNT	LV	LVa	NNTa	Kosten/a
CARE ²⁷	500 : 1	8 Monate	0,48 Tage	750 : 1	12.000.000
ISIS 4 ²⁸	200 : 1	56 Tage	0,28 Tage	1300 : 1	600.000
Diast. RR (MRC) ²⁹		Schlaganfall			
105 mm Hg	333 : 1	3 Monate	0,3 Tage	1330 : 1	10.000.000
	2000 : 1	1 Monat	0,015 Tage	24000 : 1	170.000.000
Karotis-OP (Barnett) ³⁰		Schlaganfall			
50% - 70%	75 : 1	3 Monate	1,2 Tage	300 : 1	6.000.000
> 70%	6 : 1	12 Monate	60 Tage	6 : 1	1.200.000
Coronarchirurgie (Varnauskas) ³¹	5 : 1		12 Monate	1 : 1	1.000.000
Schrittmacher	1 : 1	normale (20 J.) Lebenserwartung	20 Jahre	1 : 1	15.000 (bei 20. J.)
Diabetes I (Insulin)	1 : 1	normale (50 J.) Lebenserwartung	50 Jahre	1 : 1	50.000
Pneumonie (Heilung)	1 : 1	normale (20 - 50 J.) Lebenserwartung	20 - 50 J.	0,05 : 1	1

Tabelle V

Jahre verteilt, ist in der Kontrollgruppe ca. alle 6,3 Monate ein Patient verstorben ($60 : 9,4 = 6,3$ Monate). 8,3% der Patienten in der Kontrollgruppe waren bereits nach 52,3 Monaten tot ($6,3 \times 8,3 = 52,3$), in der Behandlungsgruppe erst nach 60 Monaten. Daraus ergibt sich eine Differenz von 7,7 Monaten. D.h. nach 7,7 Monaten waren in der Behandlungsgruppe ebenso viele Patienten tot wie in der Kontrollgruppe. Berücksichtigt man, daß in nur 5 Jahren 1% der Patienten von dieser Behandlung profitiert hat (und zwar 7,7 Monate Lebensverlängerung), so erscheint die Therapie kaum relevant. Man wird auf diese Therapie aufgrund der Kriterien der S.O.M. zumindest bei Patienten mit normalem Cholesterinspiegel leichter verzichten können (insbesondere wenn Nebenwirkungen auftreten), als wenn allein von evidenzgesicherter Lebensrettung gesprochen wird. Berechnet man die Kosten, so ergibt sich, daß pro behandeltem Patienten in 5 Jahren öS 73.000.- anfallen. (Rechnung: 40 mg Pravastatin pro Tag = öS 40.- pro die = 73.000.- in 5 Jahren).

Eine Senkung der Mortalität um 1% heißt, daß 100 Patienten behandelt werden müssen, damit 1 Patient profitiert (99% werden hingegen umsonst behandelt). Damit kostet dieser 1 Patient der Gesellschaft innerhalb von 5 Jahren öS 7,3 MIO (100 Patienten \times öS 73.000.- = öS 7,3 MIO).

nach deren Sinnhaftigkeit besonders virulent. Man wird überlegen müssen, ob der finanzielle Aufwand noch angemessen ist, oder ob nicht besser andere wirksamere medizinische Behandlungsmethoden vorrangig gefördert werden sollten (z.B. Diätprogramme).

In Tabelle V sind Kosten-Nutzen-Berechnungen von einigen weiteren medizinischen Maßnahmen angeführt. Insbesondere wurden auch chirurgische Interventionen zum Vergleich gegenübergestellt.

Natürlich hängt die Bewertung der Effizienz stark von den wirtschaftlichen Möglichkeiten einer Gesellschaft ab. Es müßten jedenfalls auch hier Indikatoren entwickelt werden, die eine Abstufung der Effizienz ermöglichen, z.B. Humankapital-Ansatz³².

4. Bewertungskriterien der Verhältnismäßigkeit

Das Problem, das sich ergibt ist, daß bisher keine ausreichenden Bewertungskriterien vorhanden sind, um die Verhältnismäßigkeit ab-

zuschätzen. Es bedarf daher einer eingehenden Auseinandersetzung mit diesem Begriff. Dies ist auch notwendig, um den Übergang von einer primär kurativen Therapie zu einer rein palliativen Therapie besser begründen zu können bzw. um die Grenze zwischen gerechtfertigtem Behandlungsverzicht und Fahrlässigkeit (Vorenthalten einer Therapie) leichter ziehen zu können.

4.1 Verhältnismäßigkeitsindikatoren

Dabei bedarf es nicht nur der **Quantifizierung** von LQ, Nebenwirkungen und der Lebenserwartung, sondern darüber hinaus auch der Erarbeitung von Bezugsgrößen (Vergleichsdaten) aus dem Alltagsleben (epidemiologische und soziologische Studien), um diese **bewerten** zu können. Auf diese Weise könnte die Verhältnismäßigkeit einer Maßnahme anhand von praktischen Beispielen für den Patienten einsichtig gemacht werden, denn letztlich wird er es selbst sein, der sich für oder gegen eine Therapie entscheidet.

Beispiel: Wie bereits erwähnt, kann durch Gehtraining die Lebenserwartung von 69-jährigen Männern von 5 auf 12 Jahre verlängert, also mehr als verdoppelt werden. Die Lebenserwartung von Rauchern ist um 7 - 10 Jahre kürzer als von Nichtrauchern. Dennoch rauchen immerhin noch 41% der Männer und 21% der Frauen^{33,34}. In einer breit angelegten Interventionsstudie konnte die Anzahl der Zigarettenraucher durch eine gezielte Aufklärungskampagne nur um 4% gesenkt werden³⁵. Nach Herzinfarkt beenden immerhin 40% das Rauchen. Offensichtlich wird die Aussicht auf Lebensverlängerung (oder -Verkürzung) angesichts des Todes ganz anders eingeschätzt, als wenn sie in ferner Zukunft relevant wird. Die psychologischen Ursachen eines solchen Verhaltens und die medizinisch-ethischen Konsequenzen daraus wären ein interessanter Forschungsbereich. So sind auch 23% der Bevölkerung übergewichtig, obwohl das Gesundheitsrisiko erheblich ist.

Interessant ist auch die höchst unterschiedliche Bewertung des relativen Risikos in verschiedenen Studien. So wird aufgrund einer Reduktion des relativen Risikos um 37%, nach 5 Jahren einen Herzinfarkt zu bekommen, eine Pravastatintherapie unbedingt empfohlen (CARE-Studie).

Andererseits steigt das relative Risiko für Frauen unter einer postmenopausalen Hormontherapie nach 5 Jahren

Brustkrebs zu bekommen um 46%, bei älteren Frauen (60a) sogar um 71%.³⁶

Dennoch wird eine Hormontherapie (zur Osteoporoseprophylaxe und zur Hebung der LQ) bei postmenopausalen Frauen weltweit propagiert!

Zur Veranschaulichung dieser Überlegung soll noch ein eher unkonventionelles Beispiel angeführt werden:

Das Risiko einer Frau, im Laufe ihres Lebens Brustkrebs zu bekommen, beträgt 8:1^{37,38}. Durch eine beidseitige prophylaktische Mastektomie könnte dieses Risiko um 100%, d.h. auf Null reduziert werden. Die NNT würde 8:1 sein. Bei Patientinnen, die in der Verwandtschaft ein Mamma-Ca haben, ist das Risiko noch viel höher, die Effektivität einer Mastektomie noch erheblich größer. Trotzdem wird die prophylaktische Mastektomie (z.B. bei allen Frauen über 45) nirgends in der Welt durchgeführt, was beweist, daß ganz offensichtlich auch höchst effektive Ergebnisse letztlich keine Bedeutung haben, wenn andere Faktoren ins Spiel kommen.

Wie bereits erwähnt, sind Lebensverlängerung und Lebensqualität nur relative und keine absoluten Werte. Deshalb wird ein erhöhtes Mortalitätsrisiko durchaus in Kauf genommen, wenn der „Preis“ für eine Lebensverlängerung zu hoch wird (z.B. Verzicht auf Verkehrsmittel, Rauchen, gutes Essen, Freizeitsport; Berufsrisiko; Umweltschutz; Verlust der Brust).

Durch Gegenüberstellung solcher und ähnlicher epidemiologischer und soziologischer Vergleichsdaten könnten orientierende Meßzahlen (**Indikatoren**) erarbeitet werden, die ablesen lassen, welches Risiko man im allgemeinen noch als tolerabel ansieht, und ab wann eingreifende Maßnahmen (wie z.B. die Gabe von Medikamenten mit erheblichen Nebenwirkungen) akzeptiert bzw. sinnvollerweise empfohlen werden können. Jedenfalls scheint die Grenze im Prozent- und nicht im Promillebereich zu liegen (s. oben)³⁹.

Die Maßstäbe der Verhältnismäßigkeit sind auch deshalb so wichtig, weil es nur so für den praktisch tätigen Arzt möglich sein wird, gut begründbare Prioritäten in seiner Behandlungsstrategie zu setzen.

4.2 Die Verhältnismäßigkeitsforschung

Das Prinzip Verhältnismäßigkeit ist freilich durch Richt- und Meßzahlen alleine nicht in

den Griff zu bekommen, sondern es kann letztlich nur von ethischen Kriterien geleitet werden. Deshalb ist S.O.M. immer auch eine Herausforderung für die Ethik in der Medizin. Verhältnismäßigkeit ist in aller Munde, obwohl ihr Begriff noch sehr unscharf ist. In diesem Zusammenhang geht es in dem Projekt in erster Linie um eine Begriffsklärung. Dies ist eine wahre Herausforderung für die Ethik in der Medizin. Dabei geht es in erster Linie um eine Auseinandersetzung mit Begriffen wie Klugheitsentscheidung, Entscheidungsfreiheit, Verteilungsgerechtigkeit, Freiheit des Gewissens, Gemeinwohl, Einzelinteressen, Autonomie des Patienten usw.

Ganz allgemein kann vielleicht gesagt werden, daß die hier vorgelegten Daten die Vermutung nahelegen, daß eine Präventivmedizin, wie sie heute mit Hilfe aufwendiger statistischer Methoden in Multicenterstudien und Metaanalysen betrieben wird, möglicherweise ein Irrweg ist, und daß sich die moderne Medizin viel eher auf die Verbesserung der Lebensqualität unserer Patienten als auf marginale Erfolge zur Lebensverlängerung konzentrieren sollte.

5. S.O.M. – Stufenplan

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich ein schrittweiser Stufenplan zur Entscheidungsfindung für eine sinnvolle Therapie (siehe Diagramm).

In Stufe 1 muß zunächst nach den Kriterien der Evidence Based Medicine untersucht werden, ob eine Therapie prinzipiell greifbar ist oder nicht. Wenn nein, so kann bereits auf eine palliative Therapie abgestellt werden. Wenn ja, muß noch durch die Zweckdienlichkeitsanalyse untersucht werden, ob auch die Zielparame-ter Heilung oder Lebensverlängerung **prinzipiell** erreicht werden können. Wenn ja, so muß in Stufe 2 deren Relevanz quantifiziert werden, um dann in Stufe 3 eine Verhältnismäßigkeitsanalyse durchführen zu können. Dabei wird

letztlich entschieden, ob eine kurative, eine lebensverlängernde oder eine palliative Therapie für den je konkreten Patienten praktisch **sinnvoll**, d.h. hilfreich erscheint.

Dieser Stufenplan ist auch deshalb so wichtig, weil er hilft, die trügerischen Klippen einer überzogenen kurativen Medizin rechtzeitig zu erkennen, um den Gedanken, unbedingt zu heilen, aufzugeben, und sich der Palliativmedizin bzw. der Verbesserung der LQ zuzuwenden.

III. Nutzen der Sinnorientierten Medizin (S.O.M.)

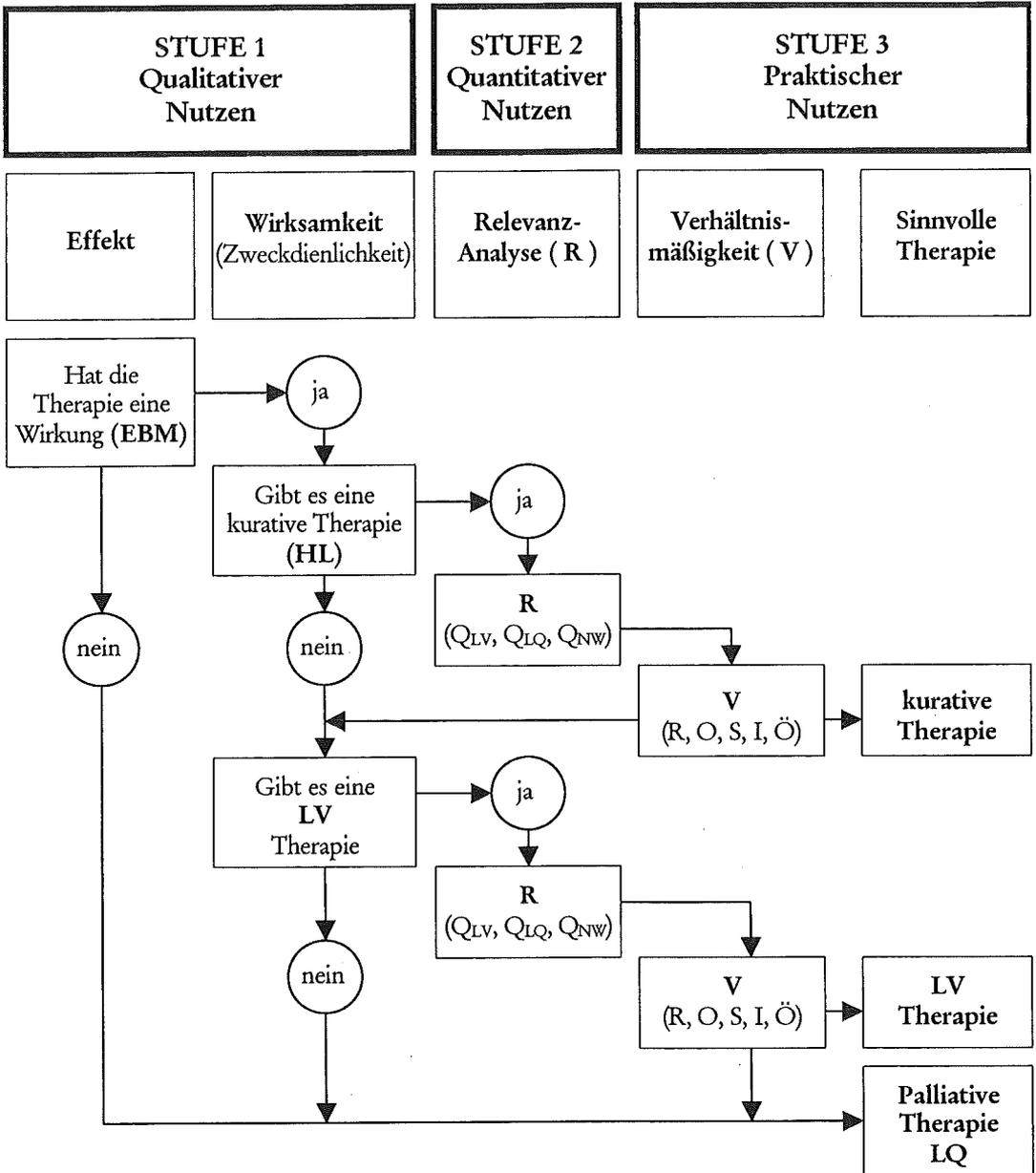
Der primäre Nutzen des vorgelegten Konzepts einer Sinnorientierten Medizin (S.O.M.) besteht darin, die vorhandenen wissenschaftlichen Daten (EBM) für den praktisch tätigen Arzt so transparent zu machen, daß sinnlose Therapiemaßnahmen verhindert und die vorhandenen therapeutischen und ökonomischen Möglichkeiten für den Patienten optimal einsetzbar werden.

Dadurch könnte eine neue Ära innerhalb der gesamten Medizin eingeleitet werden. Diese Ära wäre primär gekennzeichnet durch ein schrittweises Umdenken von der Machbarkeit zur Sinnhaftigkeit bzw. vom Möglichen zum Nützlichen. Es käme zu einer verstärkten Konzentration der medizinischen Kräfte auf die Bedürfnisse des Patienten und seiner LQ. Dies würde bedeuten, daß der zunehmende Vertrauensverlust in die Schulmedizin wieder zurückgewonnen wird. Auf der anderen Seite könnte Kurpfuschern und Quacksalbern der Boden entzogen werden, was wohl im Gesamtinteresse der Bevölkerung liegt. Außerdem könnte das frühere hohe moralische Ansehen der Medizin wiedergewonnen werden.

Darüber hinaus hätte das Projekt eine erhebliche ökonomische Relevanz, die im Wechsel von der Machbarkeit zur Sinnhaftigkeit ein enormes Potential an Einsparungen enthält,

Diagramm

DER ENTSCHEIDUNGSABLAUF



EBM Evidence Based Medicine Nw Nebenwirkung S subjektive Faktoren
 LV Lebensverlängerung LQ Lebensqualität I Indikatoren
 R Relevanz HL Heilung Ö Ökonomie (Effizienz)
 Q Quantifizierungsparameter O objektive Faktoren V Verhältnismäßigkeit

wenn z.B. sinnlose Therapieverfahren rechtzeitig vermieden werden und auf eine in erster Linie palliative Behandlung abgestellt wird.

Das Projekt hat auch einen forensischen Aspekt. Zunehmend werden (nach amerikanischem Muster) Ärzte bei ungünstigem Krankheitsverlauf für eine eventuell nicht durchgeführte Therapie (z.B. Streptokinase-Behandlung bei Herzinfarkt) rechtlich belangt. Durch die kritiklose Propagierung bzw. Einforderung von ineffektiven Behandlungskonzepten kann der Arzt zunehmend unter Zugzwang kommen. Immer häufiger werden diagnostische und therapeutische Maßnahmen in erster Linie zur rechtlichen Absicherung des Arztes und weniger zum Wohl des Patienten (Sinnhaftigkeit) verordnet⁴⁰. Auch aus diesen Gründen ist die Transparentmachung der Effektivität bzw. Sinnhaftigkeit einer Therapie notwendig.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die sinnorientierte Medizin (S.O.M.) eine Integration von EBM mit individueller klinischer Expertise und ärztlicher Erfahrung anstrebt.

Sie soll eine Entscheidungshilfe für eine maßgeschneiderte, auf den je einzelnen Patienten bezogene Medizin schaffen, die sich an dem Ethos der hippokratischen Einfachheit orientiert.

Nutznieser des vorgelegten Projektes könnten sein:

1) Der mündige Patient

Durch die Transparenz der Daten kann eine offene und gemeinsame Entscheidungsfindung in einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung erfolgen.

Der Patient kann von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Belastungen verschont werden.

Auf der anderen Seite können ihm sinnvolle und effektive Behandlungsstrategien nicht vorenthalten werden, wenn sie als solche genau definiert sind.

2) Der Arzt

Für den Arzt, der heute durch eine zum Teil überbordende Datenflut verunsichert und

teilweise unter einem kollektiven Handlungs- und Behandlungszwang gestellt wird, bringt die S.O.M. eine Vereinfachung und Erleichterung seines ärztlichen Tuns im Sinne einer individuellen patientenorientierten Medizin. Durch die Individualisierung der endgültigen Entscheidungsfindung im Sinne ärztlicher Kunst könnte die Gefahr einer überzogenen Reglementierung ärztlicher Entscheidung durch Gesundheitsgremien aller Art gebannt werden.

3) Die Zulassungsbehörde

Den Gremien, die für die Zulassung von Medikamenten verantwortlich sind, können hilfreiche Entscheidungskriterien geliefert werden.

4) Die Krankenkassen

Auch den Krankenkassen können Argumente bzw. Kriterien für sinnvolle Bewilligungen von Medikamenten, diagnostischen Maßnahmen, Therapiekonzepten usw. zur Verfügung gestellt werden.

5) Die Gesundheitspolitik

Weiters soll auch eine begründbare Rationalität bei der Verteilung der verfügbaren Ressourcen erreicht werden, sodaß die Einsparung von unnötigen Kosten letztlich zu einer besseren gesundheitlichen Betreuung der Gesamtbevölkerung führt.

6) Die pharmazeutische Industrie

Für die pharmazeutische Forschung sind die Kriterien des S.O.M. insofern von erheblicher Bedeutung als gerade die Planung von Multicenterstudien nur dann sinnvoll erscheint, wenn die geplanten Fallzahlen nicht nur Signifikanzen, sondern auch Relevanz erwarten lassen.

7) Die medizinische Wissenschaft

Die Zielrichtung der medizinischen Forschung könnte insofern beeinflusst werden, als sie sich weniger an theoretischen Fragestellungen und dafür mehr an den Bedürfnissen des Patienten zu orientieren hätte. Insbesondere müßte sie sich stärker mit der Problematik der Nebenwirkung in einer

Therapie und vorrangig mit der Verbesserung der LQ durch eine Behandlung auseinandersetzen, während die Erreichung von marginalen Erfolgen zur LV zweitrangig wäre.

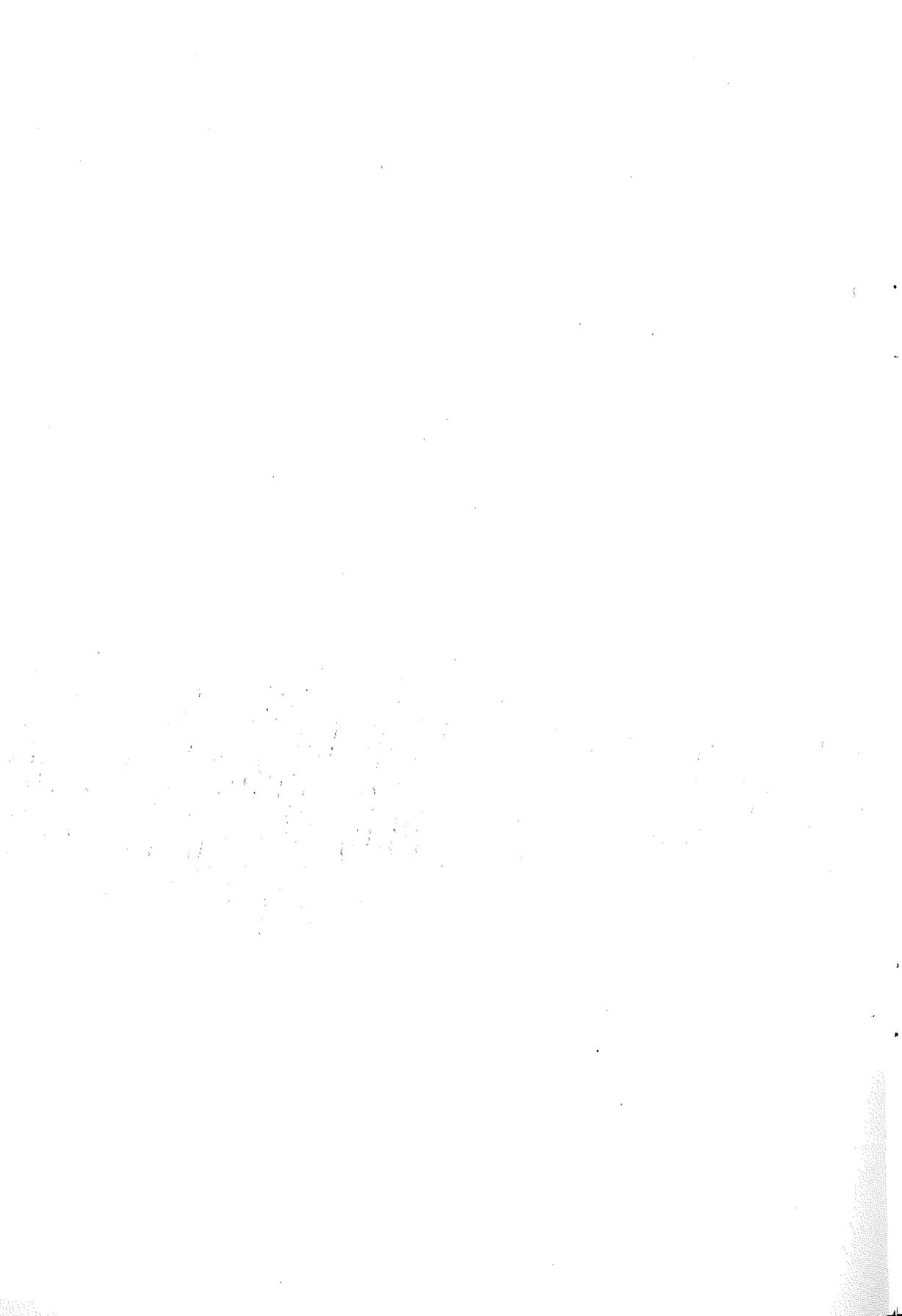
Anhang

A	Ansprechrate
EBM	Evidence Based Medicine
gA	geringe Erfolgsaussicht
hA	hohe Erfolgsaussicht
HL	Heilung, Heilbehandlung
I	Indikatoren
kA	keine Erfolgsaussicht
LE	Lebenserwartung
LQ	Lebensqualität
LV	Lebensverlängerung
LVa	Durchschnittliche LV nach einem Behandlungsjahr (Patientenjahr)
LVi	rechnerische Lebensverlängerung bezogen auf die LE des einzelnen Patienten
mA	mäßige Erfolgsaussicht
NNTa	number of years needed to treat in order to gain an additional year
NNH	number needed to harm
NNT	number needed to treat
Nw	Nebenwirkung(en)
O	Objektive Faktoren der Verhältnis- mäßigkeit
Ö	Ökonomie (Effizienz)
Q	Quantifizierungsparameter
R	Relevanz(analyse)
Rk	Risiko
S	Subjektive Faktoren der Verhältnis- mäßigkeit
S.O.M. ...	Sinnorientierte Medizin, Sense Ori- ented Medicine
ÜLZ	Überlebenszeit
V	Verhältnismäßigkeit(sanalyse)

Referenzen

1. HENSE H.W., ANTES G., Zeitschrift für Cardiologie 1997, 86: 313-319.
2. FLETCHER S.W., FLECHER R.H., *Development of clinical guidelines*, The Lancet 1998, 352: 1876.
3. KOPELMAN L.M., *Conceptual and moral disputes about futile and usefull treatments*, The Journal of Medicine and Philosophy 1995, 20: 109-21.
4. LANGE St., *Statistisch signifikant - auch relevant für den Patienten?* Medizinische Klinik 1998, 94 (Supplement II): 22-24.
5. Indirekt ist auch die Prävention durch diese drei Kriterien abgedeckt.
6. FLEMING T.R., DE METS D.L., *Surrogate and points in clinical trials: Are we being misled?* AnnInternMed 1996, 125: 605-13.
7. RODEN Dan M., *Risks and benefits of antiarrhythmic therapy*, New England Journal of Medicine 1994, 331: 785-791.
8. SCHMOLL H.J. et al, *Kompendium internistische Ontologie*, Springer, 1997: 662-3.
9. FUCHS C.S., MAYER R.J., New England Journal of Medicine 1995, 333: 32-41.
10. z.B. DE VITA V.T., *CANCER.. Principles and Practice of Oncology*, Lippincott-Raven Publishers, 1997: 1048.
11. PRISM-Plus-Study Investigators, *Inhibition of the platelet glycoprotein IIb/IIIa receptor with tirofiban in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction*, New England Journal of Medicine 1998, 338: 1488-1497.
12. Tu J.V. et al., New England Journal of Medicine 1997, 336: 1500-1505.
13. *CARE Studie*, New England Journal of Medicine 1996, 335: 1001-1009.
14. 70th Scientific Session, November 1997, Orlando, Florida.
15. ROTHWELL P.M., The Lancet 1995, 345: 1616-1619.
16. MRC, *Trial of treatment of mild hypertension: principal results*, BrMedJ 1985, 291: 97.
17. SCHMOLL, *Kompendium ...S. 959*, ISIS 4-Studie ... S. 658.
18. *ISIS 4 Studie*, The Lancet 1995, 345: 669-681.
19. HAKIM A.A. et al, New England Journal of Medicine 1998, 338: 94-99.
20. SCHMOLL, *Kompendium ... S. 958-959*.
21. BONADONNA G., New England Journal of Medicine 1995, 332: 901-906.
22. HARRIS J.R. et al., *Breast cancer (First of Three Parts)*, New England Journal of Medicine 1992, 327: 319-328.
23. *Mast 1 Studie*, The Lancet 1995, 346: 1509-1514.
24. DE VITA , *CANCER S. 1597*, SCHMOLL, *Kompendium ...S. 960 ff.*
25. So muß z.B. überprüft werden, ob eine ins Auge gefaßte Therapie - auch wenn sie theoretisch wirksam ist - bei dem jeweiligen Patienten praktisch noch zum Tragen kommen kann. Es gibt Behandlungsstrategien - insbe-

- sondere in der Präventivmedizin - die sich erst nach mehreren Jahren, z.B. auf die Überlebensrate signifikant auswirken. Wenn diese Zeitspanne größer ist als die individuelle Lebenserwartung des Patienten, dann ist eine solche Therapie sinnlos (z.B. Cholesterinsenkung bei einem 80-jährigen Patienten).
26. Vgl. LENZHOFER K., PRAT E., *Imago Hominis* 1997, IV/ 3: 173-198.
 27. ibidem
 28. RODEN, *Risks and benefits ...* S. 785-791.
 29. MRC, *Trial of treatment ...* S. 97.
 30. BARNETT J.M. et al., *Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis*, *New England Journal of Medicine* 1998,339:1415-25.
 31. VARNAUSKAS E., *Survival, myocardial infarction, and employment status in a prospective, randomized study of coronary bypass surgery*, *Circulation* 72 [Suppl. V] 1985:90.
 32. vgl. BREYER F., ZWEIFEL P., *Gesundheitsökonomie*, Springer, 1997: 29-30.
 33. WHO, *Editorial*, *Tobacco alert* 1995.
 34. Rich-Edwards Janet W. et al., *The primary prevention of coronary heart disease in women*, *NEnglJMed* 1995, 332: 1758-1766.
 35. *Family Heart Study Group*, *British Medical Journal* 1994, 308: 313.
 36. COLDITZ et al., *New England Journal of Medicine* 1995, 332: 1589-93.
 37. HARRIS, *Breast cancer ...* S. 319-328.
 38. *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group*, *Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials*, *The Lancet* 1998, 351: 1451-67
 39. Die Wahrscheinlichkeit, z.B. bei einem Autounfall zu verunglücken, liegt bei 1% im Jahr (vgl. Gesundheitswesen in Österreich, 1998, Seite 22). Deshalb verzichtet jedoch niemand auf dieses Verkehrsmittel. Das Unfallrisiko beim Fußballspiel beträgt 4,1% (vgl. Unfallstatistik 1995, Institut SICHER LEBEN).
 40. Wenn man durch die Verabreichung eines ACE-Hemmers tatsächlich Leben „retten“ könnte, dann wäre die Verabsäumung einer solchen Behandlung tatsächlich als schwerer Kunstfehler zu ahnden.



SCHWERPUNKT

Ars dimittendi

Hans-Bernhard WUERMELING

ZUSAMMENFASSUNG

Der vom Patienten geforderten „ars moriendi“ entsprach traditionellerweise keine spezielle ärztliche Kunst, weil das Aufgeben des Kampfes gegen den Tod dem Arzt fremd war. Der Übergang zur Palliativmedizin, die der ars moriendi des Patienten zu Hilfe kommen müßte, ist für den Arzt problematisch. Es wird eine ärztliche „ars dimittendi“ gefordert, eine Kunst, den Patienten aus dem Kampf um sein Leben zu entlassen. Dies setzt eine differenzierte Betrachtung des Rechtes auf Leben voraus, das sich nicht nur absolut als defensives sondern auch als relatives Anspruchsrecht versteht. Darum ist Sterbenlassen nicht ohne weiteres Töten. Die Einwilligung des Patienten in Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen kann moralisch vertretbar sein. Im Falle seiner Willensunfähigkeit muß sie seinem mutmaßlichen Willen entsprechend auch vertretungsweise durch Dritte gegeben werden können. Den dadurch gegebenen Mißbrauchsgefahren ist zu begegnen.

Schlüsselwörter: ars moriendi, ars dimittendi, Sterbenlassen, Patienteneinwilligung

ABSTRACT

The „ars moriendi“ by the patient traditionally has no correspondence in the medical art, since giving up the fight against death has been alien to the medical doctor. The trend toward palliative medicine which would help the patient in his desire for „ars moriendi“ is problematic for the medical doctor. A medical „ars dimittendi“ is required from the doctor – the art of helping the patient at being released in his fight against death. This requires a differentiated view of the right to life which is not only absolutely defensive. Letting a person die is not necessarily killing. The patient's consent to stop life-maintaining measures is morally acceptable. In case of incompetence a third person has to be able to make the decision according to the patient's presumable will. The dangers of abuse however are to be considered.

Keywords: ars moriendi, ars dimittendi, letting die, patient's consent

*Anschrift des Autors: Prof. Dr. Hans-B. WUERMELING, emeritierter Professor für Gerichtsmedizin
Fiechtestraße 5, D-91054 Erlangen*

Der ars moriendi seines Patienten vermag der Arzt mit keiner entsprechenden Kunst beizustehen. Er hat nur die ars mortem vincendi gelernt, die Kunst, den Tod zu besiegen. Was heißt aber besiegen? Letztlich zielt der Arzt auf eine ars mortem necandi ab, auf die Kunst, den Tod zu töten, ihn also nicht nur hinauszuschieben, sondern ihn endgültig zu überwinden.

Es mag sein, daß diese Vorstellung nicht jedem Arzt bewußt ist. Doch werden die wenigsten Ärzte eine Alternative dazu anzubieten haben. Ohne jede Scheu haben die Gründer der heutigen Münchner medizinischen Fakultät, als sie noch in Ingolstadt residierten, ihr Ziel einer endgültigen Überwindung des Todes zum Ausdruck gebracht. Zwischen ihrem anatomischen Theater und ihrem botanischen Garten hatten sie dazu ein symbolisches Grabmal errichtet. In klassischem Latein und an klassische Formulierungen anknüpfend konnte man darauf lesen: „Wanderer, gehst du hier vorüber, so gedenke dessen, der hier begraben liegt. Es ist der Tod selbst, der durch unsere ruhmreiche Tätigkeit ins Gras hat beißen müssen. Hier nämlich zwischen unserem anatomischen Theater, das für unsere Diagnostik steht, und unserem botanischen Garten, in dem unsere Heilmittel wachsen.“

Für solche Vorstellungen lassen sich bis in unsere Gegenwart zahlreiche Belege finden, zuletzt die Absicht, durch Klonen den Individualtod zu überwinden.

Doch ist eine ärztliche ars mortem vincendi oder necandi, also die Absicht und gewünschte Kunst, den Tod zu besiegen oder ihn gar aus der Welt zu schaffen, gegenläufig zu einer ars moriendi seines Patienten, die ja den Tod letztlich als Sieger und Überwinder akzeptiert. Man muß also fragen, welche Kunst des Arztes, wenn es denn eine passende gibt, der ars moriendi seines Patienten zu Hilfe kommen soll.

Im Arzt-Patienten-Verhältnis wird der Arzt gewöhnlich als der aktive, heilende, der Patient dagegen als der passive angesehen, als derjenige, der geheilt werden soll. Müßte dann nicht auch

dem passiven mori, dem schließlich eingewilligten Sterben des Patienten, des Arztes aktives necare, also ein Töten entsprechen? So daß des Patienten ars moriendi nach der Ergänzung durch des Arztes ars necandi, einer Tötungskunst also, geradezu verlangt? Ist nicht der als Leibingenieur verstandene Arzt sogar zum Töten verpflichtet, wenn der Patient in seinen Tod eingewilligt hat? Ist nicht, wie es der kürzlich verstorbene HACKETHAL verlangt hat, die Mitleidstötung ein Patientenrecht und eine Arztpflicht?

Weltweit wird in diesem Sinne Euthanasie gefordert. Keineswegs hilft dagegen das Erinnern an das, was auf der geistigen Grundlage des Juristen BINDING und des Psychiaters HOCHÉ als Tötung lebensunwerten Lebens von den Nationalsozialisten in mörderische Praxis umgesetzt wurde.

Natürlich will man heute mit dieser Praxis nichts zu tun haben. Heute soll es ja nicht um die Interessen des Kollektivs oder der Volksgemeinschaft an der damals so genannten Beseitigung von Ballastexistenzen gehen. Vielmehr soll das Töten nur auf die Fälle beschränkt werden, in denen der Einzelne selbst sein Leben beenden will. Aber schon die holländische Praxis zeigt, daß es, um straflos töten zu dürfen, genügt, wenn Arzt und Verwandte meinen, daß der Lebensunwerte nicht mehr leben will.

Das slippery-slope-Argument gegen die Euthanasie, das der Verweis auf die holländische Praxis stützen soll, hilft dem Arzt aber nichts, der nur seine ars mortem vincendi oder ars mortem necandi, also den Tod zu bekämpfen gelernt hat. Denn er verfügt in der Regel über keine auf die ars moriendi seines Patienten passende Kunst. Es müßte die Kunst sein, den Kampf gegen den Tod zum richtigen Zeitpunkt aufzugeben, den Tod zu akzeptieren, palliative Hilfen zu gewähren und den Patienten aus dem Kampf um sein Leben zu entlassen. Nennen wir diese Kunst eine ars dimittendi, eine Kunst des Loslassens, des Gehenlassens, des Sterbenlassens, des Entlassens – nicht ohne Bezug zu

dem Wort des greisen und lebenssatten Simeon „Nunc dimittis servum tuum in pace,“ – Nun entlässest du deinen Knecht in Frieden.

Damit gibt der Arzt aber ein Teilziel seines beruflichen Handelns, gewöhnlich das wichtigste, auf, nämlich die Erhaltung des Lebens seines Patienten. Das bedeutet nicht etwa Behandlungsabbruch. Vielmehr rückt ein anderes Teilziel in den Vordergrund, nämlich die Erhaltung und Verbesserung seiner Lebensqualität. Man soll nicht sagen, es gehe jetzt darum, dem Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Unter dieser Formulierung könnte sich eine Tötungsabsicht verstecken: Sterben ermöglichen. Vielmehr geht es darum, dem Patienten bis zu seinem weder für ihn noch für den Arzt verfügbaren Tode ein Leben in Würde zu ermöglichen. Das ist eindeutig, und man kann dazu dann Palliativmedizin sagen.

Doch bereitet dem Arzt ebenso wie dem Patienten die Umstellung von einer kurativen auf eine palliative Medizin psychologische Schwierigkeiten, von denen ein Teilaspekt besprochen werden muß, nämlich das Unterscheiden von Töten und Sterbenlassen.

Die Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen wird nämlich nicht nur von den Befürwortern der Euthanasie geleugnet und bestritten, sondern auch von ihren fundamentalistischen Gegnern. Unter den Befürwortern der Euthanasie nenne ich an dieser Stelle den australischen Bioethiker Peter SINGER. Als Utilitarist beurteilt er die Moralität einer Handlung nur nach ihren Folgen. Dem Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, also dem Sterbenlassen, folgt aber der Tod in gleicher Weise wie dem Töten. Daraus schließt SINGER, daß er, wenn er sterben lassen dürfe, auch töten dürfe. Aus seiner utilitaristischen Sicht sind Töten und Sterbenlassen darum ununterschieden.

Seine fundamentalistischen Gegner machen aber nun auch keinen Unterschied zwischen Tun und Lassen und meinen deswegen, weil Töten verboten sei, müsse das Sterbenlassen genau so verboten sein.

Wer darum eine ars dimittendi, also eine Kunst des Sterbenlassens, vertreten will, der muß versuchen, seinen Standpunkt zwischen diesen beiden Extremen zu finden und zu befestigen. Das soll über eine differenzierende Betrachtung des Begriffes „Recht auf Leben“ versucht werden.

Der Begriff „Recht auf Leben“ ist zunächst in rein defensivem Sinne zu verstehen, als ein Verteidigungsrecht also. Das bedeutet, daß mein Leben mir nicht genommen werden darf. Niemand darf mich töten. Die gesellschaftliche Antwort auf dieses mein Recht ist das Tötungsverbot. Läßt man die drei klassischen Ausnahmen außer acht, nämlich das Töten im Krieg und in Notwehr sowie die Todesstrafe, dann gilt das Tötungsverbot absolut. Das bedeutet, daß es unabhängig von den Umständen und jeweiligen Bedingungen der Situation einzuhalten ist.

Nur beim Töten durch Unterlassen spielen die Bedingungen eine Rolle. Es wäre dies ein sogenanntes unechtes Unterlassungsdelikt, zu dessen Tatbestand gehört, daß eine in der jeweiligen Situation geschuldete Handlung unterbleibt. Welche Handlungen in der jeweiligen Situation geschuldet sind, läßt sich aber nicht einfach aus dem defensiv verstandenen Lebensrecht herleiten. Vielmehr ist dazu ein über den defensiven Charakter des Lebensrechtes hinausgehendes, weiter gefaßtes und andersartiges Verständnis vom Recht auf Leben erforderlich.

Recht auf Leben ist nämlich über das Defensivrecht hinaus ein Teilhaberecht. Durch seine Existenz hat jeder Mensch einen Anspruch auf die Teilhabe an den Mitteln zum Leben, und zwar an den materiellen Dingen ebenso wie an den Leistungen der Mitmenschen. Auch auf dieses Teilhaberecht gibt es eine gesellschaftliche Antwort. Sie besteht in dem Gebot der Solidarität, also der Pflicht der Menschen, füreinander einzustehen.

Im Gegensatz zu dem unbeschränkten, absoluten defensiven Recht auf Leben und dem demzufolge bedingungslos geltenden Tötungs-

verbot ist dieses Teilhaberecht aber keineswegs absolut. Es ist vielmehr ein relatives Recht, ein Recht nämlich, dessen Umfang sich erst aus der Situation, aus den jeweils herrschenden Bedingungen ergibt. Es ist kein unbedingtes, sondern seiner Natur nach ein bedingtes Recht. Das Teilhaberecht hat seine Grenzen. Und diese ergeben sich einmal aus den jeweiligen Bedürfnissen, dann aus der Beziehung des Verpflichteten zum Inhaber des Rechtes und schließlich aus den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Die Bedürfnisse – erstens – kennzeichnen die Bedingungen, die in der jeweils betroffenen Person liegen. Das Neugeborene kann überhaupt noch nicht für sich selber sorgen und hat deswegen maximale Bedürfnisse: es muß gestillt, gewickelt, gereinigt und gewärmt werden. Beim Kind fallen einige Bedürfnisse weg, die für andere entstehen, etwa solche nach Schutz und Bildung. Der Jugendliche braucht Ausbildung, der Kranke Behandlung, der Alte Lebensunterhalt.

Zweitens kennzeichnet die Beziehung des jeweils Verpflichteten zum Inhaber des Lebensrechtes die relationalen Bedingungen. Eltern sind für Ernährung und Unterhalt ihrer Kinder sehr direkt verpflichtet, während Fremde ihnen gegenüber ohne weiteres keine Ansprüche haben.

Drittens sind die Ressourcen für die Mittel zum Leben, seien sie materieller oder personeller Art, nie unbegrenzt und limitieren deswegen den Teilhabeanspruch, der somit auch ökonomischen Bedingungen unterliegt.

Aus diesen drei Bedingungen folgt, daß die Ansprüche auf die Mittel zum Leben, wie sie aus dem Recht auf Leben als einem Anspruchsrecht folgen, niemals absolute, unbedingte sein können, sondern ihrer Natur nach begrenzt sind.

Diese Feststellung ist deswegen sehr wichtig, weil mit ihr der These begegnet werden kann, aus dem Recht auf Leben folge ohne weiteres, daß jeder jederzeit das Recht auf alle Mittel zur Erhaltung seines Lebens habe. Vielmehr hängt

dieses Recht in der jeweiligen Situation von seiner Bedürftigkeit, vom Verpflichtungscharakter des zur Hilfe Verpflichteten und vom Vorhandensein der Ressourcen ab.

Man könnte einfacher sagen, daß sich der Anspruch auf die jeweils angemessenen, die verhältnismäßigen Mittel beschränke. Die alte Moralphilosophie kannte dafür den Ausdruck „*media ordinaria*“, die ordentlichen Mittel, die sie von den *media extraordinaria*, den außerordentlichen Mitteln unterschied, auf die niemand ein Recht hatte.

Das Kriterium der Verhältnismäßigkeit der Mittel galt nun aber nicht nur für die Ansprüche, die man gegenüber anderen erheben konnte, sondern auch für die Pflichten, die jeder sich selbst gegenüber hat.

Auch zur Erhaltung seines eigenen Lebens, so ist zu folgern, hat man nur die „verhältnismäßigen Mittel“ anzuwenden – und man kann auch nur die verhältnismäßigen Mittel beanspruchen.

Was aber ist verhältnismäßig, angemessen, ordentlich und nicht außerordentlich? Sicher ist, daß ein Mittel nicht per se verhältnismäßig sein kann. Der Ausdruck kann vielmehr nur besagen, daß es in einem Verhältnis zu etwas anderem beurteilt werden muß. Das andere aber ist das, was mit der Anwendung des Mittels erreicht werden soll. Es kommt also darauf an, ob man die Anwendung eines Mittels in einer konkreten Situation im Verhältnis zu dem, was damit erreicht werden soll, als angemessen, eben als verhältnismäßig betrachtet.

In der Medizin wird dies zunächst der Arzt aus seiner diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Überlegung heraus zu beurteilen haben. Letztlich entscheidet aber der Patient, ob er dem ärztlichen Urteil folgen wird.

So kann er etwa eine Chemotherapie, die sein durch eine Krebserkrankung bedrohtes Leben etwas verlängern könnte, ablehnen, weil er die mit dieser Therapie verbundenen Belastungen für die Lebensverlängerung nicht in Kauf nehmen will. Oder er kann sie akzeptieren.

ren, weil er bestimmte Ereignisse noch erleben oder bestimmte Aufgaben noch erfüllen will.

In diese Beurteilung seiner Chancen und Risiken geht für den Patienten auch der Faktor Lebensqualität ein. So kann – und darf er auch – zu dem Schluß kommen, daß er beispielsweise für ein Leben mit erheblich geminderter Lebensqualität keine lebenserhaltende Behandlung wünscht. Eine solche Weigerung bindet den Arzt, wenn sie aus dem freien Willen des Patienten folgt. In einem solchen Fall ist der Arzt nicht verpflichtet, dennoch lebenserhaltende Maßnahmen einzusetzen, ja, er ist dazu nicht einmal berechtigt, weil er sie nämlich gegen den Willen des Patienten ausführen würde.

Dies gilt für den Patienten, der in der Lage ist, einen Willen zu bilden und zum Ausdruck zu bringen. Was aber soll für den willensunfähigen, also etwa den bewußtlosen Patienten gelten? Kann dieser Vorausverfügungen treffen? Oder ist er in solchen Entscheidungen vertretbar?

Vorausverfügungen werden in den meisten Fällen ohne Kenntnis der konkreten Situation getroffen, in der sie wirksam werden sollen. So wie die Einwilligung des Patienten in eine Behandlung der Aufklärung bedarf, so bedürfte die Vorausverfügung des Wissens um Chancen und Risiken in der Situation, in der sie gelten soll. Darum muß in jedem einzelnen Fall geprüft werden, ob eine Vorausverfügung auch noch in der jeweiligen Situation getroffen werden würde, mit anderen Worten, was denn jetzt der mutmaßliche Wille des Patienten ist. Die Vorausverfügung mag ein wichtiger Anhalt dafür sein, sie ist aber nicht einfach dem mutmaßlichen Willen gleichzusetzen. Dieser ist vielmehr in der Situation und in bezug auf sie zu ermitteln.

Dabei muß der Arzt, dem diese Erforschung letztlich obliegt, nicht notwendig zu dem Schluß kommen, daß der Patient jede nur mögliche lebenserhaltende Maßnahme wünscht, also Leben um jeden Preis. Dem zuvor Gesagten entsprechend muß es dem Arzt auch mög-

lich sein anzunehmen, daß der Patient in der vorliegenden Situation auf solche Maßnahmen verzichten würde, weil er sie mutmaßlich, seinen Tod in Kauf nehmend, als unverhältnismäßig ansieht.

Dabei fällt der Arzt kein Urteil über den Lebenswert seines Patienten. Und er tötet nicht, wenn er den Patienten – dessen mutmaßlichem Willen entsprechend – keine lebenserhaltende Behandlung mehr zukommen, sondern ihn sterben läßt.

Nun ist allerdings zuzugeben, daß diese Überlegungen, so richtig und logisch zwingend sie sein mögen, in die Praxis umgesetzt ein ungeheueres Mißbrauchspotential in sich bergen, insbesondere dann, wenn sie sich nicht nur auf unmittelbar Sterbende beschränken sollten. Ihre Ausweitung auf Menschen im Wachkoma (chronischer vegetativer Status) und verwandten Zuständen ist in Deutschland von der Rechtsprechung zugelassen, durch die Gesichtspunkte der deutschen Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung gedeckt und in der Schweiz von den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften gebilligt.

Alle diese – sagen wir einfach – Richtlinien verlangen für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen wegen der besonderen Mißbrauchsfahr eine konkrete frühere Willenserklärung des Betroffenen. In Deutschland bedarf die Einwilligung eines Bevollmächtigten oder eines gerichtlich bestellten Betreuers zur Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen darüber hinaus noch der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht.

Immer aber ist von dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen auszugehen. Aus diesem Grunde sind Vorausverfügungen unverzichtbar. Eine besondere Form der Vorausverfügung ist die Bestellung einer Vertrauensperson, die im gegebenen Fall den Arzt über die Lebenseinstellungen und Vorstellungen des Patienten informieren kann, und der gegenüber der Arzt verpflichtet wird, alle Informationen

über den Gesundheitszustand seines Patienten zu geben und gleichzeitig sein geplantes Handeln oder Unterlassen zu begründen. Dabei ist die Vertrauensperson nicht entscheidungsbe-rechtigt, und die Verantwortung bleibt eindeutig letztlich beim Arzt. In diesem Falle bedarf es des Vormundschaftsgerichtes nicht. Juri-stisch gesehen handelt es sich also um eine „weiche“ Lösung, die ich gegenüber der juri-stisch „harten“ für die humanere und praktika-blere halte.

Der Vollzug des Übergangs von einer kurati-ven zu einer palliativen Medizin, der in fast je-dem einzelnen Menschenleben einmal mehr oder weniger deutlich erforderlich sein wird, muß als Gegenstück zur ars moriendi der Pati-enten ins Bewußtsein der Ärzte gehoben und erlernt werden. Diese ars dimittendi zu beherr-schen wird das einzige Mittel sein, die neu dro-hende Euthanasiewelle aufzuhalten und zu bre-chen, weil nur sie einer humanen Akzeptanz der Endlichkeit des Menschen entspricht.

Über das sittliche Verbot der Selbsttötung und ihre vermeintliche Rechtfertigung als „Selbstbestimmung“

Ludwig JUZA

ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen der Euthanasiedebatte wird vielfach die Zulässigkeit der Selbsttötung behauptet oder als selbstverständlich akzeptiert. In den folgenden Überlegungen soll gezeigt werden, daß dieser Auffassung unbedachte und unhaltbare theoretische und anthropologische Voraussetzungen zugrundeliegen. Diese bringen eine Sinnentleerung des Selbstbestimmungs- und Autonomiebegriffs mit sich; sie machen auch eine sittliche Beurteilung der Selbsttötung und damit deren Rechtfertigung unmöglich. Es läßt sich auch zeigen, daß aus denselben Gründen eine utilitaristische Kritik am sittlichen Verbot der Selbsttötung ins Leere geht. Eine kurze Darstellung der traditionellen Begründung des sittlichen Selbsttötungsverbotes rundet die Überlegungen ab.

Keywords: Selbsttötung, Selbstbestimmung, Autonomie

ABSTRACT

In the Euthanasia debate one very often hears the argument that suicide is permissible or that it is acceptable as taken for granted. The following reflections will show that these assertions rest upon unreflected and unacceptable theoretical and anthropological suppositions. These bring about a loss of meaning in the terms 'self-determination' and 'autonomy', and they also make the moral judgement of suicide and thus its justification impossible. It will also be shown that for the same reasons a utilitarian critique of the moral prohibition of suicide becomes meaningless. A short statement on the reasoning behind a moral prohibition of suicide completes the reflections.

Keywords: suicide, self-determination, autonomy

Anschrift des Autors: Dr. Ludwig JUZA, Museumstraße 22/10, A-6020 Innsbruck

1. Die Aktualität des Problems

Die Euthanasiedebatte hat der Frage nach der sittlichen Zulässigkeit der Selbsttötung eine neue Aktualität verschafft. So wird Selbsttötung von manchen als letztes Mittel der Schmerzbekämpfung oder zur Beendigung von schwerem bzw. unheilbarem Leiden für zulässig erachtet.¹ Als Begründung für die Zulässigkeit wird vor allem auf „Selbstbestimmung“ bzw. „Autonomie“² verwiesen und deren Ausübung als ein „Recht“ dargestellt, das aus der „Würde“ des Menschen folge. Gleichzeitig wird die traditionelle Ablehnung der Selbsttötung als unhaltbar und unzureichend kritisiert, weil sie nur religiös oder irrational begründet sei.

Angesichts der allgemeinen Wertschätzung individueller Freiheit, der Sensibilität für Leid und Schmerz wie auch der Hilfsbereitschaft gegenüber Leidenden scheint es daher heute schwer zu sein, eine vernünftige Ablehnung der Zulässigkeit der Selbsttötung zu vertreten und zu verteidigen.

Die folgenden Überlegungen wollen dazu beitragen, diese Schwierigkeiten zu begrenzen. Sie wollen und können zwar das Verbot der Selbsttötung nicht „beweisen“, versuchen aber zu zeigen, daß und warum die Argumente und die Kritik der Gegenposition nicht tragfähig sind, und worin die eigentlichen Gründe der sittlichen Unerlaubtheit der Selbsttötung bestehen.

2. Der unkritische Umgang mit den Grundlagen

In Diskussionen zwischen Befürwortern und Gegnern der Zulässigkeit der Selbsttötung redet man zumeist einfach aneinander vorbei: Der Grund liegt hauptsächlich in der mangelhaften Beachtung der unterschiedlichen theoretischen Voraussetzungen beider Auffassungen.

Die scheinbare Selbstverständlichkeit und Plausibilität der Zulässigkeit einer Selbsttö-

tung beruht in erster Linie darauf, daß man sie – schlagworthaft – als Moment der Selbstbestimmung ausgibt, ohne aber zu bedenken und zu begründen, worin denn Selbstbestimmung überhaupt bestehen kann. Es wird ein Urteil über Selbsttötung gefällt, ohne den zugrundeliegenden Maßstab anzugeben. Ja, Urteil und Maßstab werden gleichgesetzt bzw. miteinander verwechselt.

Analysiert man jedoch die theoretischen Grundlagen der Befürwortung und Ablehnung, so wird sich im folgenden zeigen, daß von gegensätzlichen Voraussetzungen und Fragestellungen und von einer unterschiedlichen Bedeutung der Worte ausgegangen wird, daß Begriffe umgedeutet und Einwände sinnwidrig entstellt werden: Die Berücksichtigung der Grundlagen und des jeweils spezifischen Bedeutungshorizonts der Begriffe erweist sich daher als unverzichtbare Voraussetzung zur Vermeidung einer unkritischen und unsachlichen Argumentation.

Befürworter wie Gegner der Zulässigkeit der Selbsttötung berufen sich in ihrer Begründung wesentlich auf die Begriffe „Selbstbestimmung“, „Autonomie“, „Würde“ und „Recht“. Die dadurch entstehenden gegensätzlichen Bedeutungsgehalte dieser Begriffe lassen sich auf zwei grundsätzlich verschiedene Theorien in der Ethik zurückführen. Sie illustrieren eine Bruchlinie innerhalb der ethischen Problemstellung, welche meist als Gegensatz zwischen „deontologischen“ und „utilitaristischen“ Ansätzen benannt wird, wobei Deontologie im Rahmen unbedingter sittlicher Forderungen auch die Ablehnung von Selbsttötung zu begründen vermag, während utilitaristische Theorien unbedingte sittliche Forderungen ablehnen und daher auch Selbsttötung grundsätzlich für zulässig halten.

Deontologische Konzepte der Ethik wissen sich nicht nur auf anthropologische Voraussetzungen bezogen und bedenken sie, sondern bestimmen den begrenzenden Maßstab menschlich guten Handelns im eigentümlichen

Selbstsein des Menschen: Dieses Selbstsein stellt einen Anspruch dar, der um seiner selbst willen anerkannt sein möchte und der unabhängig von seiner faktischen Anerkennung es schon ist. Sittlich-gutes Handeln erscheint somit als gebührende Antwort auf diesen voraus- und zugrundeliegenden Anspruch.

Als Kriterium des sittlichen Guten wird traditionell ein Minimalbegriff der Menschenwürde herangezogen. Er bezeichnet das, was den Menschen zum Menschen macht: seine Fähigkeit zum freien Handeln und zur eigenverantwortlichen sittlichen Selbstbestimmung. Dieses unhintergehbare „Residuum des Selbstseins“ (SPAEMANN) begründet, warum der Mensch nicht nur ökonomischen Wert und gesellschaftlichen Nutzen, sondern auch eine Würde hat, die ihm als „Zweck an sich selbst“ zukommt.³ Weil der Mensch Würde⁴ oder einen unbedingten, inneren absoluten Wert⁵ hat, ist er Selbstzweck; deshalb gebührt ihm als ganzer Person unbedingte Achtung. Seine Würde relativiert alle eigenen wie fremden Zwecke wie auch alle Vorstellungen vom menschlich guten Leben und seiner Verwirklichung. Der normative Gehalt von Menschenwürde bedeutet daher, den Menschen nicht als Mittel zu gebrauchen, sondern als unbedingten Wert oder Selbstzweck zu achten.⁶

Es handelt sich hier um ein Kriterium, das für alle Handlungen gilt, mögen sie sich auf den Handelnden selbst oder auf andere beziehen. Es macht „in sich schlechte“ Handlungen benennbar. Zu diesen in sich schlechten Handlungen zählt auch Selbsttötung. Sie ist eine (a) schlechthin „frustrierte“ und widersinnige Tat, da dem Handelnden das Erreichen des erstrebten Handlungszieles wegen der Vernichtung des Handlungsobjektes prinzipiell unmöglich ist.⁷ Als Mittel gegen Schmerz, Überdruß und Lebensmüdigkeit macht (b) diese Tat den Menschen als ganzen zum Mittel für einen seiner gewählten Zwecke und verstößt darin (c) gegen die seiner aufgabenhaften Selbstzweckhaftigkeit geschuldete unbedingte Selbstachtung. In

dieser Tat wird mit der Beseitigung des Subjekts (d) einerseits das vernünftige Ordnen des Handelns als eigentümliche Aufgabe des Menschseins abgelehnt und (e) andererseits gegen die Vernünftigkeit der Ordnung in der Beziehung zwischen Teil und Ganzem in den Handlungen verstoßen, weil die Beziehung der Teilhabe der Einzelhandlung am Ganzen des Lebens und der Repräsentation des Ganzen in der Einzelhandlung mißachtet wird⁸. Selbsttötung läßt sich nicht rechtfertigen, denn sie ist nicht widerspruchsfrei zu denken und daher auch nicht sinnvoll zu wollen; sie wird zurecht eine irrationale Tat genannt.⁹

Utilitaristische Konzepte der Ethik – sie können hier nur kurz skizziert und kritisiert werden – versuchen im Gegensatz dazu, gegenüber anthropologischen Voraussetzungen „neutral“ zu bleiben und sich von ihnen freizuhalten. Sie verfügen daher über keinen allgemein-inhaltlichen Maßstab des Sittlich-Guten und messen dem menschlich guten Handeln nur subjektive Gültigkeit zu. Sie kennen bzw. behandeln weder die Frage nach dem Sinn und der Berechtigung von Zwecken noch die Beurteilung von Handlungen als solchen. Sie beschränken sich auf Handlungsfolgen und ihre Auswahl für gewünschte Zwecke; das wird besorgt durch die Erarbeitung von entsprechenden Regeln und wirksamen Methoden für die Abwägung von Folgen oder von betroffenen Gütern, wobei auch der Nutzen und Schaden für andere miteinbezogen wird.

Schon in diesen wenigen Hinweisen zeigt sich, daß utilitaristische Konzepte nicht bloß eine „andere“, von der deontologischen abweichende Auffassung vom Sittlich-Guten vertreten, sondern vielmehr diese Theorie trotz derselben Bezeichnung als „Ethik“ einen ganz anderen Gegenstand behandelt: Kritiker und Vertreter bezeichnen daher auch zurecht den utilitaristischen Ansatz als eine „Alternative zur Moral“¹⁰. In dieser „Alternative“ werden weder die anthropologischen Voraussetzungen bedacht, die sie de facto impliziert, noch wird

die Rechtfertigung dafür geliefert, daß die bloße Abwägung von Handlungsfolgen oder –gütern etwas mit menschlich gutem Handeln zu tun hat.

Aus diesen prinzipiellen Mängeln der theoretischen Grundlagen ergeben sich natürlich auch für die Frage der Zulässigkeit der Selbsttötung wesentliche Konsequenzen: (a) Mangels eines inhaltlichen Kriteriums des Sittlich-Guten und der Betrachtung von Handlungen als solchen gibt es (b) weder einen inhaltlich benennbaren und verbindlichen Maßstab, noch einen spezifischen Gegenstand für ein sittliches Urteil, sondern bloß unreflektierte und unbegründete Behauptungen. In diesem Konzept können daher (c) Handlungen als solche weder als zulässig noch als unzulässig beurteilt werden bzw. es kann nicht widerspruchsfrei von moralischen Forderungen, Geboten oder Verboten gesprochen werden: die Hilflosigkeit des Utilitarismus bei der Begründung des Tötungsverbots ist bekannt.¹¹ Daher (d) ist ein Urteil über Selbsttötung auf dieser Basis gar nicht möglich. Der Versuch, eine Zulässigkeit doch „moralisch“ zu begründen, endet in einem Widerspruch, da diese Theorie in ihren Vorentscheidungen jeder spezifisch moralischen Forderung oder Rechtfertigung den Boden entzogen hat: Denn diese Konzepte anerkennen weder den unbedingten oder kategorischen Charakter als die eigentümliche, konstitutive „Form“ des Sittlich-Guten noch dessen unhinterschreitbare Verwiesenheit auf ein Verständnis des Menschen als die dem Sittlich-Guten konstitutive „Materie“¹².

3. Die vermeintliche Rechtfertigung der Zulässigkeit der Selbsttötung

Eine gewisse vordergründige Plausibilität und Selbstverständlichkeit gewinnt die behauptete Zulässigkeit der Selbsttötung aufgrund der Verwendung von einigen Begriffen des üblichen Sprachgebrauchs. Man spricht

von „Selbstbestimmung“, „Autonomie“, „Würde“ und „Recht“. Allerdings erfahren diese Begriffe im Rahmen der „alternativen Theorien zur Moral“ eine systematische Umdeutung. Im folgenden wird zu zeigen versucht, worin der neue Bedeutungsgehalt von „Selbstbestimmung“ und „Autonomie“ besteht.

3.1. Rechtfertigende Begriffe?

3.1.1. „Selbstbestimmung“? – Verkürzung auf Verfügung

Selbstbestimmung ist heute ein geläufiger Begriff: Wir erfahren uns als freie Gestalter des eigenen Lebens, wissen selber am besten, was zu unserem Wohlergehen gut ist, und sehen einen gewissen Eigenwert darin, diese Einsichten auch selber umzusetzen. Allgemein steht das Moment der Ungehindertheit und Eigenständigkeit im Handlungsvollzug in Abgrenzung zu fremdem Einfluß im Vordergrund.

Diese allgemein verbreitete Wertschätzung von Selbstbestimmung beruht aber auf einer Grundlage, die zumeist nicht bedacht wird. Sie setzt eine – besonders von KANT geprägte¹³ – philosophische Ethik voraus, die ein Selbstverständnis des Menschen einschließt, demzufolge der Mensch dadurch ausgezeichnet ist, Urheber von Vollzügen zu sein und in ihnen das als gut Erkannte vollbringen zu können.¹⁴ Auf dieser Grundlage mutet unsere Tradition dem mündigen Menschen als Aufgabe zu, das Gute nach eigenem Dafürhalten zu wählen und zu verwirklichen. Dazu eröffnet sie ihm den erforderlichen Raum und sichert ihn durch entsprechende gesetzliche Rechte.

Recht und Grenze von Selbstbestimmung bleiben als selbstverständlich vorausgesetzt. Das „Recht“ auf Selbstbestimmung wird oft in seiner Eigenart als „moralisches Recht“ nicht bedacht: d.h. als ein spezifischer Anspruch, dessen Begründung darin besteht, der vorfindlichen Wirklichkeit des Menschen und seines

eigentümlichen Tätigseins zu genügen, und welcher nicht weiter begründbare Grundüberzeugungen über den Menschen beinhaltet. Als „Grenzen“ der Selbstbestimmung werden zu meist übersehen: einerseits die inhaltliche Grenze des als gut Erkannten (Selbstbestimmung hat sich an der Wirklichkeit des Menschen und an Moral zu orientieren) und andererseits die formale Grenze (der Respekt vor der Selbstbestimmung anderer Menschen sowie jene Rechte, die sie garantieren¹⁵).

Für die Befürworter der Zulässigkeit der Selbsttötung ist Selbstbestimmung zwar der zentrale Begriff¹⁶, er wird aber unkritisch verkürzt und unreflektiert verwendet¹⁷. Man versteht Selbstbestimmung nicht mehr als ein **inhaltliches Bestimmen des Selbst zum guten Mensch-Sein**, sondern nur mehr als ein bloß äußerliches Verfahren, das auf ein **unabhängiges Bestimmen über das Selbst** abzielt, d.h. über alles, was mich betrifft. Selbstbestimmung wird reduziert auf ein formal-äußerliches Moment des Handlungsvollzuges, auf einen Verfahrensaspekt, der dem Handeln und seinem Inhalt äußerlich bleibt: d.h. ungehindert und unabhängig, das jeweils Gewünschte tun zu können. Dieser verkürzte Selbstbestimmungsbegriff anerkennt weder – die oben genannten – Grenzen, noch kann er den moralischen Charakter seines Anspruchs oder seinen anthropologischen Sinn berücksichtigen. Diesem Verständnis liegt nicht ein sittlich-unbedingter Anspruch, sondern ein unbedingter Freiheitsanspruch zugrunde, der umfassende und unbegrenzte Unabhängigkeit und Ungehindertheit im Vollzug verlangt.

Auf dieser Basis ist es durchaus konsequent, „Selbstbestimmung“ auch über den eigenen Tod ausüben zu wollen, d.h. über das Wie und Wann des Todes zu verfügen: Das Schicksalhafte wird begrenzt und der Tod als Verfügungsgegenstand unter anderen eingeordnet, d.h. banalisiert. Die Bedingungen des Menschen als leibliches und endliches Wesen stellen damit selbst eine Beschränkung der Freiheit dar, die man

aufzuheben versucht. Fremdbestimmung besteht hier in der Einschränkung des faktischen Verfügens, sei es durch gesetzliche Bestimmungen oder durch Handlungen anderer – nicht aber in einer Verfehlung des menschlich Guten im Handeln.

Die Hauptkritik an dieser Auffassung von Selbstbestimmung weist darauf hin, daß hier ein inhaltsleerer und somit zielloser Prozeß vorliegt, der darüber hinaus nur blind verfolgt werden kann: Denn der Sinn und der Anspruch des Prozesses sind dem Subjekt vernünftig nicht zugänglich. Es handelt sich also um einen Prozeß, bei dem das Subjekt sich im Handeln nicht kennt und wiedererkennt, so daß der Handelnde seine fundamentale Selbstentfremdung fördert. Nicht nur die Struktur und Aufgabe personaler Selbstbestimmung werden verkannt, sondern auch die sittliche Dimension menschlichen Handelns: Der Mensch selbst wird in seinem eigentümlichen Tätigsein und in seiner Freiheit nicht wahrgenommen.

Ein solches verkürztes Verständnis von Selbstbestimmung verkennt auch die Besonderheit menschlichen Schmerzes¹⁸: Er besteht nicht bloß im Faktum eines „unerwünschten Zustands“, sondern in einer personalen Zuständlichkeit. Zum Schmerz gehört wesentlich „jemand“, der sich als Leidender erfährt, der sich zu seinem Leiden verhält und dem aufgegeben ist, in rechter Weise dazu Stellung zu nehmen. Ohne Bedachtnahme auf den Unterschied zwischen dem Gegenstand der Erfahrung und einem erfahrenden und stellungnehmenden Subjekt wird das spezifisch Menschliche am Schmerz verfehlt, seine Beurteilung verunmöglicht und das Beurteilungskriterium verschleiert. Denn etwas als „unerwünscht“ zu qualifizieren, setzt zunächst voraus, daß eben dieses Etwas als es selbst einem Subjekt vorliegt und ihm auch bekannt ist, und zwar vor und unabhängig von seinen Wünschen, um erst dann unter dem Kriterium des Wünschenswerten qualifiziert zu werden.

Diesen Kurzschluß begeht, wer Zulässigkeit der Selbsttötung durch den Hinweis auf „sinnloses Leiden bzw. auf „sinnlosen Schmerz“ zu begründen versucht: Leiden und Schmerz „sind“ weder sinnvoll noch sinnlos, sondern bloß das Handeln in bezug auf diese Gegebenheiten: Der Grund für die Zuschreibung von Sinn liegt nicht in sachhaften Gegebenheiten, sondern im handelnden Subjekt. Denn ein Handeln erweist sich als sinnhaft, insofern es teilhat an dem und durch das im Handeln erstrebte menschlich gute Leben. Wo aber das Handeln – nach diesem Verständnis von Selbstbestimmung – ein inhalts- und daher sinnleerer Prozeß ist, ist eine Sinnzuschreibung – auch als „sinnlos“ – ein Unding.

3.1.2. „Autonomie“? – Verkürzung auf Unabhängigkeit im Handeln

Auch der Begriff der Autonomie ist uns vertraut und wird im politischen wie rechtlichen Zusammenhang verwendet. Allerdings wird oft seine politische oder rechtliche Bedeutung unbedacht auf die Ethik übertragen. Zwar wurde der Begriff mit KANT für das Selbstverständnis des Menschen relevant und für philosophische Ethik zentral¹⁹, aber dies geschah nicht durch eine Vermischung verschiedener Bereiche.

Autonomie wird von KANT als „Selbstgesetzgebung der Vernunft“ bezeichnet: Aber diese besteht eben nicht hauptsächlich oder ausschließlich in einer „äußeren“ Autonomie des Menschen im Handeln. Freiheit wäre somit auf bloße Wahlfreiheit beschränkt und bestünde nur in einer Unabhängigkeit bei der Entscheidung über Handlungsfolgen und –güter und bei ihrer ungehinderten Verwirklichung. KANTS Autonomieverständnis setzt an der Grundfreiheit des Menschen und seiner Möglichkeit an, etwas als Gutes zu bestimmen und zum Motiv des Willens zu machen. Es geht wesentlich um jene „innere“ Autonomie des Menschen, die, positiv gefaßt, in der Fähigkeit

besteht, das Wollen an das Sittengesetz bzw. das Sittlich-Gute zu binden; negativ bestimmt besteht sie in der Fähigkeit, die Vernunft von den ihr „fremden“ Motiven (des Nutzens, des Vorteils, der Neigung, des Wohlbefindens usw.) unabhängig zu halten.

„Autonomie durch Vernunft“²⁰ bedeutet nach KANT daher, kurz gesagt, die Fähigkeit und Aufgabe, eigenständig, durch eigene und dank eigener Vernunft das Sittengesetz zum Motiv des Handelns zu machen, damit dieses ein menschlich gutes Handeln genannt werden kann. Autonomie stellt somit ein Prinzip für die Sittlichkeit von Handlungen dar und sichert auf diese Weise das eigentümlich menschliche Handeln.

Auf dieser Basis kann auch der Unterschied zwischen Selbstbestimmung und Autonomie geklärt werden: Selbstbestimmung als Bestimmen des menschlichen Handelns unter der Rücksicht des Sittlich-Guten beschreibt das menschliche Tätigsein und seinen vollen Sinn. Autonomie dagegen benennt die notwendige Bedingung sittlicher Selbstbestimmung, und zwar sowohl für die Bestimmung des Sittlich-Guten wie auch für das Praktischwerden des Sittlich-Guten für das Handeln.

Moralische Selbstgesetzgebung bedeutet also nicht, das sittliche Gute als Gegenstand des Verfügens nach Gutdünken alleine oder durch Konsens mit anderen festzusetzen und damit dessen Geltung und Inhalt vom Willen und von der Zustimmung der Betroffenen abhängig zu machen: genau das würde nämlich die Besonderheit des Sittlichen als einer Verbindlichkeit, die schon vor allem Wünschen und Wollen ist und Anerkennung verlangt, aufheben.

Die Befürworter der Zulässigkeit der Selbsttötung folgen allerdings einer solchen Auffassung von Autonomie, die eine dem Wünschen und Wollen vorgegebene Verbindlichkeit bestreitet; sie beschränkt sich auf äußere Autonomie im Handeln und besteht in der Unabhängigkeit bei der Verwirklichung dieses Handelns. Dieses Verständnis hat, wie LEIST richtig

bemerkt, nur mehr vordergündig etwas mit KANT zu tun;²¹ vor allem aber ist es in sich widersprüchlich, weil diese „Gesetzgebung“ einerseits verpflichten will, andererseits aber doch dem eigenen Willen entspringt.²²

Ein Autonomiebegriff, der sich auf äußere Unabhängigkeit beschränkt und zugleich als „moralische“ Forderung erhoben wird, leidet unter denselben Schwierigkeiten wie der oben beschriebene formal-äußerliche Selbstbestimmungsbegriff: Er vermag (a) weder seinen anthropologischen Sinn und die Begründung seines Anspruchs zu bedenken und darzustellen noch (b) die in der Forderung selbst liegenden Grenzen (Moral und Rechte) zu vernehmen und anzuerkennen. So übersieht er seine relative Dimension nicht nur in der Wirklichkeit des Menschen als seiner Bedingung, sondern auch in seiner Gebundenheit an Vernunft und das ihr innewohnende Sittengesetz. Fälschlicherweise gibt er sich als (möglichst) absolut: Alle Handlungsfolgen bzw. -güter zeigen sich nur als Mittel, sind verfügbar und also gleichgültig. Er hält sich unabhängig von Vernunft und inhaltlich bestimmbarer Sittlichkeit²³ und beansprucht, selbst nach subjektivem Dafürhalten über die Kriterien der Beurteilung von Handlungen zu verfügen (sei es nach nüchternem Kosten-Nutzen-Kalkül oder sei es in der subjektiven Bestimmung des „ethischen“ Kriteriums im Rahmen einer Abwägung von Gütern und der Klärung ihrer Verhältnismäßigkeit). Doch damit wird nicht geleistet, was man vorgibt: Die Rechtfertigung der Verfügung über diese Kriterien bleibt offen. Auch der Versuch, sie durch Konsens zu ersetzen, führt ins Dilemma: Denn verbindliche Maßstäbe und Kriterien müssen schon für den und im Prozeß der Verständigung gelten und ihn leiten. D.h. ehe der faktische Konsens stattfindet, gilt schon, was gerade durch ihn erst begründet werden sollte.²⁴

Autonomie als bloße äußere Unabhängigkeit verstanden, erlaubt kein Urteil über die sittliche Zulässigkeit oder Unzulässigkeit einer

Handlung. Daher ist auch eine Begründung der Zulässigkeit der Selbsttötung auf dieser Basis nicht möglich²⁵.

Mangels eines inhaltlichen Kriteriums des menschlich guten Handelns ist dieses Konzept auch nicht imstande, ein gemeinsames Leben zu ordnen. Weil es noch dazu an bloß subjektiver Geltung und privater „Moral“ festhält, unterläuft der Versuch, eine gesetzliche Umsetzung zu erreichen, seinen eigenen Anspruch: Denn eine gesetzliche Festlegung würde die Fremdbestimmung jener mit sich bringen, die diese Auffassung nicht teilen und am unbedingten Wert menschlichen Lebens festhalten.²⁶

3.2. Rechtfertigende Einwände?

Befürworter von Euthanasie versuchen, ihre Forderung damit zu stützen, daß die Verbote der Beihilfe zur Selbsttötung sowie der verlangten direkten Herbeiführung des Todes durch andere eigentlich auf einer unbegründeten und unzulässigen Ablehnung der Selbsttötung beruhen. Dafür werden normalerweise drei Argumente angeführt²⁷: die Ablehnung der Selbsttötung ruhe eigentlich nur auf (a) religiösen Gründen, werde durch die 2000-jährige (b) christliche Tradition getragen und stehe im Gegensatz zur (c) ganzen klassischen Philosophie und ihrem hohen Respekt vor Selbsttötung.

3.2.1. Religiöse Begründung? – Die Verwechslung von Begründung und Auslegung

Die Kritik lautet, daß sich die Ablehnung von Selbsttötung nur auf Gründe stützt, die religiöse Voraussetzungen haben, wie sich in der Rede von der „Heiligkeit des Lebens“ und der „Souveränität Gottes“ über das Leben zeige. Richtig ist daran wohl, daß christliche Sittenlehre eine unbedingte Achtung des Lebensrechtes fordert, von der „Heiligkeit des Lebens“ spricht und die „Souveränität über das Leben“ Gott vorbehält. Verfehlt ist allerdings die Kri-

tik, weil sie die „doppelte“ Begründung dieser Lehre übersieht.

Die Forderung der unbedingten Achtung des Lebensrechtes jedes Menschen gehört zwar seit jeher zum kirchlichen Lehrgut und wird für den Gläubigen durch die Annahme der Offenbarung verbindlich. Es handelt sich dabei aber auch um eine Forderung der Sittlichkeit, die in der Vernunft als Quelle gründet und von dort her ihren allgemeinen Anspruch nimmt. Weil das so ist, ermöglichen allgemein-verbindliche sittliche Forderungen einen spezifischen Ansatz für natürlich-vernünftige Religion und eröffnen einen Gottesbezug, wenn sie als Äußerung eines göttlichen Gesetzgebers gesehen werden; christliche Religion bezieht sich ausdrücklich darauf, indem sie darin denselben offenbarenden Gott – allerdings in seinem Wirken als Schöpfer – versteht. Die „Gebote Gottes“ sprechen das dem Menschen innewohnende Sittengesetz bloß aus und verweisen auf Gott als Urheber und Ausleger des Gesetzes; die sittlichen Forderungen werden in ihrer Eigenständigkeit anerkannt und zusätzlich als Inhalt der Offenbarung durch den Glauben begründet.²⁸ Daraus folgt, daß die sittliche Forderung nicht deshalb gilt, weil sie in den „Geboten“ ausgesprochen wird. Sie wird vielmehr in den Geboten ausgesprochen, weil es sich um eine allgemein-verbindliche und unbedingte sittliche Forderung handelt.²⁹

Das „Souveränitätsargument“ begründet natürlich keine sittliche Forderung, sondern erläutert und interpretiert sie³⁰; insofern ist der kritische Hinweis richtig. Falsch sind aber die Schlüsse, die zumeist daraus gezogen werden. Aus der erläuternden Funktion des Souveränitätsarguments folgt nämlich keineswegs (1) auf der Ebene natürlicher Vernunft die Aufhebung von allgemein verbindlichen sittlichen Forderungen. Es zeigt sich bloß, daß das Souveränitätsargument die Geltung der interpretierten Forderungen voraussetzt. Der Fehlschluß entsteht, wenn zuvor (wie schon bei HUME) die Eigenständigkeit des Sittlichen – und damit

auch sein natürlicher Gottesbezug – ausgeklammert wurde.

Es folgt auch nicht (2) auf der Ebene des Offenbarungsglaubens, daß damit allgemein-verbindliche sittliche Forderungen im Rahmen des Glaubens nicht mehr erhoben werden können. Denn die christliche Version des Souveränitäts-Arguments anerkennt, daß sittliche Forderungen im Menschsein selbst gründen und allgemeine Geltung haben. Deshalb kann sie dann diese Forderungen als Forderungen des göttlichen Schöpfers an alle Menschen verstehen und sie mit der Offenbarung durch ihn selbst bestätigt sehen. Der Fehlschluß passiert nur, wenn ohnehin – wie bei „autonomer“ theologischer Ethik – die Eigenständigkeit und Verbindlichkeit von Sittlichkeit schon ausgeklammert und daher die Morallehre auf subjektive Geltung reduziert ist (was unbeabsichtigt allerdings die Preisgabe der Vernünftigkeit und Vernunftgemäßheit christlicher Religion und Moral mit sich bringt). Wenn daher Selbsttötung mit AUGUSTINUS als Ablehnung des Schöpfergottes interpretiert wird, dann gründet das darauf, daß diese Tat eine Absage an vernünftige – durch den Glauben vertiefte – Sittlichkeit darstellt, welche im Horizont des Gesetzgebers des Sittengesetzes sinnvollerweise nur als faktische, mittelbare Absage an ihn selbst verstanden werden kann.

3.2.2. *Die christliche Tradition als Hindernis? – Eine Verwechslung von Genese und Geltung*

Ein anderes Argument verweist darauf, daß die Ablehnung der Selbsttötung auf der 2000-jährigen christlichen Tradition beruhe und ihre Überwindung ein Bruch mit dieser Tradition darstellen würde – eine solche Veränderung stoße naturgemäß auf Widerstand.

Dieser Hinweis übergeht den wesentlichen Unterschied zwischen „Entstehungsgeschichte“ (Genese) und „Begründung“. Das auf dem Gedanken der Menschenwürde ruhende sittliche Selbsttötungsverbot „verdankt zwar dem

Christentum entscheidende Impulse, aber diese historische Beeinflussung begründet keine dauernde Abhängigkeit³¹. Der sachliche Gehalt der Menschenwürde und die in ihr gründende Sittlichkeit findet daher im Christentum eine „sachliche Entsprechung“, nicht aber eine „exklusive Begründung“.³²

Das bedeutet, daß auch der Widerstand gegen eine Überwindung der Ablehnung der Selbsttötung verschiedene Quellen hat und wesentlich mehr ist als ein bloßer Bruch mit christlicher Tradition und Religion. Gemäß der hier vorgetragenen Überlegungen handelt es sich bei der Gutheißung der Zulässigkeit der Selbsttötung um eine Absage an natürliche Sittlichkeit überhaupt. Das bedeutet, daß der genannte Bruch dann eigentlich einen Bruch mit jeder vernunftgemäßen Religion darstellt, insofern für sie Sittlichkeit grundlegend ist; die Absage an natürliche Sittlichkeit ist auch eine Absage an die Grundlage aller Grund- oder Menschenrechte und aller auf sie gründenden Verbote (sei es das Tötungsverbot im allgemeinen, sei es Folter, Sklaverei, Betrug, das Einhalten vertraglicher Verpflichtungen usw.).

3.2.3. Befürwortet durch die ganze klassische Philosophie? – Unzutreffend, unkritisch und anachronistisch

Ein drittes Argument verweist darauf, daß eine Ablehnung von Selbsttötung im Gegensatz zur ganzen klassischen Philosophie stehe. Ein kurzer Blick in die Geschichte der Philosophie bzw. in einschlägige Darstellungen³³ entlarvt allerdings diese Aussage als unzutreffend und einseitig.

Sie ist darüber hinaus unkritisch, insofern der Hinweis z.B. auf Stoa oder HUME die jeweiligen anthropologischen Voraussetzungen und Konsequenzen übergeht und verschweigt; die oben vorgetragene Kritik gegenüber „alternativen Theorien zur Moral“ trifft auch hier zu.

In der Berufung auf die Antike, vor allem auf die Stoa, findet sich auch ein unübersehbar ana-

chronistischer Zug: Denn damit wird versucht, auf der Basis unseres heutigen demokratischen Rechtsstaats und dank seines Pluralismus eine gewisse Wertschätzung der Selbsttötung in der Vor-Moderne für die Gestaltung unseres modernen Gemeinwesens zum Maßstab zu machen. D.h. es wird also ein Konzept des Zusammenlebens befürwortet, das gerade nicht von den „Errungenschaften der Moderne“ ausgeht (dem Bewußtsein der Einmaligkeit der Person, der Anerkennung ihrer Würde, das sich in unveräußerlichen Grund- und Menschenrechten und ihrem allgemeingültigen inhaltlichen Kriterium der Sittlichkeit entfaltet). Der diesbezüglich undifferenzierte Rückgriff auf die antike Wertschätzung von Selbsttötung bedeutet daher eigentlich eine Ablehnung der Grundlagen des modernen Staates (und darin auch eine implizite Ablehnung von Sittlichkeit). Es scheint sich hierin ein Moment der „Dialektik der Aufklärung“ zu zeigen, das seine eigenen Wurzeln nicht kennt und unbedacht die Selbstaufhebung der Moderne betreibt.

4. Die Argumente für das sittliche Verbot der Selbsttötung

Ebensowenig wie die versuchte Begründung der Zulässigkeit der Selbsttötung sind die Einwände gegen das Verbot der Selbsttötung tragfähig. Sie blenden jene Dimensionen methodisch aus, auf die sich das sittliche Verbot gründet (vgl. Kap. 2). Daher bleibt der Gehalt der traditionellen Argumente ungemindert gültig. Sie sollen hier kurz angeführt und angesichts der geäußerten Kritik verdeutlicht werden.

Allgemein wird Mord für verwerflicher als Selbsttötung gehalten; das hat natürlich damit zu tun, daß Mord strafrechtlich verfolgt wird, Selbsttötung aber nicht. Das legt den Gedanken nahe, daß für die Gesellschaft nur jenes Unrecht bedeutsam ist, das die äußerliche Beziehung zwischen verschiedenen Menschen betrifft. Daraus scheint zu folgen, daß Selbsttö-

tung zwar eine äußere Tat darstellt, aber auf den einzelnen beschränkt und somit für die Gesellschaft bedeutungslos ist.

Wenn man die traditionellen Argumente bedenkt, wird man dagegen zur Auffassung kommen, daß in sittlicher Dimension die prämeditierte und arrangierte Selbsttötung – ebenso wie die Bereitschaft dazu – schwerer als Mord wiegt und für die Gesellschaft bedeutsamer ist. Das ist kein Ruf nach dem Strafrecht – er wäre nicht ratsam, weil kontraproduktiv –, sondern nur ein Hinweis auf die notwendige Unterscheidung zwischen der Kriminalisierung einer äußeren Tat und ihrer sittlichen Bedeutsamkeit für das Gemeinwesen.

In beiden Fällen ist das Faktum des Todes eines Menschen das unwiderrufliche Ergebnis der Tat; aber die Ebene des Faktischen ist hier nicht ausschlaggebend. Bei Mord handelt es sich um die Übertretung eines Verbots, das selbst aber nicht abgelehnt wird; jedenfalls ist die Tat vom Gemeinwesen verfolgbar und in beschränkter Weise für eine Wiedergutmachung durch den Täter nach außen wie nach innen (Einsicht, Reue, Abkehr) offen. Dagegen entzieht sich die prämeditierte Selbsttötung nicht nur definitiv einer möglichen Wiedergutmachung, sondern beinhaltet auch die faktische Ablehnung einer sittlichen Beurteilung dieser Handlung bzw. hebt im Falle einer subjektiv-willkürlichen Bestimmung des Sittlichen sogar dessen Eigenart auf. Jedenfalls wird so durch die Tat Sittlichkeit selbst und damit das Prinzip der Menschenwürde als Grundlage einer Rechtsordnung, von Gerechtigkeit und Frieden abgelehnt; es wird durch den unbedingten Anspruch individueller Freiheitsausübung ersetzt und die Person als Ganze zum Mittel für einen Einzelzweck gemacht. Dadurch betrifft und beschädigt Selbsttötung den Maßstab aller Beziehungen und die Grundlage der Gesellschaft, weshalb man sie keineswegs als belanglos betrachten kann.

Diese sittliche Bedeutsamkeit der prämeditierten Selbsttötung sollte sich daher in ihrer

sozialen Bewertung niederschlagen und auch die Grundlage für die Beurteilung des Verlangens nach Tötung und für die Beihilfe zur Selbsttötung abgeben.

4.1. Die positive Bewertung der Selbsttötung – unvereinbar mit der Unbedingtheit sittlicher Forderungen

Die sittliche Bedeutsamkeit der Selbsttötung hatte offensichtlich WITTGENSTEIN im Blick, als er schrieb: „Wenn der Selbstmord erlaubt ist, dann ist alles erlaubt. Wenn etwas nicht erlaubt ist, dann ist es der Selbstmord. Das wirft ein Licht auf das Wesen der Ethik. Denn der Selbstmord ist sozusagen die elementare Sünde.“ (Tagebuch 10.1.1917). Damit ist nicht die rechtliche Zulässigkeit gemeint, auch nicht bloß die Möglichkeit, sich einer Strafe zu entziehen, sondern: Der Selbstmörder entzieht sich jeder weiteren moralischen Forderung, so daß ihm jedenfalls nichts weiter verboten ist. Die Bereitschaft zur Selbsttötung entspringt äußerster Verantwortungslosigkeit (R. SCHNEIDER).

Das Argument bedeutet genauer: Wenn Selbsttötung erlaubt ist (also nicht „wenn man sich umbringt, dann“), dann ist es mir erlaubt, mich jeder moralischen Forderung und jeder Verantwortlichkeit zu entziehen. Diese Forderungen verlieren faktisch ihren unverfügbaren und absoluten – d.h. von meiner Zustimmung unabhängigen – Charakter. „Diese Unabhängigkeit oder Absolutheit ist der Moral aber wesentlich. Daher läßt sie für die Erlaubtheit der Selbsttötung keinen Platz“³⁴.

Das Argument baut auf der Unbedingtheit des moralischen Anspruchs auf. „Denn zur Verfassung des Menschen gehört es, grundsätzlich jederzeit und ungefragt unter Forderungen zu stehen, die in keiner Weise dem Belieben unterworfen sind: Wäre Selbsttötung erlaubt, dann wäre dies nicht der Fall. Denn dann wäre auch erlaubt, sich jederzeit einer gerade relevanten Forderung nicht zu unterwerfen: Und das kann jede sein. Daher – gleich welcher Grund sich zu

töten – wer hierzu bereit ist, verleugnet die Unbedingtheit moralischer Forderungen.“³⁵

4.2. Die positive Bewertung der Selbsttötung – unvereinbar mit Selbstzweckhaftigkeit als dem eigentümlich Menschlichen

Bekanntlich hat KANT in unübertroffener Deutlichkeit und Gründlichkeit daran erinnert, daß die moralische Ordnung eine von sinnlich wahrnehmbaren Tatsachen verschiedene und eigentümliche Wirklichkeit ist, welche durch die Tätigkeit der Vernunft als Sollens-Urteile oder Forderungen konstituiert und nur von ihr erfaßt werden kann. Die Fähigkeit zum freien Handeln und die Aufgegebenheit eigenverantwortlicher und sittlicher Selbstbestimmung benennen das eigentümlich Menschliche und sind im Gedanken des Selbstzwecks zusammengefaßt. Diese Wirklichkeit begründet die Besonderheit des Menschen gegenüber allem anderen, seine Würde oder seinen unbedingten Wert.

Bei KANT findet sich die philosophisch relevanteste und damit provozierendste uneingeschränkte Abweisung der Selbsttötung³⁶, weil sie nicht nur als Tat zu sittlicher Selbstbestimmung im Widerspruch steht und nicht rechtfertigbar ist, sondern auch weil sie sich gegen die Aufgegebenheit sittlicher Selbstbestimmung selbst richtet: Der Akt der Selbsttötung negiert nicht bloß die Unbedingtheit von Forderungen und darin Verantwortlichkeit als solche, sondern „vertilgt“ Sittlichkeit als Zweck an sich selbst³⁷ und damit die eigentümliche Aufgegebenheit menschlichen Handelns.³⁸

Im Anschluß an THOMAS kann man daher Selbsttötung auch eine naturwidrige Tat nennen, wird bei ihr doch das naturhafte Streben des Lebendigen nach Selbsterhaltung³⁹ gerade nicht durch praktische Vernunft sittlich eingeordnet – wie es der menschlichen Natur gemäß wäre; vielmehr wird gegen diese Einordnung verstoßen, und zwar durch den Gebrauch bloß instrumenteller Vernunft.⁴⁰

4.3. Die positive Bewertung der Selbsttötung – unvereinbar mit der Gleichheit in der Achtung der Menschenwürde

Die Anerkennung der Selbstzweckhaftigkeit hat als Prinzip das Handeln – gegen sich selbst wie gegen jeden anderen – zu leiten. Diesen Respekt gegenüber dem Selbstsein des Menschen nennt man Achtung bzw. Selbstachtung sowie Liebe und Selbstliebe. Es geht darum, im Handeln den Menschen um seiner selbst willen – also unter Beachtung seines Selbstseins – zu wollen. Das gilt für mich und für den anderen. Wer sich selbst nicht achtet/liebt, achtet/liebt auch die anderen nicht. Damit sind Mord wie Selbstmord gleichermaßen ausgeschlossen: „Denn wer sich selbst tötet, tötet auch einen Menschen.“⁴¹.

Auf die Gleichheit der Forderung hat erstmals AUGUSTINUS im Bemühen um die Klärung des Sinns menschlicher Freiheit und des rechten Wollens und in Auseinandersetzung mit zeitgenössischen Strömungen besonders der Praxis der Selbsttötung und ihres zugrundeliegenden stoischen Ideals hingewiesen⁴².

4.4. Die positive Bewertung der Selbsttötung – unvereinbar mit dem rechten Gemeinschaftsbezug des Menschen

Ein letztes klassisches Argument findet sich bei THOMAS VON AQUIN: Selbsttötung stellt auch ein Unrecht an der Gemeinschaft dar, weil jeder ihr als Teil angehört. Damit ist nicht das bloß faktische Vorhandensein von Beziehungen zu anderen und zu einem konkreten Gemeinwesen gemeint oder das Vorhandensein konkreter Verpflichtungen anderen gegenüber; damit ist auch nicht gemeint – wie HUME irrtümlich interpretiert⁴³ –, daß eine soziale Verpflichtung zum Leben bestehe.

Es geht hier vielmehr um die Beachtung der grundlegenden gemeinschaftlichen Dimension des menschlichen Daseins in der Verwirklichung menschlich guten Handelns: Die Bezo-

genheit auf andere bzw. das Gemeinwesen ist dem Handeln wesentlich. Die diesbezüglich rechte Entsprechung entfaltet sich als Tugend der Gerechtigkeit.

Die Aufgabe der menschlich guten Lebens ist nicht nur allen gemeinsam; sie verbindet die Menschen auch insofern miteinander, als die Verwirklichung des menschlich guten Lebens die rechte Gestaltung der Beziehung der einzelnen zueinander sowie der einzelnen zum Ganzen unverzichtbar fordert. Denn die sittliche Dimension dient nicht nur der Verwirklichung des einzelnen Menschen als Menschen, sondern auch – wegen seines Gemeinschaftsbezuges – der Verwirklichung eines menschlich rechten Zusammenlebens. In seinem sittlichen Handeln ist der Mensch als Mensch grundsätzlich immer schon auf das Gemeinwohl und seine Verwirklichung aufgabenhaft bezogen: Es vollendet und erfüllt sich seine Selbstverwirklichung als Mensch nicht unabhängig vom Gemeinschaftsbezug, sondern erst in ihm und durch ihn.

Selbsttötung verstößt daher gegen den der Selbstzweckhaftigkeit des Menschen impliziten Gemeinschaftsbezug. Sie negiert nicht bloß die mit dem Menschsein gegebene Bezogenheit auf andere, sondern vor allem die spezifische Verantwortung, als Aspekt der Selbstverwirklichung für die Förderung von Gerechtigkeit und Gemeinwohl zu sorgen.

Die Negation des rechten Gemeinschaftsbezuges wird bei Liebe und Freundschaft an der impliziten Änderung des Willens in besonderer Weise sichtbar: Selbsttötung beendet mit der Vernichtung des Subjekts nicht bloß faktisch die Verwirklichung von Liebe und Freundschaft, sondern hebt sie auf und weist sie zurück, indem nämlich mit der Tat die besondere Weise des Wollens, in der Liebe und Freundschaft bestehen, verlassen wird. Solange der andere um seiner selbst willen behandelt wird, geschieht darin Gutheißung, Daseinsbejahung, wie sie die Beziehung der Liebe und – sofern sie wechselseitig ist – der Freundschaft⁴⁴

auszeichnet und ein Einssein bedeutet: Wer daher Hand an sich legt, „tötet“ auch den Freund. Denn er negiert die Gutheißung des anderen, indem er sein sittliches Wollen aufkündigt (er hört auf, den anderen um seiner selbst willen zu wollen), und beendet damit die Freundschaft⁴⁵.

Die angestellten Überlegungen zeigen, daß eine sittliche Zulässigkeit von Selbsttötung (a) in „alternativen Theorien zur Moral“ weder begründet noch aus dem spezifisch eigenen Verständnis von Selbstbestimmung und Autonomie nachgewiesen werden kann. Wenn aus dieser Position dennoch die Zulässigkeit der Selbsttötung behauptet wird und diese als plausibel erscheint, liegt das am unkritischen Umgang (b) sowohl mit den eigenen Voraussetzungen als auch mit dem Sinn der eigenen Begriffe. Wird (c) trotz dieser Defizite eine sittliche Zulässigkeit weiter vertreten, verbleibt ein Widerspruch, der einer Verweigerung des Denkens gleichkommt.

Die der positiven Bewertung der Selbsttötung zugrundeliegende Theorie widerspricht nicht nur der ursprünglichen menschlichen Erfahrung, sondern klammert das sittliche Gute methodisch aus. Was bleibt, ist eine Strategie instrumenteller Rationalität, die sich eine unbegrenzte Abwägungs- und Entscheidungskompetenz anmaßt. Diese Universalisierung der technischen Absicht führt nur dazu, daß der Mensch sich selbst fremd und unverständlich wird. Und das können wir sinnvoll nicht wollen.

Referenzen

1. vgl. HOERSTER N., *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt, 1998: 53ff.; DWORKIN R., *Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit*, Reinbek, 1994: 249ff.; BIRNBACHER D., *Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe*, in: ILLHARDT F. J./ HEISS H. W. / DORNBERG M. (Hrsg.), *Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?*, Stuttgart, New York, 1998: 125-135; BIRNBACHER D., *Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe*, in: HEPP H. (Hrsg.), *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!*, Düsseldorf, 1992, 50-74: 72; BIRNBACHER

- D., *Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht*, in: LEIST A. (Hrsg.), *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*, Frankfurt, 1990: 395-420; LEIST A., *Leben, Interesse, Selbstbestimmung – drei rivalisierende Weisen des moralischen Argumentierens zur Sterbehilfe*, in: ILLHARDT, *Sterbehilfe ...*, S. 35-56.
2. Leist stellt eine „Autonomie-orientierte Lehre“ sogar als einen eigenen Ansatz dar: vgl. LEIST, *Leben, Interesse...*, S. 49ff.
 3. vgl. SCHOCKENHOFF E., *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß*, Mainz, 1993: 178; SCHOCKENHOFF E., *Sterbehilfe und Menschenwürde, Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg, 1991; vgl. KANT, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Akad. Ausg. Bd. 4, Berlin, 1911: 428f.
 4. KANT, *Grundlegung...*, S. 434f.: „Im Reich der Zwecke hat alles entweder einen Preis, oder eine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes als Äquivalent gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist das hat eine Würde.“
 5. D.h. es handelt sich um keinen „Gebrauchswert“, „Tauschwert“, noch um einen „aspektbedingten Wert“; auch nicht um einen Maßstab unter anderen (Meßwert). Was unter einem „unbedingten Wert“ zu verstehen ist, zeigt sich darin, was Anerkennung dieses Wertes heißt: „Unbedingtheit“ schließt Relativierung durch Zwecke aus, d.h. eine theoretische oder praktische Orientierung, die den Wert eines menschlichen Lebens danach bemißt, wozu es dienen kann und welchen Absichten es im Wege steht: vgl. MÜLLER A. W., *Tötung auf Verlangen – Wohltat oder Untat*, Stuttgart (u.a.), 1997: 78ff.
 6. vgl. KANT, *Grundlegung...*, S. 428f: die *Person als Zweck in sich selbst* zu behandeln und nicht *als Mittel zu gebrauchen* und darin zu instrumentalisieren.
 7. vgl. AUGUSTINUS, *De lib arb.*, III., 22: „Nichtsein aber ist nicht etwas, sondern ist einfach nichts, und das kann keine Entscheidung nennen, wenn ihr Gegenstand nicht existiert Wer sich für das Nichtsein entscheidet, ist überführt, daß er tatsächlich nichts wählt, auch wenn er es nicht zugeben will.“; vgl. *ibid.* 23: Das ganze tatsächliche Verlangen des Todeswillens zielt also nicht dahin, daß der Gestorbene nicht ist, sondern daß er ruht, also nach einem höheren Sein; darin besteht sein Widersinn.
 8. vgl. SPAEMANN R., *Es gibt kein gutes Töten*, in: SPAEMANN R. / FUCHS Th., *Töten oder Sterbenlassen?*, Freiburg i.Br., 1997, 12-30: 19; SPAEMANN R., *Personen. Versuch über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“*, Stuttgart, 1996: 125ff.
 9. vgl. SPAEMANN, *Es gibt kein...*, S. 23.
 10. vgl. MÜLLER, *Tötung auf Verlangen ...*, S. 98. – Eine Bestätigung kommt von KUITERT (d.h. jenem Autor, auf den sich vorrangig Hans KÜNG stützt: KUITERT H. M., *Das falsche Urteil über den Suizid*, Stuttgart, 1986: 58f.): Als Abgrenzung zu Kants Kritik des Selbstmords hält er bloß fest, daß es sich bei Sittlichkeit um eine „andere Auffassung“ vom Menschen handle, die man nicht teile; vgl. den Sinn der Kritik an den Aussagen von KÜNG (in: JENS W./ KÜNG H., *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, München, 1995) und bei SPLETT J., *Recht auf den Tod?*, Ethik Med. 1996, 42: 57-61.
 11. vgl. MÜLLER, *Tötung auf Verlangen ...*, S. 193 f. – Ein immer wieder geäußerte Einwand verweist darauf, daß Selbsttötung ebenso wenig wie „Selbstberaubung“ unzulässig sein kann. Dieser Einwand geht allerdings ins Leere: denn einerseits setzt er die Beziehung zu Leib und Leben als dinghaftes Eigentumsverhältnis an; andererseits vermag er aufgrund seiner einschränkenden Voraussetzungen die Pointe des Gedankens – nämlich einer „Pflicht gegen sich selbst“ – nicht zu fassen, da er aufgrund seiner Vorentscheidungen den Gedanken der Pflicht gar nicht kennt: so meint etwa TUGENDHAT (TUGENDHAT E., *Vorlesungen über Ethik*, Frankfurt, 1993: 152ff.), aus KANTS kategorischem Imperativ ließe sich keine Pflicht der Selbsterhaltung angesichts des Lebensüberdrusses ableiten. Mit KAULBACH (KAULBACH F., *Immanuel Kants „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“*, Darmstadt, 1988: 67ff.) kann man dagegen zu recht einwenden, daß es bei der Anwendung des kategorischen Imperativs auf den Fall der Selbsttötung um die Strukturgleichheit der Pflichten geht: die Pflicht gegen den anderen schließt die Ungleichbehandlung und Sonderbehandlung von bestimmten Personen und Gruppen und daher auch gegen sich selbst aus, ja selbst die Privilegierung eines bestimmten Lebensabschnitts innerhalb der Lebens-Biographie zugunsten eines früheren (vgl. auch HOLDEREGGER A., *Grundlagen der Moral und der Anspruch des Lebens. Themen der Lebensethik*, (Studien zur theologischen Ethik 55) Freiburg, 1995: S. 231).
 12. Zur Unterscheidung von „Form“ und „Materie“ in Bezug auf die sittliche Pflicht – vor allem im Anschluß an: KANT, *Grundlegung...*, – vgl.: MILLÁN-PUELLES A., *Ética y realismo*, Madrid, 1996: 42 ff.
 13. GERHARDT V.: „Selbstbestimmung“, in: *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (HWPPh), Basel, 1995, 9: 335-342.
 14. Im Begriff des Vermögens ist (a) das prinzipielle, ontologisch begründete Können vom (b) faktischen bzw. aktuellen Können zu unterscheiden (vgl. der Verf.: *Aufklärung, Vertrauen und Wohlwollen in einer Medizin der Person*, Imago Hominis 1998, 4: 261-273; 264f.). Selbstbestimmung bloß als „Fähigkeit“ zu bestimmen ist daher ungenau, da sie diesen wesentlichen Unterschied außer acht läßt: so z.B. in der Darstellung von LEIST A., in: ILLHARDT, *Sterbehilfe ...*, S. 53.
 15. vgl. MÜLLER, *Tötung auf Verlangen ...*, S. 147.
 16. vgl. z.B. KUITERT, *Der gewünschte Tod* („Ein Standpunkt zur Selbstbestimmung“), Stuttgart, 1986: 67-74;

- HOERSTER, *Sterbehilfe...*, S. 164 („Recht auf selbstbestimmtes Sterben“), DWORKIN, *Die Grenzen des Lebens...*, bes. S. 30-318; SPORKEN P., *Menschlich sterben*, Düsseldorf, 1973: 41ff.; vgl. auch die zentrale Bedeutung des Begriffs für die speziellen Sterbehilfevereinigungen: HOLDEREGGER, *Grundlagen der Moral...*, S. 291-294).
17. vgl. LEIST A., in: ILLHARDT, *Sterbehilfe ...*, S. 49ff.
18. SPLETT J., *Schmerz und Leid als Konturen von Freiheit. Gedanken christlicher Anthropologie*, in: *Ethik Med.* 1996, 42: 217-232.
19. vgl. POHLMANN R., „Autonomie“, in: *HWPPh*, Basel 1971, 1: 701-719.
20. KANT, *Reflexionen zur Met*, Nr. 6076, Akad. Ausg. Bd. 18, 443.
21. LEIST verweist ausdrücklich darauf, daß die Position, die Selbstbestimmung/Autonomie als Basis für ein „moralisches Recht auf Selbstmord“ verwendet, mit den vor allem durch KANT geprägten Begriffen nicht mehr als den Namen gemeinsam hat: LEIST A., in: ILLHARDT, *Sterbehilfe ...*, S. 38 und 50.
22. vgl. MÜLLER A. W., *Das „Recht auf Euthanasie“. Autonomie mit Nachhilfe*, *Ethica* 1999,7/1: 47-67; 49.
23. vgl. ROHRMOSER G., „Autonomie“, in: *Handbuch philosophischer Grundbegriffe*, München, 1973, 1: 155-170; ders.: *Emanzipation oder Freiheit?*, Berlin, 2. Aufl., 1995; Autonomie ohne Gesetz führt zur Aufhebung ihrer selbst: das ist die „Dialektik der Aufklärung“: vgl. SPAEMANN R., *Ende der Modernität?*, in: *Philosophische Essays*, a.a.O., 232-260, bes. S. 233.
24. Die Verkürzung des Freiheitsbegriffs auf „äußere“, inhaltsleere, „negative“ Freiheit und ein darauf ruhender Autonomiebegriff bestimmt wesentlich die Konzepte neuzeitlicher Ethik; auch die Lösungsversuche der dadurch entstehenden Schwierigkeiten, wie sie bei TUGENDHAT oder HABERMAS zu finden sind, erscheinen nicht als ausreichend (vgl. z.B. SIEP L., *Zwei Formen der Ethik*, Vorträge/NW-Akad.d.Wiss. Opladen, 1997).
25. Aus der Sicht bloßer „Handlungsfreiheit“ läßt sich die Frage eines totales Verfügungsrechtes nicht entscheiden oder begründen: vgl. HOLDEREGGER A., „Suizid“, in: A. Eser et al. (Hrsg.), *Lexikon Medizin-Ethik-Recht*, Freiburg i.Br., 1992: 1126-1148, bes. 1132.
26. SAFRANEK J. P., *Autonomy and Assisted Suicid. The Execution of Freedom*, Hastings Center Report 1998, 28/4: 32-36.
27. vgl. z.B. HOERSTER, *Sterbehilfe...*: „I. Unantastbarkeit des menschlichen Lebens?“, S. 12ff.; „9. Religion als Maßstab des Rechts?“, S. 154ff.
28. vgl. Thomas v. AQUIN, *Summa Theologiae*, I-II, q. 100, a.1.- Als Bezugspunkt der Hl. Schrift dient vor allem: Röm. 2, 14-15: das Naturgesetz, „das ins Herz geschrieben“ ist. Die sittliche Verurteilung des katholischen Lehramtes von Mord, Abtreibung, Euthanasie und Selbstmord nennt immer als eigenständigen Grund an erster Stelle das natürliche Sittengesetz: vgl. zuletzt JOHANNES PAUL II., Enzyklika *Evangelium vitae*, 1995, Nr. 57: 62 und 65.
29. Darauf hatte auch schon KANT verwiesen: „Der Selbstmord ist aber unerlaubt und abscheulich, nicht deswegen, weil ihn Gott verboten hat, sondern Gott hat ihn verboten, weil er abscheulich ist wegen der Herabsetzung seiner inneren Würde unter die Tierheit.“, in: MENZER Paul (Hrsg.), *Eine Vorlesung Kants über Ethik*, Berlin, 1924: 193.
30. Diese Kritik an den Argumenten von THOMAS und AUGUSTINUS wurde schon von HUME geäußert; vgl. auch HOLDEREGGER, *Grundlagen der Moral...*, S. 223; H. KÜNG „bestätigt“ die Bedeutung der Anerkennung oder Ausklammerung von Sittlichkeit: Denn er versucht zu zeigen, daß sich – auf der Basis einer „alternativen Theorie zur Moral“ – auch der Anspruch auf Selbsttötung bzw. grundsätzlich unbeschränkter Herrschaftsausübung über das Leben „theologisch“ interpretieren und explizieren läßt (KÜNG a.a.O., S. 72).
31. SCHOCKENHOFF, *Ethik des Lebens...*, S. 174.
32. *ibid.*
33. HAMMER F., *Selbsttötung philosophisch gesehen*, Düsseldorf, 1975; EBELING H., „Selbstmord“, in: *HWPPh*, Basel, 1995, 9: 493-499.
34. vgl. MÜLLER, *Tötung auf Verlangen...*, S. 198.
35. *ibid.*
36. vgl. EBELING, „Selbstmord“ ..., S. 497.
37. KANT, *Die Metaphysik der Sitten*, Akad. Ausg. (II. Metaphysische Anfangsgründe der Tugendlehre, Ethische Elementarlehre § 6), Bd. 6, 423: „Das Subject der Sittlichkeit in seiner eigenen Person zernichten, ist eben so viel, als die Sittlichkeit selbst, ihrer Existenz nach, so viel an ihm ist, aus der Welt vertilgen, welche doch ein Zweck an sich selbst ist.“
38. KANT deutet mit der eben zitierten Stelle zwar an, daß die Ablehnung von Sittlichkeit im Grunde die Ablehnung des eigentümlich Menschlichen mit einschließt, führt diesen Schritt aber nicht mehr aus. Er scheint mir aber nicht nur impliziert zu sein, sondern erst die volle Bedeutung des Arguments zu zeigen.
39. vgl. THOMAS VON AQUIN, *Summa Theologiae*, II-II, q.64, a.5; anders bei KANT mit Verweis auf die innere Widerspruchsfreiheit der Natur: „Da sieht man aber bald, daß eine Natur, deren Gesetz es wäre, durch dieselbe Empfindung, deren Bestimmung es ist, zur Beförderung des Lebens anzutreiben, das Leben selbst zu zerstören, ihr selbst widersprechen und also nicht als Natur bestehen würde ...“ (*Grundlegung...*, S. 421f).
40. THOMAS führt unter seinen Argumenten gegen die Selbsttötung den Verstoß gegen das Selbsterhaltungsstreben und die sich selbst geschuldete Liebe an. Die Bezeichnung der Selbsttötung als einer naturwidrigen, d.h. mit der vernünftigen Natur des Menschen unvereinbaren Tat, wird von ihm nicht verwendet. Mir scheint diese Benennung sowohl bei ihm impliziert wie auch der Sache nach zutreffend zu sein. Außerdem schützt das auch dieses Argument vor seiner empiri-

- stisch-naturalistischen Umdeutung und erhält ihm seine Bedeutung.
41. AUGUSTINUS, *De civitate Dei*, I, 20. Das hier vorgetragene Argument bewegt sich im Rahmen der Klärung der Forderungen des Dekalogs und seines fünften Gebotes. Es scheint mir uneingeschränkt gültig zu sein, da es in ihm nicht um die Begründung des sittlichen Tötungsverbotes geht, sondern angesichts seiner Geltung nur um den *Umfang* dieser Geltung. Außerdem gilt es das Verhältnis von Glaube und Vernunft bei AUGUSTINUS richtig zu berücksichtigen (vgl. GOMBOCZ Wolfgang L., *Die Philosophie der ausgehenden Antike und des frühen Mittelalters* (= *Geschichte der Philosophie* in 12 Bd. hrsg.v. W. RÖD, Bd. 4) München, 1997: 311f.): Seine Betrachtung der Forderung als Gebot schließt – gegen die moderner Denkweise – die natürlich-vernünftige Begründung der Forderung bzw. philosophische Argumentation nicht aus. – Deshalb halte ich es für legitim, an den hier enthaltenen philosophischen Hinweis
- anzuknüpfen und auf diese Weise seinen Beitrag in der Begründung des Verbots für die heutige Diskussion aktuell zu halten. – Vgl. auch den Hinweis auf die Strukturgleichheit der Pflichten in: Anm. 11. – Vgl. auch THOMAS V. AQUIN, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, a.5 ; II-II q. 44, a.3, a.7-8 (Selbstliebe als Urbild und Ursache der Nächstenliebe).
42. vgl. auch die ausführliche Behandlung im *Gottesstaat* und im Buch *Über den freien Willen* (AUGUSTINUS, *De civitate Dei*, I, 17-27; *De lib. arb.* III, 17ff., 64ff.); vgl. SPAEMANN Robert, *Freiheit*, in: HWPh, Basel, 1972, 2: 1064-1098, bes. 1081.
43. EBELING, „Selbstmord“...: Hume: Die soziale Verpflichtung erreicht spätestens dann ihre Grenze, wenn das eigene Leben unerträglich wird.
44. ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*, VIII. Buch: *Das Gute wünschen um der Person des Freundes willen*; vgl. die Andeutung *ibid.*, 4. Kap., IX. Buch.
45. vgl. HAMMER, *Selbsttötung...*, S. 52.

Deklaration „Menschenwürdiges Sterben“

In Österreich besteht ein weitgehender Konsens darüber, daß eine Tötung niemals ein menschenwürdiges Sterben bereiten kann. Leider wurde jedoch in letzter Zeit festgestellt, daß dieser Konsens immer wieder angegriffen wird.

Vor rund einem Jahr gab es den ersten Vorstoß zur strafrechtlichen Freigabe der Tötung auf Verlangen (Euthanasie). Eine solche Petition wurde öffentlichkeitswirksam dem Präsidenten des Österreichischen Nationalrates übergeben. Die drei großen Parteien haben sich strikt gegen ein solches Ansinnen gestellt. An der bestehenden gesetzlichen Regelung soll nicht gerüttelt werden. Trotzdem darf man sich nicht täuschen. Auf der einen Seite haben die Verfechter der Euthanasie in den letzten Monaten etliche Veranstaltungen durchgeführt, um das Klima für einen weiteren Anlauf vorzubereiten. Auf der anderen Seite kann man schon den zunehmenden weltweit wirksamen Druck der Medien spüren.

Zur Unterstützung und Stärkung des bestehenden Konsenses haben 50 Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens Österreichs – Vertreter verschiedener gesellschaftlicher Bereiche und Weltanschauungen die folgende Deklaration zur Veröffentlichung unterschrieben.

Das Sterben ist ein Ereignis, das der Mensch nicht wirklich verstehen oder sich vorstellen kann. Sterben ist ein „endgültiges“ Abschiednehmen. Umso mehr besteht für die Mitmenschen des Sterbenden eine humanitäre, brüderliche Verpflichtung, ihm mit dem größtmöglichen Respekt vor seiner Würde, d.h. in Liebe in diesem Lebensabschnitt beizustehen.

Aus dem Wunsch nach „menschenwürdigem Sterben“ scheint zunehmend eine Phrase zu werden. Hinter der vornehmen Umschreibung verbirgt sich das technisch-ökonomische Pro-

gramm einer Kosten-Nutzen-Kalkulation. Eine humanistische Sprache gibt zwar noch die radikale Selbstverwirklichung von der Geburt bis zum Tod vor, jedoch widerspricht die Praxis dem noblen Anliegen. In den USA zeigte Dr. Jack KEVORKIAN, besser bekannt als Dr. Death, die aktive Sterbehilfe im Fernsehen.

Trotz der vorgeblich wohlmeinenden Absicht droht mit der Politisierung aktiver Sterbehilfe die grundsätzliche Regulierung des Lebens. Sie beansprucht mit der Fixierung des Todeszeitpunktes eine Rationalität, an die wir uns im Alltag schon gewöhnt haben. Die Gesellschaft steht wegen ihrer Überalterung vor der drängenden Versuchung, die Ökonomisierung des Lebens bis in den Tod auszudehnen. Die Initiativen für „menschenwürdiges Sterben“ entsprechen mehr oder weniger direkt diesem Anspruch. Mit dem als Recht beanspruchten Programm zur Exekution dieser ökonomisch-technischen Rationalität am Leidenden droht jedoch die Mutation eines „Humanismus“ zur Barbarei.

Unserer Forderung zugrunde liegen die Hilflosigkeit unserer Gesellschaft im Umgang mit den Begriffen Tod, natürliches Sterben, künstliche Lebensverlängerung, präterminale Schmerzbekämpfung und Palliativpflege sowie die Verleugnung und fehlende Akzeptanz des Todes. Dieser läuft Gefahr, von der Gesellschaft völlig ausgeblendet und rationalisiert zu werden. Das Ergebnis ist die Verweigerung des Mitleidens, das Verbergen des Sterbens in Institutionen aller Art und die unmenschliche Vereinsamung der Sterbenden.

Unser Vorschlag geht dahin, alle Mitbürger, Verbände und Behörden unseres Landes aufzurütteln, weil der allfällige Wunsch oder das Verlangen, das Leben selbst zu beenden, ein Alarmsignal dafür ist, daß ein Entsolidarisie-

rungsprozeß konkrete Ausformung angenommen hat: Ein leidender Mensch findet keine *Mitleidenden* mehr auf seinem Weg und möchte sich deshalb „verabschieden“. Dieser Hilferuf darf niemals mit einem einfachen Verlangen nach Ausübung eines vermeintlichen Selbstbestimmungsrechts verwechselt werden. Wahres *Mitleid* kann dieser Verzweiflung nur durch Liebe und Zuwendung des unmittelbaren Umfelds begegnen. Wir fordern unsere Mitbürger, die Verbände, Behörden und politischen Instanzen dieses Landes auf, hier intensiv wahre Lösungen zu suchen und diese, wo notwendig, unter Beibehaltung der bestehenden gesetzlichen Regelungen mit allen zur Verfügung ste-

henden Mitteln zu verwirklichen. Die Zulassung der Tötung auf Verlangen ist nicht zuletzt auch deshalb abzulehnen, weil sie – wie die holländische Erfahrung zeigt – der Tötung gegen den eigenen Willen Vorschub leistet. Die Eliminierung des *Leidens samt Leidenden* kann niemals humanitär und menschenwürdig sein. Die Zulassung einer Tötung auf Verlangen wäre in diesem Zusammenhang die Bankrotterklärung einer zur Solidarität bestimmten Gesellschaft.

Wien, am 15. März 1999

Unterschrieben (e.h.):

Univ.Prof.Dr. Johannes BONELLI, *Wien*
 Altrector Univ.Prof.Dr. Werner BIFFL, *Wien*
 NRPäsident Univ.Prof.Dr. Willi BRAUNEDER, *Wien*
 Dr. Heidi BURKHART, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Franz BYDLINSKI, *Wien*
 Albert FORTELL, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Karl HARNONCOURT, *Graz*
 Univ.Prof.Dr. Marian HEITGER, *Wien*
 Altrector Univ.Prof.Dr. Wilhelm HOLCZABEK, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Oleh HORNYKIEWICZ, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Heinz HUBER, *Wien*
 LTAbg. Wr. GMRVorsitzender Mag. Franz KARL, *Wien*
 Altbundespräsident Dr. Rudolf KIRCHSCHLÄGER, *Wien*
 Landeshauptmann Waltraud KLASNIC, *Graz*
 Univ.Prof.Dr. Reinhold KNOLL, *Wien*
 Mijou KOVACS, *Wien*
 Univ.Prof.DDr. Julius KRAFT-KINZ, *Graz*
 Altlandeshauptmann Dr. Josef KRAINER, *Graz*
 Univ.Prof.Dr. Friedrich KUMMER, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Kurt LENZ, *Linz*
 LH a.D. Hofrat Mag. Siegfried LUDWIG, *Ma. Enzersdorf*
 Univ.Prof.Dr. Gerhard LUF, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Theo MAYER-MALY, *Salzburg*
 IV-Präsident Gen.Dir. DI Peter MITTERBAUER, *Wien*
 Vizekanzler a.D. Dr. Alois MOCK, *Wien*

Prof.Dr. Viktor PICKL, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Herbert PIETSCHMANN, *Wien*
 Altrector Univ.Prof.Dr. Richard PLASCHKA, *Wien*
 Altrector Univ.Prof.Dr. Winfried PLATZGUMMER, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Johannes POIGENFÜRST, *Wien*
 Prof.Dr. Enrique H. PRAT, *Wien*
 Landeshauptmann-Stv. Liese PROKOP, *St. Pölten*
 Landeshauptmann Dr. Josef PÜHRINGER, *Linz*
 Altlandeshauptmann Dr. Josef RATZENBÖCK, *Linz*
 Rektor Univ.Prof. Mag. Dr. Wolf RAUCH, *Graz*
 Generalsekretärin Maria RAUCH-KALLAT, *Wien*
 Amtsführender Stadtrat Dr. Sepp RIEDER, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Kurt SCHMOLLER, *Salzburg*
 LTPräs. Univ.Prof.Dr. Helmut SCHREINER, *Salzburg*
 Altrector Univ.Prof.Dr. Franz SEITELBERGER, *Wien*
 Univ.Prof.DDr. Karl H. SPITZY, *Baden bei Wien*
 Bürgm. Prof.DDr. Herwig VAN STAA, *Innsbruck*
 LTAbg., Mag. Ewald STADLER, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Harald STOLZLECHNER, *Salzburg*
 BM a.D. Altrector Dr. Hans TUPPY, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Werner WALDHÄUSL, *Wien*
 Univ.Prof.Dr. Grete WALTER-KLINGENSTEIN, *Graz*
 LH Dr. Wendelin WEINGARTNER, *Innsbruck*
 Altrector Univ.Prof.Dr. Günther WINKLER, *Wien*
 Barbara WUSSOW, *Wien*
 Altbürgermeister Dr. Helmut ZILK, *Wien*.

„Eine Vertretungspatientin mit der Bitte um ein Suchtgiftrezept“

Frau F.C. kommt an einem heißen Sommertag als Vertretungspatientin aus einem fernen Bezirk in die Hausarztpraxis und erklärt, daß sie einen Spitalsbrief und ein Spitalsrezept mit einer Anleitung zur Verschreibung der Spezialität Vendal Retard habe. Als Begründung für diese Therapie, die nicht ihre einzige ist – sie konsumiert auch Saroten Retard, einen Histamin-H2-Blocker und einige klassische Analgetika – erzählt sie anhaltende Schmerzen nach Laminektomie.

Der Hausarzt ersucht sie um Ausweisleistung, und diese erfolgt durch den Reisepaß. Das Suchtgiftrezept – das erste im Leben des Hausarztes für diese teure und als Konsumdroge verschriene Substanz – wird ausgefertigt. Zu Ende der Besprechung fällt der Blick der Patientin auf eine Kleinpackung Tramal, die am Tisch – zurückgegeben von anderen Patienten – liegt, und sie sagt: „Ich hätte auch gerne etwas gegen meine Kopfschmerzen, verschreiben Sie mir Tramal.“

Das wird abgelehnt, die Patientin verläßt ohne weitere Gespräche die Praxis. Der Hausarzt kommt zu der Meinung, daß in einer Ausendung der Gebietskasse eine Mitteilung zu seiner Patientin enthalten war. Der Name des urlaubsvertretenden Allgemeinarztes findet sich nicht in der Liste des entsprechenden Bezirks. Er ruft die Kasse an: Von dort sendet man ihm per Fax den Vendal-Erlaß vom letzten Herbst, in dem gefälschte Spitalsbriefe im Zusammenhang der Vendal-Verschreibung erwähnt wer-

den. Es wird ihm geraten, dringlich den Erstverschreiber im Spital anzurufen, um weitere Klarheit zu erreichen. Der Diensthabende im Spital ist nicht der Verschreibende, aber gibt gerne Auskunft: Die Patientin hat das Haus schon unter Verwendung von Vendal aufgesucht. Die Abteilung hat eine vorhandene Therapie fortgeschrieben.

Der sehr beruhigte Hausarzt freut sich solange über eine schuldlose Abwicklung dieses Patientenproblems, bis die Patientin am Folgetag erscheint und ihm (trotz vorhandener Rezeptdurchschrift) glaubhaft machen will, daß sie nur eine Kleinpackung von Vendal erhalten habe, während er weiß, daß er ihr die zulässige Höchstmenge von dreißig Stück verschrieben hat. Auch hätte er ihr kein Saroten verschrieben.

Er erklärt, daß er anderer Meinung ist und macht ihr Vorhaltungen. Sie teilt ihm mit, daß er nicht ihren Vorstellungen vom Arzt und vom ärztlichen Handeln entspricht; er teilt ihr mit, daß sie nicht seiner Vorstellung von Patientin und Patientenverhalten entspricht. Sie verläßt die Praxis unter Aufbietung demonstrativer Würde.

Welche Aspekte der Patient(inn)en-Arzt-Beziehung sind in dieser Begegnung grob vernachlässigt worden? Wer hat in dieser rechtlich gut abgesicherten Verschreibefolge Versäumnisse gesetzt? Wie sehr führt maximales (staatliches) Recht zu maximalem ethischen Unrecht?

Kommentar zum Fall: „Eine Vertretungspatientin mit der Bitte um ein Suchtgiftrezept“

Wilhelm STREINZER

Einleitung

Dieser Fall, aus der Praxis eines erfahrenen praktischen Arztes, zeigt die Problematik der Behandlung einer sogenannten Vertretungspatientin, die ein Rezept über ein „Suchtgift“ haben möchte. Die Patientin kann, wenn ihr behandelnder Arzt auf Urlaub oder krank ist, jeden anderen praktischen Arzt als Vertretungsarzt aufsuchen. Frau F.C. will nur ein Rezept, sonst nichts. Der vertretungsweise in Anspruch genommene Arzt, der die Patientin nicht kennt, hat in der kurzen ihm zur Verfügung stehenden Zeit die Diagnose zu überprüfen, zu klären ob die Arzneispezialität indiziert ist, ob es Kontraindikationen oder Interaktionen mit anderen Medikamenten gibt, und er hat in diesem speziellen Fall auch die Rechtslage und die Formalvorschriften zu beachten, die bei Verordnung eines „Suchtgiftes“ vorgeschrieben sind.

Problematik aus der Sicht der Patientin:

Frau F.C. möchte ein Rezept, damit sie ihre laufende Therapie, in diesem Fall eine Schmerztherapie, fortsetzen kann. Ein Spitalsrezept und einen Spitalsbrief, aus dem hervorgeht, daß Schmerzzustände bestehen, die auch durch eine Laminektomie nicht behoben werden konnten, hat sie mitgebracht. Sie nimmt auch andere Medikamente wie *Saroten retard*, verschiedene andere Analgetika und auch, wie ihr bei der ärztlichen Konsultation einfällt, *Tramal* gegen Kopfschmerzen. Zur Legitimation zeigt sie ihren Reisepaß. Aus der Sicht der Patientin müßte dies genü-

gen, um das von ihr gewünschte Rezept zu erhalten.

Problematik aus der Sicht des Arztes:

Der Arzt kennt die Patientin nicht, auch nicht den behandelnden Hausarzt, weil die Patientin aus einem entfernten Bezirk kommt. Er verschreibt der Patientin eine Großpackung *Vendal retard*. Er will ihr die Schmerztherapie nicht vorenthalten, auch den Vorschriften des Gesetzes und der Krankenkasse hat er entsprochen. Er hat einen Spitalsbrief und ein Spitalsrezept gesehen und die Identität von Frau F.C. geprüft.

Es wurde zwar, nach den Ökonomierichtlinien der Kasse, nicht das preisgünstigste Präparat verordnet, da es sich aber um eine Therapiefortsetzung handelt, ist ihm als Vertretungsarzt eine Therapieumstellung nicht zuzumuten. Auch das Präparat an sich, ein starkes Opiat, ist für eine dauernde Schmerztherapie gut geeignet. Morphine verursachen im Gegensatz zu vielen anderen Analgetika keine Organschäden, eine Abhängigkeitsgefahr ist bei den retardierten Formen nicht gegeben und die Patientin ist hinsichtlich der Dosis bereits eingestellt, sodaß eine Atemdepression nicht zu erwarten ist.

Saroten verschreibt er nicht, auch nicht *Tramal* gegen Kopfschmerzen.

Bedenken kommen ihm erst später. Bei der Krankenkasse ist die Patientin nicht als „Suchtgifterschleicherin“ bekannt. Das Spital hat die bereits vorbestehende Therapie nach offensichtlicher Nutzlosigkeit des chirurgischen Eingriffes in Bezug auf die Schmerzen

weiter verschrieben. Damit sind die anfänglichen Bedenken vorerst ausgeräumt.

Problematik aus der Sicht des Gesetzgebers (Suchtmittelgesetz – SMG):

Stark wirksame Opioide sind eine wirkungsvolle und bewährte Therapie gegen chronische Schmerzzustände. Das weiß auch der Gesetzgeber. Verhindert werden soll ein unsachgemäßer Gebrauch, durch Änderung der Galenik und kombinierter Verwendung mit anderen psychotropen Substanzen. Diese modernen retardierten Morphinformen können von Suchtgiftabhängigen so verändert und verwendet werden, daß die gewünschte rasche Anflutung des Opiats erzielt werden kann. Geschützt werden soll nicht nur der Anwender selbst, sondern es soll auch der Verkauf (auf den Schwarzmarkt bringen) dieser Substanzen verhindert werden. Deshalb sind vom Gesetzgeber zahlreiche Hürden bei der Rezeptierung vorgeschrieben worden. Das beginnt schon bei der speziellen Anforderung für die Rezeptformulare, beinhaltet die Vorschriften über die Ausfüllung des Rezeptes, die Beachtung der Tageshöchst Dosen und des Monatsbedarfes und endet in der Stigmatisierung des Patienten, der mit einem solchen Rezept die Apotheke aufsucht.

Diskussion:

Ein suchtmittelverschreibender Arzt steckt in einem großen Dilemma. Ist er zu restriktiv bei der Verordnung von stark wirksamen Opiaten, handelt er unethisch, weil er manchen seiner Patienten eine wirkungsvolle und nebenwirkungsarme Therapie versagt. Ist er zu großzügig mit der Verschreibung, handelt er sich die Kritik mancher Patienten ein, oder er verliert diese an andere Kollegen. „Mein Arzt will mich süchtig machen, mein Arzt gibt mich auf, er hat mir Morphin verschrieben, mein Arzt

will mich vergiften“ um nur einige Patientenmeinungen anzuführen. Oder er handelt sich eine spezielle Klientel ein. Die Information über einen Arzt, der großzügig mit der Verschreibung von „Suchtgift“ ist, spricht sich rasch herum. Im Wartezimmer mehren sich dann die „Patienten“, die nur ein Rezept gegen starke Schmerzen wollen, denn vom Verkaufserlös z.B. des *Vendal retard* auf dem Schwarzmarkt soll man angeblich gut leben können. Eine zu großzügige Verschreibungspraxis, auch wenn sie nur aus Gutgläubigkeit des Arztes erfolgt, hat kassenrechtliche Folgen. Das beginnt bei Rückzahlung der zuviel auf Kassenkosten verordneten Medikamente bis in Höhe von fünfstelligen Schillingbeträgen und endet mit der Vertragskündigung seitens der Kasse. Nach dem seit dem 1.1.1998 geltenden neuen Suchtmittelgesetz (SMG) kann es durchaus zu einer Verurteilung wegen Drogenhandels kommen. Dazu genügt die Verschreibung von mehr als einem Monatsbedarf („Überschreibung“).

Die Bedenken unseres Arztes sind berechtigt. Der erfahrene praktische Arzt hat geahnt, daß etwas nicht stimmt. Der Wunsch der Patientin nach *Vendal retard*, das Mitbringen aller Befunde und auch des Reisepasses zur ärztlichen Untersuchung ist fast zu perfekt. Es wird von keinem Arzt eine detektivische Tätigkeit gefordert, ein gewisses Mißtrauen ist aber jedenfalls angebracht. Es muß dieses Mißtrauen bei der ärztlichen Konsultation ja nicht offensichtlich werden. Ärzte, die Drogenabhängige betreuen, wissen um die zahlreichen Ausreden und Ausflüchte, die keiner Überprüfung standhalten. Es ist in solchen Fällen angezeigt, die Angaben des Patienten zu überprüfen: z.B. bei der Angabe, mehr Schmerzmittel zu benötigen, „weil eine kranke Tante in Graz gepflegt werden muß“ – Adresse und Telefonnummer der Tante geben lassen und einen Anruf über den Gesundheitszustand der Tante ankündigen, bei der Angabe „die Handtasche mit dem Rezept sei gestohlen worden“ – sich die Anzeigestätigung

gung der Polizei zeigen lassen, oder bei der Behauptung „einen längeren Auslandsurlaub zu planen“ – die Buchungsbestätigung des Reisebüros zeigen lassen. Oft erweisen sich dann die Angaben der Patienten als ein „Mißverständnis“, oder die in Verlust geratene Medikamentenschachtel taucht wieder auf. Stellen sich die Angaben des Betreffenden als glaubhaft heraus, kann mit ärztlicher Begründung und Zuweisung zum Amtsarzt eine höhere Menge als der Monatsbedarf erhalten werden, ohne daß der Verschreiber mit dem Gesetz in Konflikt kommt.

Daß die Bedenken des Arztes in diesem Fall gerechtfertigt waren, ergibt sich aus der fast schon typischen Behauptung von Frau F.C. am nächsten Tag, daß er ihr nur eine Kleinpackung von *Vendal* verschrieben hätte. Diese Vorhaltung kann durch die Rezeptdurchschrift entkräftet werden, eine nochmalige Verordnung ist aus rechtlichen Gründen nicht möglich. In diesem Fall müßte die Patientin dies in der Apotheke klären oder dem Amtsarzt glaubhaft machen.

Zusammenfassung und Beantwortung der im dem konkreten Fall gestellten Fragen:

Welche Aspekte sind in der Patientinnen-Arzt-Beziehung in dieser Begegnung grob vernachlässigt worden?

Frau F.C. betrachtet den Vertretungsarzt lediglich als einen Rezeptaussteller, der ihre Wünsche nach den benötigten Arzneimitteln zu erfüllen hat. Eine echte ärztliche Konsultation und ein Eingehen auf ihre Schmerzproblematik wird offensichtlich nicht gewünscht. Der Arzt verschreibt zwar das Opiat, aber aus nicht näher bekannten Gründen nicht das für eine adjuvante Therapie sinnvolle Antidepressivum *Saroten*. Die Krise in der Patientin-Arzt-Beziehung beginnt bereits bei der Nichterfü-

lung der Forderung nach einem Rezept für *Tramal* gegen Kopfschmerzen. Die Patientin merkt, daß ihre Wünsche nicht vorbehaltlos erfüllt werden. Der Arzt läßt sich auf keine Diskussion darüber ein, warum *Tramal* bei Kopfschmerzen nicht indiziert ist.

Die zweite Krise und die Beendigung der Patientin-Arzt-Beziehung durch den Arzt selbst, indem er sie aus der Ordination hinauskomplimentiert, ist der Versuch der Patientin, eine zweite Packung des Opiats zu erhalten. Er hätte ihr die rechtliche Lage anhand seines korrekten Rezeptes (Rezeptdurchschlag!) erklären, und den Weg zum Amtsarzt anbieten können, anstatt der Patientin Vorhaltungen zu machen. Dieses Vorgehen war sicher beabsichtigt, um aus der Sicht des Arztes weitere sinnlose und zeitraubende Konsultationen zu vermeiden.

Wer hat in dieser rechtlich gut abgesicherten Verschreibungsfolge Versäumnisse gesetzt?

Starke Opiate, die wegen chronischer Schmerzzustände regelmäßig einzunehmen sind, sollten als Dauerverschreibung verordnet werden. Das erfordert zwar in regelmäßigen Abständen den Weg zum Amtsarzt, die Probleme des Aufsuchens eines Vertretungsarztes für eine Einzelverschreibung wären damit aber umgangen. Daher ist dieses Versäumnis eigentlich dem Hausarzt der Patientin anzulasten.

Das *Saroten*, als wirkungsvolle adjuvante antidepressive Therapie bei chronischen Schmerzzuständen, welches vor allem die brennende Schmerzqualität bei neurogenen Schmerzen beeinflusst, hätte er rezeptieren sollen.

Wie sehr führt maximales (staatliches) Recht zu maximalem ethischen Unrecht?

Eine Patientin mit Schmerzen, unabhängig davon ob es sich um einen Tumorschmerz oder um Schmerzen anderer Genese handelt, hat das Recht auf eine adäquate Therapie. Die ethische

Verpflichtung des Arztes ist es, dieser Patientin zu helfen und nicht aus Angst vor dem SMG eine wirkungsvolle Behandlung zu unterlassen. Diese Therapie ist im Rahmen der Gesetze durchaus möglich, wenn die Spielregeln – manche mögen es auch als Schikanen bezeichnen – eingehalten werden.

Ein Arzt aber, der sich nur um des ethischen Handelns willens über Gesetze hinwegsetzt, weil er, nur um keinen Patienten eine Therapie vorzuenthalten, mit der Verordnung von Suchtmitteln zu großzügig ist, ist kein guter Arzt. Gesetze sind Gegebenheiten, die zu respektieren sind. Man kann versuchen, Gesetze

zu ändern und kann auch über diese diskutieren, aber man kann sie nicht wegdiskutieren.

Ein zu gutgläubiger Arzt nützt seinen Patienten nicht, wenn er wegen Drogenhandels verurteilt wird und ihm die Berufsberechtigung entzogen wird.

Dann kann er leider überhaupt keinem Patienten mehr helfen.

*Prim. Dr. Wilhelm STREINZER, HNO-Facharzt,
allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter
Sachverständiger, Krankenhaus St. Elisabeth,
Landstraßer Hauptstr. 4a, 1030 Wien*

„Kindesmißbrauch – Kindesmißhandlung“

Rupert KLÖTZL

Dieser Thematik war am 12. Juni 1999 in der Gesellschaft der Ärzte eine Veranstaltung der Reihe Collegium publicum gewidmet. Erschreckend die Zahlen, die der Gynäkologe Prof. Werner GRÜNBERGER vom Krankenhaus Rudolfstiftung brachte. 5-8% aller Kinder haben in irgend einer Form mit Mißbrauch zu tun, davon 80% Mädchen. Zwei Drittel der Kinder sind bis zum dritten Lebensjahr betroffen mit einer Häufung bei Adoptiv-, Pflege- und Stiefkindern. „Täter sind vor allem Männer in mittleren Lebensjahren, Menschen mit Kontaktschwierigkeiten, insbesondere gegenüber dem anderen Geschlecht. Innerhalb von Familien ist der Vater-Tochter-Inzest am häufigsten“ (GRÜNBERGER).

Prof. Karin GUTIERREZ-LOBOS, Leiterin der Psychotherapie in der Strafanstalt Mittersteig, brachte weitere Zahlen. Bei sexuellem Mißbrauch sind 95% der Täter Männer. Die Gesamtzahl der Verurteilungen ist seit 1975 etwa konstant. Die Rückfallsquote ist mit 13,4% (von 23.400 dokumentierten Fällen) nicht sehr hoch. Das Rückfallsrisiko bleibt aber Jahrzehnte bestehen, und es ist umso höher, je jünger der Täter bei der Ersttat war. 40-50% der Täter wurden selbst mißbraucht. Von den Verurteilten gelangen nur ca 3% in den Maßnahmenvollzug und erhalten damit psychotherapeutische Hilfe. 50% werden zu Freiheitsstrafen verurteilt, wo sie während der Haft keinen Anspruch auf Therapie haben.

Sicher ist also, daß in Familie und Schule, von behördlicher wie von therapeutischer Seite alles Menschenmögliche in guter Kooperation getan werden muß, um vorzubeugen und die Kinder zu schützen. Den Betroffenen muß geholfen, und so weit wie möglich muß das Wiederholungsrisiko minimiert werden.

Dazu ist zunächst wichtig, bei begründetem Verdacht richtig zu reagieren. Vermutet man eine Mißbrauchssituation, besteht vor allem die Gefahr, aus Abscheu und Wut zu rasch eingreifen zu wollen, noch bevor man sachkundigen Rat eingeholt und Sicherheit und Überblick gewonnen hat.

Mit Nachdruck wies der Psychotherapeut Bernhard SOMMERGRUBER darauf hin: „Wollen wir dem Kind helfen, bedarf es einer für uns ungewohnten Langsamkeit.“ Er formulierte Grundsätze der Intervention bei Verdacht:

- Vorerst nicht mit der Mutter oder dem Vater reden. Das könnte den Druck auf das Kind erhöhen.
- Detaillierte Aufzeichnungen über alle Auffälligkeiten des Kindes körperlicher oder geistig-seelischer Art, über auffällige Aussagen aller Beteiligten.
- Polizeiliche Anzeige zunächst nur bei akuter Gefährdung. Die Prozeduren der Einvernahme sind zu bedenken, und daß das Kind weiterhin mit dem Täter zusammenleben muß, da Anzeigen in den meisten Fällen zu keiner Verurteilung führen.
- Mit einer einschlägigen Institution zusammenarbeiten und
- große Vorsicht, bevor man andere Personen ins Vertrauen zieht.
- Die ersten Interventionsschritte sind am wichtigsten und müssen stimmen. Die Hilfe muß langfristig angelegt sein und nicht unbedingt von einem persönlich geleistet werden.

Das direkte Ansprechen eines Patienten bei Verdacht muß grundsätzlich sehr gut überlegt sein. Es kann dabei vieles aufbrechen. Hat der Arzt dann nicht die Zeit und fachliche Kompe-

tenz, die Problematik richtig zu bearbeiten, kann das die Situation eher verschlechtern als verbessern.

Prof. Max FRIEDRICH, Neuropsychiater des Kindes- und Jugendalters, erläuterte die psychopathologische Problematik. Diese besteht vor allem darin, daß es im Zusammenhang von Kindesmißbrauch und sexueller Kindesmißhandlung „kein einheitliches Syndrom gibt, das aufgrund einer bestimmten wiederkehrenden Symptomenkonstellation Gewißheit für Ereignisse und Erlebnisse des Kindes erlaubt.“ Die Symptome sind je nach Alter verschieden und immer unter entwicklungs-, verhaltens-, und tiefenpsychologischen Aspekten zu sehen. Nur die genaue Beobachtung der Veränderung von einem bestimmten Ausgangspunkt hinsichtlich des Verhaltens, des Sprachgebrauchs, symbolischer Versuche, etwas auszudrücken, hilft weiter. Es kann auch das Bewußtsein verändert, eigentümlich somnolent und die Orientierung beeinträchtigt sein. Besondere Schwierigkeiten birgt auch der von den Erwachsenen völlig unterschiedliche kindliche Zeitbegriff. Prof. FRIEDRICH wies auch darauf hin, daß nicht nur körperliche Übergriffe das Kind traumatisieren. Intellektueller Terror durch Abverlangen von Leistungen unter Drohung verursacht seelische Qualen, ebenso emotionaler Mißbrauch und soziale Gewalt durch lieblose Behandlung, fehlende Liebe, Wärme und Herzlichkeit und Androhung der Ausstoßung aus dem gemeinsamen Verband. Nur Fakten, so Friedrich, helfen weiter. Die Interpretation soll man den Sachverständigen überlassen. Täter müssen verfolgt und letztlich gerichtlich überführt werden. Bedenklich sei aber das Ergebnis einer neuen Studie, wonach 50% der Mütter nach einem Verfahren erklärten, sie würden nicht noch einmal eine Anzeige machen. „Da läuft etwas schief.“

In der Therapie der Täter geht es laut Prof. GUTIERREZ-LOBOS vor allem um eine Stärkung des sozialen Netzwerkes, die Aufnahme von Beziehungen und auch um die Berücksichti-

gung des Alkoholmißbrauches. Dieser spielt eine große Rolle, wird aber oft nicht in der Therapie mitbehandelt. Bei der Rückfallsprophylaxe kommt es auf ein rechtzeitiges Erkennen gefährlicher Situationen und auf ein Durchbrechen der Delikt- und Rückfallkette an. Nichtbehandelte werden deutlich häufiger rückfällig. Neuerdings werden auch die neuen Antidepressiva bei Impulskontrollstörungen mit Erfolg eingesetzt. Eine antiandrogene Behandlung oder gar eine Kastration (in Österreich verboten) bringen wissenschaftlich nachgewiesenermaßen nichts. Die Sexualität ist zu komplex und kanalisiert oft nur Störungen in einem anderen Bereich.

Es ist evident, daß alle Beteiligten jede nur mögliche Anstrengung zur Verhinderung von Mißbrauch und Gewalt unternehmen müssen. Im Strafrecht wurden in den letzten Jahren die Altersgrenze für sittliche Gefährdung herabgesetzt, pornografische Darstellungen mit Unmündigen strafbar gemacht, und die Verjährungsfrist für bestimmte Delikte an Kindern und Jugendlichen wird erst mit der Erreichung der Volljährigkeit des Opfers zu laufen beginnen. Neu ist auch das bedingte Zeugnisentschlagungsrecht für mutmaßliche Opfer, die zum Zeitpunkt der Vernehmung das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und daher besonders gefährdet sind. Sie werden durch das Verfahren neuerlich belastet.

Wichtig zu beachten ist auch, daß das neue Ärztegesetz 1998 nicht mehr die sofortige Meldepflicht an die Sicherheitsbehörde bei Verdacht auf Kindesmißbrauch vorsieht. Nunmehr heißt es, daß der Arzt bei entsprechendem Verdacht „ermächtigt ist, hierüber persönlich Betroffenen oder Behörden oder öffentlichen Dienststellen Mitteilung zu machen, wenn das Interesse an dieser Mitteilung das Geheimhaltungsinteresse überwiegt.“ Der Arzt muß die Meldung, sofern diese „zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Wohls der betroffenen Person erforderlich ist“, bei Minderjährigen an den zustän-

digen Jugendwohlfahrtsträger erstatten. Damit soll nach den erläuternden Bemerkungen des Ministeriums sichergestellt werden, daß die Anzeige im Einzelfall anhand fachlich therapeutischer und weniger anhand juristischer Kriterien gemessen wird.

„Aufklärung über die Umstände, die zur Entstehung von Gewalt führen, Angebot und Ausbau von Behandlungseinrichtungen, Vernetzung und Kooperation aller mit Opfern und Tätern befaßten Behandlungsstellen sind zur effizienten Prävention unerläßlich“ (GUTIERREZ-LOBOS).

Bei aller Unsicherheit der Statistik – in diesem Bereich gibt es ja hohe Dunkelziffern – ist doch auch klar zutagegetreten, wie zentral eine

nicht nur nach außen, sondern wirklich gute und harmonische Familie ist. Auch die Politik ist also ganz wesentlich aufgerufen, die Familie zu stärken. Hier ist gesellschaftspolitisch derzeit viel zu vermissen. Wenn auch die Zahlen der Mißbrauchsfälle in den letzten Jahrzehnten etwa gleich geblieben sind, so hat doch laut Prof. FRIEDRICH „der ‘Zeitgeist’ an der Form des ‘Prädisponierten’ sicher mitbeigetragen.“

Es sind Abgründe der menschlichen Natur, die sich hier auftun. Umso entschlossener müssen alle Lager zusammenhelfen und umso weniger dürfen Ideologien maßgeblich sein.

*Dr. Rupert KLÖTZL, Arzt für Allgemeinmedizin
Premreinergerasse 26/4, A-1130 Wien*

NACHRICHTEN

Das Gesetz für assistierten Selbstmord wird in Oregon selten zur Anwendung gebracht

15 Sterbenskranke haben sich in Oregon in Anwendung des Gesetzes für assistierten Selbstmord im ersten Jahr seit seinem Bestehen das Leben genommen. Oregon ist der erste US-Staat, der so ein „Death With Dignity Act“ beschlossen hat (verabschiedet 1994 und 1997 durch Wahlen wiederbestätigt). Gegner des Gesetzes befürchteten, daß hunderte oder tausende Bürger des Staates die Gelegenheit nützen würden, sich tödliche Dosen von Barbituraten verschreiben zu lassen, aus Angst, der Familie finanziell zur Last zu fallen oder aus Furcht vor unerträglichen Schmerzen.

Dem gegenüber stellten Forscher fest (publiziert in *New England Journal of Medicine*, 1999), daß von jenen 23 Patienten, die das Gesetz nutzten, 6 vor Einnahme der todbringenden Mittel starben und 2 überlebten, während kein einziger die finanzielle Belastung als Grund angab, und nur einer Schmerzen befürchtete. Das Hauptmotiv war Furcht vor Verlust der eigenen Autonomie und der Kontrolle über die Art und Weise ihres Sterbens.

Genauso wenig bestätigten sich Vorhersagen von verpfuschten Selbsttötungsversuchen. Die Durchschnittsdauer bis zur Bewußtlosigkeit lag bei 5 Minuten, bis zum Eintreten des Todes waren es 26 Minuten (15 Minuten bis 11,5 Stunden). Die Patienten, die sich selbst töteten waren nicht unverhältnismäßig arm oder ungebildet. Ihr Durchschnittsalter betrug 69 Jahre, 13 hatten Krebs, 52% waren

Männer. Die verschreibenden Ärzte waren auf verschiedenste medizinische Bereiche spezialisiert und hatten lange Berufserfahrung. Interessant ist, daß viele Ärzte die Anwendung des Gesetzes verweigern, 6 der Patienten mußten mehr als einen Arzt kontaktieren, bevor sie einen fanden, der ihnen die tödliche Dosis verschreiben wollte.

The Lancet, Vol. 353, 7. März 1999

Gentherapie zur Behandlung von Fettleibigkeit

Wissenschaftler der University of Florida haben – nach eigenen Angaben – erfolgreich Gentherapie zur Kontrolle von Freßlust bei fettleibigen Tieren eingesetzt. Tests an Menschen sind aber erst in einigen Jahren zu erwarten. Dennoch träumt Sergei ZOLOTUKIN, Professor für Molekulargenetik, schon jetzt „vom Essen, soviel man will, und man bleibt schlank“. 54% der erwachsenen Amerikaner sind übergewichtig. Die Behandlungskosten (gemeinsam mit Bluthochdruck, Herzkrankheiten und Diabetes) betragen etwa \$ 45 Milliarden jährlich.

Die Wissenschaftler injizierten in Mäuse und Ratten Gene zur erhöhten Produktion eines appetitzügelnden Stoff, das körpereigene Leptin, ein Protein, das von Fettzellen produziert wird und den Appetit durch Signale ins Gehirn zurückhält. Dieser Prozeß ist bei Fettleibigkeit oft so gestört, daß die im Gehirn ausgesonderten Appetit anregenden chemischen Stoffe (Neuropeptide) bewirken, daß auch bei hohem Leptin-Spiegel das Hungergefühl nicht unterdrückt werden kann. Klinische Versuche an Menschen werden nicht geneh-

ligt, bevor die Forschung nachweisen kann, daß diese Gentherapie sicher und ohne Nebenwirkungen ist.

Presseausendung der University of Florida, 10. 6. 1999

Nierentransplantate von lebenden Spendern reduzierten Langzeitpflegekosten

Nach einer im vergangenen Mai abgeschlossenen Studie der Washington University School of Medicine, St. Louis, bei 50.000 Nierentransplantatempfängern wird bestätigt, daß die Dialysebehandlung viel teurer ist. Die Gesamtpflegekosten der ersten 5 Jahre nach einer Nierentransplantation vom Lebenden sind um ca. \$ 47.000 niedriger als eine 5-jährige Dialysebehandlung. Nieren Verstorbener (gegenwärtig die häufigste Organquelle) reduzieren die Kosten um ca. \$ 19.000. Die Dialyse kann die Funktion einer Niere nicht voll erfüllen; die Patienten werden krankheitsanfälliger. Die Hälfte der gespendeten Nieren von Lebenden funktioniert noch nach 15 Jahren, die Nieren von Verstorbenen arbeiten im Schnitt etwa 10 Jahre lang. Es ist zu hoffen, daß diese Studienergebnisse zu vermehrten Organspenden führen. Nierenspenden kommen meist von Verwandten oder Ehepartnern von Patienten. Familienmitglieder können aber nicht immer spenden; besonders trifft das bei Frauen zu, die während der Schwangerschaft eine Unverträglichkeit gegen Gewebe ihres Ehemannes oder ihres Kindes entwickelt haben.

Presseausendung der Washington University School of Medicine, 20. 5. 1999

US-Richter verbietet HIV-infizierter Mutter das Stillen

Ein Richter des Staates Oregon, USA, hat einer HIV-infizierten Mutter verboten, ihr Kind zu stillen. Bei einer Schwangerschaftsuntersuchung (im 6. Monat) wurde eine Infektion mit HIV diagnostiziert. Die Mutter weigerte sich jedoch anzuerkennen, daß HIV Aids verursache. 3 Wochen vor der Geburt ihres Kindes setzte die Mutter die Antiretrovirus-Medizin ab und verweigerte alle weiteren Injektionen. Als sie aber auf dem Stillen ihres Babys bestand, erwirkte das Krankenhauspersonal durch einen Gerichtsbeschluß eine zeitweilige Verfügung, dies zu unterlassen. Vor Gericht argumentierten die Eltern, sie hätten das Recht auf eine freie Entscheidung, wie sie ihr Kind aufziehen wollten. Der Staatsanwalt brachte dagegen vor, es bestünde kein Zweifel, daß eine HIV-Infektion zu Aids führe und durch Muttermilch übertragen werden könne; der Staat müsse eingreifen, wenn Eltern eine schlechte Entscheidung treffen.

The Lancet, Vol. 353, 1. 5. 1999

Die Wirkungslosigkeit der Bluthochdruck-Behandlung

Der Mißerfolg bei Therapien von Bluthochdruck ist in der Hälfte aller Fälle auf die Nichteinnahme der Medikamente zurückzuführen. Einen weiteren Beweis lieferte Prof. Dr. Michel BURNIER, Universität Lausanne, auf der Jahrestagung (Mai 1999) der American Society of Hypertension durch Forschungsergebnisse mit Hilfe einer elektronischen „pill-box“. „Ohne elektronische Registrierung von Zeit und Datum jedes Öffnens und Schließens der Medikamentendose könnten die Patientengewohnheiten nicht korrekt identifiziert werden“, erklärte BURNIER. „Das führt oft zu falschen

Schlüssen, wie der Verschreibung von stärkeren Mitteln, was sinnlos ist, wenn sie der Patient nicht nimmt.“ Hoher Blutdruck ist bei jedem vierten Amerikaner der Hauptgrund für Herzkrankheiten und Schlaganfall. Der „eDEM Monitor“, entwickelt von AARDEX Ltd., registriert die Pillenentnahmedaten in einem Microchip und überträgt sie in einen Computer.

Noonan/Russo Communications, 21. 5. 1999

Gesundheitsvorsorge für ältere Menschen wird in Europa vernachlässigt

Nach einem Bericht des Europarates bei einem Kongreß über „Älterwerden im 21. Jahrhundert“ (Athen, 22. - 23. 4. 1999) werden Patienten über 65 Jahren in vielen Ländern Krebsuntersuchungen aus epidemiologischen Gründen verweigert. Es wird befürchtet, daß hinter den medizinischen Argumenten finanzielle Gründe stecken. Ebenso müssen ältere Patienten auf Spitalsbehandlung (nicht tödlicher Krankheiten, wie z.B. der Ohren, Augen und der Gelenke) länger warten als jüngere Patienten.

Die Minister des Europarates beschlossen, daß Geriatrie ein Teil jeder Ausbildung für Mediziner und Berufe im Gesundheitswesen und zu einer vollgültigen Spezialisierung werden solle. Sie befürworteten eine bessere Koordination zwischen Spitälern, Gemeindeverwaltungen und lokalen Gesundheitsdiensten und wiesen alle Arten von Diskriminierung Älterer bezüglich dem Zugang zur Krankenbehandlung zurück.

The Lancet, Vol. 353, 1. 5. 1999

Gentherapie gegen Schmerzen

Wissenschaftler des „National Institute of Health“ bekämpfen chronische Schmerzen mit einer neuarti-

gen Gentherapie, die auf das Rückenmark abzielt. Einer Studie des National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR) und der University of Pennsylvania zufolge, werden die schmerzstillenden Gene anstatt direkt in das Rückenmark in das umhüllende Gewebe injiziert. Von dieser strategischen Stelle aus können die Gene ihren Wirkstoff herauspumpen, viele Nerven damit baden und die Reichweite ihrer schmerzstillenden Wirkung erhöhen. Dr. Mike IADAROLA, Leiter des „NDCR-Neuronal Gene Expression Unit“ erklärte, „Tierversuche hätten gezeigt, daß Gene von den verbindenden Gewebezellen, die das zentrale Nervensystem umgeben, ohne weiteres aufgenommen werden. Mit den richtigen Genen könnte diese Methode weite Anwendungsmöglichkeiten eröffnen, z.B. für Schmerzkontrolle, bei Rückenmarkverletzungen, bei multipler Sklerose und Parkinson.

Zum Transport des Gens wurde ein Adenovirus in die Spinalflüssigkeit injiziert. Innerhalb von 24 Stunden begannen die Hüllenzellen Beta-Endorphin auszusondern. Das Rückenmark wurde als Ziel für das Beta-Endorphin-Gen nicht nur wegen der leichten Erreichbarkeit gewählt, sondern weil es die erste Stelle ist, die Schmerzsignale zum Gehirn leitet.

Wie bei anderen Versuchen, bei denen Adenoviren zum Transport der Gene eingesetzt wurden, war die Wirkung des Beta-Endorphins nicht dauerhaft. Nach Spitzenwerten nach 3-7 Tagen fiel sie nach 15 Tagen dramatisch ab. Dennoch sind die Forscher optimistisch, daß ein verbesserter Vector eine einzige Injektion ermöglichen wird, die zu lang anhaltender Genproduktion nicht nur von Beta-Endorphin führt, sondern auch von Genen zur Behandlung einer Vielzahl von Rückenmark- und Gehirnerkrankungen.

Human Gene Therapy, 1. 5. 1999

Anstieg der Abtreibungen in Deutschland

Die Zahl der Abtreibungen in Deutschland hat im Vorjahr geringfügig zugenommen. Insgesamt wurden 131.795 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet, 0,7% mehr als im Vorjahr. Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, ging in 97% der Fälle eine Beratung voraus, Indikationen waren in drei Prozent die Begründung für eine Abtreibung. Am häufigsten wurden Abbrüche in Berlin vorgenommen, gefolgt von Bremen, Hamburg und Sachsen-Anhalt.

Die Hälfte der Frauen waren zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs verheiratet, 4% minderjährig. Die Abtreibungen wurden den Angaben nach zu 89% ambulant vor allem in gynäkologischen Praxen vorgenommen. Das Bundesamt erklärte, es sei davon auszugehen, daß nicht alle Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland gemeldet würden. Zudem flossen die Abtreibungen deutscher Frauen im Ausland nicht in die Statistik ein.

Von den Frauen in der Bundeshauptstadt Berlin reisten nur 0,7% in andere Bundesländer, um sich dort dem Eingriff zu unterziehen. Das war im bundesweiten Vergleich die niedrigste Zahl an Abbrüchen außerhalb der Landesgrenzen. Dagegen wurden 33% der Abtreibungen an Rheinland-Pfälzerinnen in einem anderen Land vorgenommen. In Bayern wählten 4,1% der Frauen ein anderes Land für den Eingriff.

Stuttgarter Zeitung, 27. 5. 1999

Die Geschlechtskrankheiten unter den britischen Jugendlichen nehmen zu

Die Gesundheitsbehörden warnen, daß die sexuelle Promiskuität ein steigendes Risiko für künftige

Sterilität sein kann. Das British Medical Journal vom 14. Mai 1999 veröffentlichte einen Bericht über „die Sexual-Gesundheit bei Jugendlichen in England und Wales“.

1996 wurden unter den Jugendlichen zwischen 16 und 19 Jahren 2272 Fälle von Gonorrhoe diagnostiziert, das ist gegenüber 1995 ein Anstieg um 34% bei Frauen und 30% bei Männern. Ebenso traten Chlamydieninfektionen, die durch einfachen Sexualkontakt übertragen werden, und die Verruca genitalis (Feigwarzen) vermehrt auf.

Diese Ansteckungen können Beckenentzündungen, Krebs, Sterilität und andere Komplikationen auslösen.

1996 gab es 86.174 Schwangerschaften bei Jugendlichen unter 20 Jahren, von denen 55.878 zu Geburten und 30.299 zu Abtreibungen führten. Das bedeutet gegenüber dem vorausgegangenen Jahr um 14,5% mehr Abtreibungen bei Jugendlichen unter 16 Jahren und 12,5% mehr bei Jugendlichen zwischen 16 – 19 Jahren. Die Mutterschaft nahm ebenfalls um 6,7% bzw. um 4,6% zu.

Zu diesem Bericht meinte die Staatssekretärin für Gesundheitswesen, Tessa JOWELL, „es sei traurig, daß sie das große Risiko nicht kennen“. Um eine Epidemie zu vermeiden, will das Ministerium eine Kampagne einleiten, um die Jugendlichen zum Arztbesuch zu veranlassen, bevor die Schäden irreversibel werden. Die Sterilität ist eine Gefahr, die offensichtlich alle unterschätzen.

Acepresa 79/99, 26. 5. 1999

Sterbebegleitung: Krankenkassen zahlen für mobiles Caritas-Hospiz

Das mobile Hospiz-Team der Caritas, das Sterbensranke und deren Angehörige zuhause in vertrauter Umgebung betreut, steht vor einer

soliden finanziellen Absicherung: Die Wiener Krankenkassen sind nun erstmals bereit, einen Teil der Kosten zu übernehmen. Ein entsprechender Vertrag mit der Wiener Caritas soll demnächst unterzeichnet werden. Deren Direktor Michael LANDAU bezeichnete den Kassenvertrag in einer Stellungnahme als „echten Durchbruch“.

Bisher wurden die Kosten von rund sieben Millionen Schilling über Spenden und eine Subvention der Gemeinde Wien abgedeckt. Nun sollen zu den vier zugesprochenen Millionen der Gemeinde drei von seiten der Krankenkassen kommen. Spendengelder werden aber weiterhin benötigt, um das Leistungsangebot für die Betroffenen erhöhen zu können: Gerade bei betreuungsintensiven Fällen soll es in Zukunft ermöglicht werden, die ärztliche Rufbereitschaft auch in der Nacht sicherzustellen.

LANDAU konnte kürzlich bei einem Rückblick auf „Zehn Jahre Mobiles Caritas Hospiz“ auf beeindruckende Zahlen verweisen: Mehr als 1.900 Schwerranke wurden in diesem Zeitraum betreut. Das Anfangsteam von fünf haupt- und zehn ehrenamtlichen Mitarbeitern hat sich inzwischen auf acht Diplompflegerpersonen, je drei haupt- und ehrenamtlich tätige Ärzte, sowie weitere 50 unentgeltlich Mitwirkende ausgeweitet. Im Vorjahr wurden 401 Sterbensranke mit einem Durchschnittsalter von 68 Jahren im Schnitt je 30 Tage betreut. Diese Hilfe wird allen unheilbar Kranken mit absehbarer beschränkter Lebenserwartung geboten, unabhängig von ihrer Nationalität, Religion oder finanziellen Situation. Die Betreuung sei grundsätzlich gratis, Spenden würden gerne angenommen („Erste“, Kto.Nr. 068.22.088, Kennwort „Mobiles Caritas Hospiz“).

KATHPRESS-Tagesdienst, Nr. 142 vom 25.6.1999

Bevölkerungskontrollgelder sollen in Hinkunft nicht zur Förderung der Abtreibung eingesetzt werden

Fünf Jahre nach der Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung in Kairo prüfte im Rahmen der Generalversammlung der Vereinten Nationen (30.6. bis 2.7.) eine Sondersitzung, wie weit die Vorhaben von Kairo erfüllt wurden. Sondersitzungen im Februar in Den Haag und im März in New York zeigten, daß das Hauptanliegen des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (FNUAP) das Auftreiben von Finanzmitteln für den Fonds bildet.

Das Schlußdokument von Kairo sieht bis zum Jahr 2000 für die „reproduktive Gesundheit“ in den Entwicklungsländern Ausgaben in

der Höhe von jährlich 17 Milliarden Dollar vor, von denen ein Drittel aus den Entwicklungsländern stammen soll, die aber bisher nur 2 Milliarden Dollar jährlich bereitgestellt haben. Das ist vor allem auf die Tatsache zurückzuführen, daß die USA gegenwärtig keine Beiträge leisten, weil der Kongreß die Finanzierung von Organisationen mit Bundesmitteln untersagt, wenn diese die Abtreibung befürworten. Obwohl die FNUAP weiterhin Initiativen zur Legalisierung und Finanzierung von Abtreibungen betreibt, erklärte sie bei der letzten Generalversammlung in einer Pressekonzferenz, daß sie Abtreibungen nicht fördere, sondern vermeide, indem sie Verhütungsmittel und Aufklärung über Familienplanung bereitstellt. Bei der Pressekonzferenz wurde die Gründung eines FNU-

AP-Komitees für die USA bekanntgegeben. Dieses Komitee soll die wirtschaftliche und politische Unterstützung der USA wiedererlangen. Wichtigste Promotorin ist die demokratische Abgeordnete Carolyn MALONEY, die im Kongreß einen Antrag auf Wiederaufnahme der Finanzierung einreichte. Sie argumentierte, daß die Bevölkerungsprogramme im Interesse der Welt und der USA lägen, denn die Schäden des rasanten Bevölkerungsanstieges würden sich auf die USA übertragen. Die Familienplanung sei kein kontroverses Thema mehr und private Zuwendungen, wie jene von Ted TURNER, Bill GATES, ROCKEFELLER oder MACARTHUR seien wichtig, könnten aber die Beiträge der USA nicht ersetzen.

Acepresa Nr. 55/99, 14.9.1999

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

6. Jahrgang Heft 3, 1999

Editorial

Impressum

Beiträge:

Felix WALLNER: Auswahl von Berwerbern um Kassenstellen aus der Sicht des EU-Rechts

Georg GAISBAUER: Die körperliche und geistige Eignung zum Lenken von Fahrzeugen im Spiegel der Rechtsprechung

Helmut VINATZER: Checklist: Bestimmung der Kurienzugehörigkeit

Neues aus Gesetzgebung und Verwaltung:

§ 3 Abs 2 lit a KAG gesetzeskonform

Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 1999

Novelle zum Medizinproduktegesetz

Novelle zum HebammenG, Gesundheits- und KrankenpflegeG, BG über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, BG über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfe sowie zum RezeptpflichtG

56. ASVG-Novelle

RdU RECHT DER UMWELT

Wien, Zeitschrift in Deutsch

6. Jahrgang Heft 3, 1999

Editorial

Beiträge:

Volker MAUERHOFER: Das Schutzgebietssystem „Natura 2000“ nach den Richtlinien 79/409/EWG („Vogelschutz-Richtlinie“) und 92/43/EWG („Fauna-Flora-Habitat-Richtlinie“);

Wilhelm BERGTHALER, Martin NIEDERHUBER: Abfallverbrennung: Die neuen Verordnungen nach AWG und GewO (2. Teil);

Josef UNTERWEGER: Was ist Contracting?

Rechtsprechung:

Europarecht: Naturschutz: Vertragsverletzung eines Mitgliedstaats – Erhaltung der wildlebenden Vogelarten – Besondere Schutzgebiete;

EuGH in Leitsätzen:

Pflanzenschutzmittelrecht: Genehmigung für das Inverkehrbringen eines aus einem Mitgliedstaat des EWR oder einem Drittland importierten Pflanzenschutzmittels – Übereinstimmung mit einem im Einfuhrmitgliedstaat bereits zugelassenen Pflanzenschutzmittel – Beurteilung der Übereinstimmung – Ermessen des Mitgliedstaats;

Verwaltungsrecht:

Gewerberecht: Zurechenbarkeit von „Verkehrslärm“;

Wasserrecht: Wasserpolizeiliche Aufträge bei Deponie;

Abfallwirtschaftsrecht: Verhältnis von Gewerberecht und Abfallrecht;

VwGH in Leitsätzen:

Luftfahrtrecht: Parteistellung von Anrainern in Sicherheitszonen;

Gewerberecht: Gesundheitsschutz bei weiterer Immissionsquelle;

Gewerberecht: Verhältnismäßigkeit von nachträglichen Auflagen;

Bergrecht: Übergang zum MineralrohstoffG;

Strafsachen:

Fahrlässige Umweltbeeinträchtigung: Potentielle Gefahr für einen Fischbestand; größeres Gebiet; Übernahmefahrlässigkeit; teilbedingte Strafnachsicht;

Zivilsachen:

Nachbarrecht: Nachbarrechtlicher Ausgleichsanspruch analog § 364a ABGB setzt individuellen behördlichen Rechtsakt voraus;

Nachbarrecht: Nachbarrechtlicher Ausgleichsanspruch analog § 364a

ABGB auch bei nicht behördlich genehmigten Anlagen (hier Holzschlägerung);

Amtshaftung: Sanierungsarbeiten nach einem Tankwagenunfall im Rahmen mittelbarer Bundesverwaltung nach § 31 Abs 3 WRG sind hoheitliche Tätigkeiten

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

1999/3

Editoriale: In merito alla legge sulla fecondazione artificiale

J. HERRANZ, Il rapporto tra Etica e Diritto nella Enciclica Evangelium Vitae;

A. SURBONE, The ethical challenge of genetic testing for breast cancer;

L. PALAZZANI, Per una giusta distribuzione delle risorse secondo la bioetica personalista;

J. BONELLI, D.H. PRAT, N. AUNER, R. BONELLI, Brain death: understanding the organism as a whole;

D.M. TORALDO, La ventilazione meccanica non-invasiva a domicilio: aspetti medico-legali, deontologici e bioetici;

REVISTA CUADERNOS DE BIOETICA. Santiago de Compostela, Spanien

Quartalschrift in Spanisch

Vol. IX, N° 38, 2° 1999

Presentación:

Rafael Junquera de ESTÉFANI: El nuevo paradigma ético y su colisión con el avance científico;

Tema de estudio: Biodiversidad y Bioética:

- José Pérez ADÁN: Biodiversidad, naturaleza y sociedad. Hacia una nueva fundamentación bioética;

- José Miguel HERNÁNDEZ: La evaluación de la biodiversidad: perspectivas;

- Sensio CARRATALA: La manipula-

ción evolutiva: una visión desde la biología;

- José Rafael BLESA: Biodiversidad y terapia génica;

- Angela APARISI, José López GUZMÁN: Biotecnología y patentes: reto científico o nuevo negocio?;

Colaboraciones:

- Aurelio GONZÁLEZ HERRERA: Aproximación bioética desde lo abstracto a lo concreto;

Recursos y utilización de los medicamentos:

- Isaac ARIAS: Escasez de recursos y dispensación de medicamentos: la bioética como ayuda a la eficiencia en farmacoterapia;

- Luis Matos ESPINO: Organización y métodos para garantizar el principio de beneficencia en la utilización de medicamentos;

Enfermería, fundamentación y docencia:

- Valéria LERCH: La gobernabilidad como materialidad de la Ética;

- M^a Antonia FERNÁNDEZ LAMELAS: Preparación bioética de los futuros profesionales de Enfermería;

Derecho:

- Paloma CHORRO, Letizia GRITA: Lenguaje y antilenguaje en algunos textos jurídicos europeos sobre el aborto;

- M^a Victoria BAQUERO DURO: Las enfermedades contagiosas: aspectos jurídicos y éticos de su transmisión consciente;

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

7. Jahrgang Heft 2, 1999

Leitartikel:

Martin KALINOWSKI, Katrin BORCHERING, Wolfgang BENDER: Die Langfristlagerung hochradioaktiver Abfälle als Aufgabe ethischer Urteilsbildung (II);

Peter FONK: Schwangerschaft auf Probe? Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik als ethische Herausforderungen (II);

Hans J. MÜNK: Nachhaltige Entwicklung (Sustainable Develop-

ment) als Leitbild der Technikgestaltung: Problemaufriss zur ethischen Urteilsbildung am Beispiel der Informations- und Kommunikationstechnik;

Wlfrid LOCHBÜHLER: Die ökologische Frage im gemeinsamen Wort der Kirchen zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland „Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit“ (1997)

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol 24 No. 2, 1999

E. HAavi MORREIM: Bioethics and the Press;

Albert ROSENFELD: The Journalist's Role in Bioethics;

Judith ANDRE, Leonard FLECK, and Tom TOMLINSON: Improving Our Aim;

James LINDEMANN NELSON: Bioethics as Several Kinds of Writing;

Martyn EVANS: Bioethics and the Newspapers;

Kenneth GOODMAN: Philosophy as News: Bioethics, Journalism, and Public Policy;

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 29 No. 2, 1999

Contributors

From the Editor

Letters

Capital Report: Joanne SILBERNER: Turning Pages, If Not Heads;

William M. SULLIVAN: What Is Left of Professionalism after Managed Care?;

Amitai ETZIONI: Medical Records: Enhancing Privacy, Preserving the Common Good;

Case study: What Happens Next?: Commentaries by Tina BAKER and Colleen COOPER;

At law: Alexander MORGAN CAPRON: Good Intentions;

Perspective: Richard D. LAMM: Redrawing the Ethics Map; Review: Joseph J. FINN: In a Survivor's Voice;

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.

Quartalsschrift in Italienisch Vol. 8 (1999), fasc. 1 Gennaio/Giugno

Editoriale: Fede e ragione

Studi:

Sergio BELARDINELLI: Individuo e bene comune nella società complessa;

David GALLAGHER: Thomas Aquinas on Self-Love as the Basis for Love of Others;

Alejandro G. VIGO: Intelecto, pensamiento y conocimiento de sí. La estructura de la autoconciencia en Plotino (V 3);

Note e commenti:

Federica BERGAMINO: La necessità assoluta nell'essere creato in Tommaso d'Aquino. Sintesi ragionata di Contra Gentiles II, c. 30;

Lynn CATES: A Note on Two Modal Propositions of Burleigh;

Lawrence DEWAN: St. Thomas and the Causes of Free Choice;

Giorgio FARO: Menzogna e verità: un problema risolto? Commento ad una tesi del filosofo Antonio MILLÁN-PUELLES;

Antonio MALO: El sentimiento en la Noología d Zubiri;

Victor SANZ SANTACRUZ: Dos conversos frente a Spinoza: Stensen y Burgh ante el Tratado teológico-político;

Javier VILLANUEVA: Le spiegazioni scientifiche dell'evoluzione;

ANNUARIO FILOSOFICO Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch

XXXI/3, 1998

Urbano FERRER: Introducción;

Estudios:

Francisco J. SANCHO: Filosofía y vida: el itinerario filosófico de Edith STEIN;

Karl-Heinz LEMBECK: De la crítica a

- la mística. Edith STEIN y el neokantianismo de Marburgo;
Hans Rainer SEPP: La postura de Edith STEIN dentro del movimiento fenomenológico;
Beate BECKMANN: Fuera, ante las puertas de la Iglesia: libertad y vínculos en S. WEIL y E. STEIN;
H.-B. GERL-FALKOVITZ: La cuestión de la mujer según Edith STEIN;
Peter SCHULZ: Persona y génesis. Una teoría de la identidad personal;
Fernando HAYA: Los supuestos fenomenológicos y el realismo metafísico en el pensamiento de Edith STEIN;
Urbano FERRER: Temporalidad e historia en E. STEIN;
ETHICS & MEDICINE, USA, London GB.
Quartalsschrift in Englisch
Vol.15:2 1999
Henk JOCHEMSEN: Guest Editorial: The Christian Heritage in Cure and Care;
Arlene B. MILLER, RN, MDiv: A Worldview for Nursing;
Judith Allen SHELLY, RN, DMin;
Bart CUSVELLER, Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut: Professional Responsibility in Nursing Theory and Practice;
Dónal P. O'MATHÚNA, PhD: „Why me, God;“ Understanding Suffering;
John KEOWN, MA, DPhil: „Double Effect“ and Palliative Care: A Legal and Ethical Outline;

DAS STERBEN DER ANDEREN – EIN LIBERALES PARADOXON?

Humanismus, Demokratie und Sterbehilfe

Peter MOESCHL

Wiener Vorlesungen. Picus Verlag

Wien 1999

68Seiten

ISBN 3-85452-368-8

Peter MOESCHL legt in diesem Buch eine politisch-philosophische Reflexion dar, welche die ethische und juristische Argumentation zur Ablehnung der direkten Euthanasie sehr stark unterstützt. In der Euthanasiedebatte ist die politisch-philosophische Perspektive noch nicht sehr entwickelt. In die Diskussion werden vor allem ethische, juristische, psychologische und soziologische Argumente eingebracht. Scheinbare und vielleicht auch tatsächlich unvereinbare Positionen, vor allem auf der ethischen und auch auf der juristischen Ebene, prallen aufeinander. Die Fronten sind starr geworden, und es mangelt immer mehr an Offenheit gegenüber der jeweils anderen Position. Insofern ist eine andere Perspektive sicherlich sehr zu begrüßen. Sie vermag die Diskussion aufzulockern und produktiver werden zu lassen.

Der Autor legt die kulturellen und demokratiepolitischen Hintergründe des Pro-Euthanasie-Gedankens offen. Auf der kulturellen Ebene denunziert er einen verschleierte Terror der Tüchtigen und Gesunden. Es hat sich die allgemeine Einstellung zum Leben als Prozeß in die Vorstellung von ewiger Gesundheit und jugendlicher Fitneß gewandelt. Im Selbstbild des Menschen ist der Körper in etwa eine Maschine, die dauernd zu funktionieren hat. So hat der Mensch tüchtig und gesund zu sein. Das reduzierte Leben der Kranken oder der Behinderten wird dementsprechend nicht akzeptiert. Für das eindimensionale Leistungsstreben der Tüchtigen und Gesunden ist der Gedanke an das Sterben schrecklicher als an den Tod. „Soll-

ten die Tüchtigen ihre Lebensansprüche an sich selbst nicht mehr verwirklichen können, so würden sie auch sich am liebsten abschalten. Dieses rigide Lebenskonzept möchten sie zu einem allgemein-gesellschaftlichen Anspruch erheben, nach dem sich jeder zu richten hätte.“ Es wird eine „strukturelle Gewalt“ ausgeübt, ein Terror der Tüchtigen und Gesunden (SS 19-25).

Auf der demokratiepolitischen Ebene versucht der Autor am Thema Sterbehilfe zu zeigen, wie ein abstrakter Liberalismus sogar eine autoritäre gesellschaftliche Praxis entstehen lassen kann. „Das Paradoxon der liberalen Haltung zur Sterbehilfe manifestiert sich in dem erhobenen Rechtsanspruch. Zu einer konkreten Artikulation dieses Rechtsanspruches ist nämlich eine verallgemeinerte Bewertungsgrundlage für die individuelle menschliche Existenz erforderlich. Nur so kann das Sterberecht des einzelnen der Gesellschaft überantwortet werden.... Gerade durch eine allgemeine Bewertung der menschliche Existenz wird aber die Grundlage des Humanismus pervertiert; sie entmündigt das Individuum in seiner autonomen Bewertung des eigenen, und sei es auch noch so reduzierten Lebens“(SS 25-33). Das liberal-autoritäre Paradoxon entsteht und verfestigt sich dadurch, daß von den zugrundeliegenden Problemen abstrahiert wird. Liberalität wird als eigener abgehobener Wert gehandhabt, der zum überzogenen Individualismus führt. Der Liberalismus geht von einem idealisiert gedachten Individuum aus, das in jeder Lage und zu jedem Zeitpunkt Herr seiner Lage sein kann, und ignoriert die Realität der sich immer wieder neu in einer voll Ängsten, Verunsicherungen und Erwartungen geprägten Auseinandersetzung mit der anderen sich konkret vollziehenden Formung des Individuums. „In Grenzsituationen ist auch der mitunter im Zustand unmittelbarer Verzweiflung geäußerte Sterbewille von Patienten verständlich und nachvollziehbar. Am wenigsten ist dieser

Wille aber ein Ausdruck von individueller Freiheit“.

Für MOESCHL bedeutet die zentrale Stellung, die der demokratische Humanismus dem Individuum zuerkennt, „nicht nur Freiheit, sondern ebenso Verantwortung – und das im besonderen in der Sorge des einzelnen um sich selbst. In eben dem genannten Sinn darf also das Individuum auch nicht aus seiner Subjektivität, weder der Entscheidung noch der Handlung, entlassen werden“. Man kann in diesen Sätzen des Autors auch eine in postmoderner Sprache verfaßte Definition der Würde, die eine Sterbehilfe ausschließt, erkennen (SS 33-37).

Der passiven Sterbehilfe widmet der Autor einen weiteren Abschnitt des Buches (SS 37-42). Hier ist zu bedauern, daß er eher die strafrechtliche Terminologie annimmt, obschon nicht ganz konsequent. Eigentlich bezeichnet er als „passive Sterbehilfe“, was in der Ethik üblicherweise „indirekte Sterbehilfe“ genannt wird. Ethisch relevant ist die Unterscheidung in direkte und indirekte Euthanasie. Diese Unterscheidung ist viel schärfer als die zwischen aktiv und passiv; denn direkte Euthanasie ist immer absichtliche Tötung und verwerflich; indirekte Sterbehilfe ist dagegen die Handlung mit einer in Kauf genommenen nicht direkt beabsichtigten tödlichen, und daher nicht verwerflichen Folge. Ein Tun oder ein Unterlassen sagt noch nichts über die Sittlichkeit der Handlung aus. Das Abstellen des Respirators ist zwar ein aktives Tun, das aber je nach Situation und Absicht eine indirekte Tötung sein kann und daher legitim ist. Was der Autor im Grunde anzusprechen scheint, ist die im klinischen Alltag sehr belastende Thematik des Behandlungsabbruches, für welchen im ethischen Bewußtsein unserer Gesellschaft und in der geltenden Rechtsordnung noch keine klaren brauchbaren Kriterien vorhanden sind.

MOESCHL läßt die Frage nach der Lösung des liberalen und demokratischen Paradoxons in der Praxis ziemlich offen – man kann allerdings nicht alles thematisieren. Auf der einen Seite

wird der Respekt der Subjektivität der liberalen Demokratie vorgezogen, auf der anderen Seite aber pervertiert der Liberalismus diesen Respekt und wandelt die Freiheit in ihren Schein um. Nun, dieses Paradoxon läßt sich nicht politisch-philosophisch lösen. Eine Lösung erfordert doch eine anthropologisch-philosophische Grundlage, die jenseits einer subjektiven Überzeugung liegen muß. Gerade die Betonung des bekannten Ausspruchs, daß einem weder der Liberalismus noch die Demokratie die eigene Voraussetzung verdanken können (Böckenförde), könnte als Hinweis des Autors gedeutet werden, daß es irgendwo hinter den subjektiven Überzeugungen einen Kern von Gegebenheiten geben soll, die als Kriterium, zwischen sachlichen und unsachlichen Überzeugungen zu unterscheiden, angenommen werden müssen. Das Problem und gleichzeitig die Grenze der in der Demokratie so gepriesenen Diskursethik, die auf einer liberal-pluralistischen Grundlage entstanden ist, ist wohl die, daß sie letztlich nicht individuelle existentielle Probleme zu lösen, sondern nur aufzuschieben vermag. Sie hat den Diskurs als Methode und als Ziel nicht das Gute, sondern den Konsens. Anstatt das Gute zu suchen, um dann darüber den Konsens zu bilden, suchen die Liberalen den Konsens und benennen ihn als das Gute um! Eine kategorische Ablehnung der Euthanasie ist z.B. nicht begründbar, wenn der Selbstmord als eine legitime Alternative der Subjektivität betrachtet wird. Aber die Unsittlichkeit der Selbsttötung kann sicherlich nicht in einem politisch-philosophischen Diskurs argumentiert werden.

In den kurzen Ausführungen dieses Buches läßt MOESCHL auf beeindruckende, aber sehr nüchterne und sachliche Weise, seine reiche chirurgische Erfahrung einfließen. Alles in allem: Es handelt sich um ein fachphilosophisches Buch eines erfahrenen Mediziners, der einen wertvollen Beitrag zur interdisziplinären Diskussion dieses brisanten Themas leistet.

E.H. PRAT

STERBEHILFE – HANDELN ODER UNTERLASSEN?

Franz Josef ILLHARDT / Hermann Wolfgang HEISS / Martin DORNBERG (Hrsg.):

Schattauer Verlag – Stuttgart, New York 1998
156 Seiten

ISBN 3-7945-1839-X

Das Buch präsentiert die Referate einer medizinischen Fortbildungstagung¹. Ziel der Tagung war es, sich dem Problem der Sterbehilfe einerseits in klarer Abgrenzung zu den Thesen SINGERS, aber andererseits offen und undogmatisch zu nähern und zu diskutieren (vgl. ILLHARDT Einleitung).

Die Auswahl der Vortragenden und ihre Beiträge deckt ein breites Spektrum der Disziplinen ab; vertreten sind auch eine Reihe praktizierender Ärzte aus den verschiedenen Bereichen, die auch eine gegenseitige Vertiefung von Theorie und Praxis fördern soll. Auch die Gliederung drückt das mit „I. Fragen an die Theorie, II. Fragen an die Praxis, III. Fragen der Umsetzung“ aus; am Anfang der einzelnen Abschnitte steht jeweils eine ausführliche Einleitung (ILLHARDT).

Der erste Teil umfaßt v.a. drei Beiträge: die Darstellung der moralphilosophischen Debatte von LEIST, sowie eine historische Einordnung der Sterbehilfedebatte von LEVEN und WEHKAMP über Therapieverzicht als Dilemma ärztlichen Entscheidens. – Der zweite Teil beschäftigt sich ausführlich mit der holländischen Situation, stellt die Hospizbewegung im allgemeinen wie im besonderen in den Niederlanden vor und behandelt die Palliativmedizin; den Schluß bilden Überlegungen von ILLHARDT zu Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung. – Den dritten Teil bilden zwei Beiträge: im einen versucht BIRNBACHER zu zeigen, inwiefern es ein Recht bzw. eine Pflicht zur Sterbehilfe geben kann; KOCH geht der Frage der Strafwürdigkeit aktiver Sterbehilfe nach.

Einige Bemerkungen noch zu den Beiträgen von LEIST und BIRNBACHER: Das Verdienst von

Leist ist es, einen kurzen Einblick in die aktuelle moralphilosophische Diskussion zu vermitteln. Abgesehen von einer Skizze von Deontologie und Konsequentialismus formuliert er konkrete „Gebote“ dieser Positionen wie auch der „Autonomieorientierten Lehre“ und diskutiert sie kritisch. Ausführlich widmet er sich dem Unterschied von „Tun und Unterlassen“, welcher oft als Kriterium zur Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe angeführt wird; er referiert die nützlichen Hinweise von FOOT, daß es eigentlich um ein Tun und Geschehen-Lassen gehe, welches sich in der Urheberschaft und auch in der Art der Pflichten (positive bzw. negative) unterscheidet. LEIST versucht, die Schwierigkeiten der deontologischen und der konsequentialistischen Position zu zeigen; bezüglich des dritten Ansatzes meint er, daß dieser nur entfaltbar sei, wenn mit Selbstbestimmung die Fähigkeit zur Selbstbestimmung gemeint ist und der Begriff der Fähigkeit breit, und zwar mit Blick auf den antiken Begriff des Charakters oder der Tugend, gefaßt wird.

Doch trotz vieler interessanter Hinweise fehlt mir in der Darstellung Entscheidendes: nämlich die Klärung der Begriffe und eigenen Voraussetzungen. Der Verzicht darauf fördert undurchschaute Scheinprobleme und Umdeutungen: So wäre LEIST darauf aufmerksam zu machen, daß eine „Moral uneingeschränkter Lebensschutzes“ nichts mit deontologischer Ethik zu tun hat, sondern deren Umdeutung ist; so würde man Aufschluß darüber erwarten, welche Voraussetzungen dazu führen, daß der Konsequentialist keinen Unterschied zwischen Tun und Unterlassen sieht, und aufgrund welcher Voraussetzungen diese Unterscheidung innerhalb der traditionellen Unterscheidungen und Kriterien deontologischer Ethik überhaupt eine Rolle spielt – jedenfalls ließe sich erläutern, daß auch hier der äußerliche Ablauf der Handlung selbst (aktiv-passiv) für das moralische Urteil belanglos ist und der Streit darüber ein Scheinproblem ist.

Wo also diese kritische Reflexion fehlt, ist leider vor allem für den unvorbereiteten Leser Verwirrung und Verstellung des Problems die Folge. Der von LEIST gut gemeinte Verzicht auf die Erörterung von Grundlagen und die Beschränkung auf Konkretes und Faßbares und seine Beschreibung führt zum Gegenteil dessen, was beabsichtigt ist: Sie ist nicht nur eine neue, allerdings unbedachte Grundposition, sondern löst auch nichts, denn sie reproduziert ständig nur ihre unbedachten Vorurteile. Dagegen schafft die Klärung der Begriffe und Voraussetzungen Übersicht und ist für das Einzelproblem auch im Ethischen im Grunde schon die Lösung.

Derselbe unkritische Umgang mit den eigenen Voraussetzungen und der Diskussion von Argumenten findet sich exemplarisch auch im Beitrag von BIRNBACHER. Seine Kritik an der mangelnden ethischen Unterscheidbarkeit zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe und einer darauf gründenden Zuschreibung als moralisch unerlaubt bzw. erlaubt, ist zutreffend. Doch übersieht er, daß er – wenn überhaupt – nur einen verkürzenden Sprachgebrauch bzw. falsche Schlüsse aus richtigen Unterschieden kritisiert hat. Der Grund dafür ist, daß BIRNBACHER gar nicht die deontologische Begründung der moralischen Qualifikation der Sterbehilfe kritisiert, sondern bloß das, was unter seinen eigenen konsequentialistischen Voraussetzungen ihm so erscheint und was es dann auf dieser Basis bedeutet. Damit wird aber das Spezifische der Argumente, ihr Begründungszusammenhang, wie die entsprechende Bedeutung und der spezifische Stellenwert (z.B. von Folgen oder Absichten) für die moralische Beurteilung deontologischer Ethik einfach ausgeklammert.

Solche unkritischen Beiträge sind zwar symptomatisch für die Debatte; das Unbehagen, das sie auslösen, sollte aber nicht in Resignation münden, sondern die rückhaltlose Frage nach den Voraussetzungen des eigenen Denkens einfordern, damit diese im Gespräch den anderen aufgewiesen und ihnen verständlich

gemacht werden können. Wie auch dieses Buch zeigt, haben wir diesbezüglich in der Ethikdebatte noch einen weiten Weg.

L. JUZA

GRENZFRAGEN DER ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG

Wolfgang MAZAL (Hrsg.)

Manz – Wien 1998

56 Seiten

ISBN 3-214-06596-3

Der vorliegende Band behandelt anhand von drei verschiedenen Beiträgen ein sehr aktuelles Thema, mit dem Ärzte und Juristen täglich konfrontiert werden. Es geht um die Frage der Grenzen einer medizinischen Behandlung, und zwar um jene Grenzen, die vom Patienten selbst aufgrund religiöser Überzeugungen, vorübergehender Bewußtlosigkeit, mangelnder Einsicht oder der schlichten Lebensmüdigkeit bzw. -angst gesetzt werden. Der Arzt hat es in diesen Fällen mit einem Kranken zu tun, den er eigentlich heilen könnte, der sich jedoch nicht heilen läßt oder nicht in der Lage ist, seine Zustimmung zu dieser Behandlung zu geben.

Wem soll hier der Vorrang gegeben werden: Dem Wohl oder dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten? Wie WEISSAUER in seinem Beitrag andeutet, welcher sich mit der Problematik der Behandlungsverweigerung und der fehlenden Einwilligungsfähigkeit nach dem Deutschen Recht auseinandersetzt, ziehen die österreichischen Gesetze das Wohl des Kranken vor, während in Deutschland dessen Wille entscheidend ist. Demzufolge werden österreichische Ärzte mehr als ihre deutschen Kollegen von Gesetzes wegen geschützt (vgl. S. 12) und darüber hinaus, wenn sie ohne schwereres Verschulden handeln, privilegiert. Im Gegensatz dazu kann der deutsche Arzt strafrechtlich sogar im Falle einer leichten Fahrlässigkeit zur Verantwortung gezogen werden.

Der Ausgangspunkt dieses Themenbereiches wird durch das Postulat dargestellt, daß jeder Heileingriff in die körperliche Integrität der Einwilligung des Patienten bedarf, was natürlich im Prinzip zu begrüßen und in einem Rechtsstaat sogar als richtig zu beurteilen ist. Die Schwierigkeiten beginnen bei der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten überhaupt und dessen Aufklärung, die der Arzt vorzunehmen hat; inwieweit die verpflichtende Aufklärung stattzufinden hat, wieviel „Wahrheitsgehalt“ diese beinhaltet, wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist, und ob der Kranke psychisch darauf vorbereitet ist, sind alles Fragen, die dem behandelnden Arzt überlassen sind. Um so schwieriger wird die Frage, wenn der bereits aufgeklärte Patient seine Behandlungseinwilligung aus oft vielleicht irrationalen Gründen verweigert. WEISSAUER gelingt es, eine ausgezeichnete Darlegung aller mit dieser Thematik zusammenhängenden Fakten zu präsentieren und Lösungen für den behandelnden Arzt zu bringen: Die Einwilligung bei Minderjährigen, der nicht willensfähige Erwachsene, der Suizidpatient, die dringenden Fälle, bei denen kaum noch Zeit ist, um auf eine Einwilligung zu warten etc. Alle diese Fälle werden genau studiert und mit Feingefühl dem Wohl des Patienten gegenüber behandelt. Die Maxime „*in dubio pro vita*“ bringt für die sogenannte „Grauzone“ des medizinischen Alltags eine für den Arzt klärende Haltung.

Sehr interessant sind die Ausführungen über das Patiententestament und die Vorsorgevollmacht (vgl. S. 22-23), alles Möglichkeiten, die der Patient hat, um rechtzeitig, und zwar schon im voraus seinen Willen bei Eintritt der Willensunfähigkeit durch Krankheit, Unfall etc. schriftlich festzulegen.

Ein sehr konkreter Fall der Behandlungsverweigerung wird im zweiten Beitrag dieses Bandes von MAZAL selbst behandelt, und zwar betrifft es die Rechtsfragen der ärztlichen Behandlung von Zeugen Jehovas. MAZAL zeigt

Kompetenz und Erfahrung in der Behandlung dieser Thematik und eine gewisse Sensibilität für die betreffende religiöse Gruppe.

Bekanntlich verbietet die religiöse Überzeugung den Zeugen Jehovas aufgrund verschiedener Interpretationen von Bibelstellen die medizinische Behandlung mit Blut; lediglich die Infusion von blutfreien Plasmaexpandern halten sie für zulässig. Hier unterscheidet der Autor gleich zwei Problemkomplexe, die sich daraus ergeben: einerseits die Frage der Zulässigkeit einer Behandlung ohne Blut überhaupt, und andererseits die denkmögliche Reaktion des Arztes, der sich weigert, solche Patienten zu behandeln, was im Widerspruch mit der Behandlungspflicht des Arztes stehen würde. Nach der Auffassung von MAZAL muß das erste Problem im österreichischen Recht (cfr. § 22 Abs. 1 ÄrzteG) nach den „Regeln der ärztlichen Kunst“ gelöst werden; diese stellen das Maß dar, nach dem der Arzt zu handeln hat (vgl. S. 36 f.). Was die Behandlungspflicht betrifft, so stellt der genannte Autor fest, daß „die Behandlungspflicht unzweifelhaft ist, wenn der Arzt zur Behandlung eines Menschen in drohender Lebensgefahr gerufen wird, ... um erste Hilfe zu gewähren“ (S. 42) und außerdem unterstreicht er, daß „die öffentliche Krankenanstalt die Aufnahme eines Zeugen Jehovas, der vom Träger der Krankenanstalt eingewiesen wird, nicht verweigern darf“ (ebenda).

Vielleicht geht dem Leser bei dem vorliegenden Beitrag eine Patentlösung für solche Konflikte ab. Tatsächlich sind noch viele diesbezügliche Fragen weiterhin offen und nach dem Eindruck, den man gewinnt, dem Einzelnen „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ vollkommen überlassen. Es fragt sich, ob es richtig ist, nach Patentlösungen bei so komplexen Gebieten zu suchen.

Schließlich ist der dritte Beitrag BRANDSTETTER zu verdanken, der sich mit dem Thema der Begrenzung medizinischer Behandlungspflicht durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten auseinandersetzt. Zunächst einmal werden

allgemein die Komplikationen erwähnt, die aus der Bejahung zweier Prinzipien entstehen können: das des Selbstbestimmungsrechts der Patienten und das der Behandlungspflicht des Arztes, die in der Praxis als Gegeninteresse sehr oft kollidieren. BRANDSTETTER lobt in diesem Zusammenhang die österreichischen Strafgerichte, die in schwierigen Fallkonstellationen und Extremsituationen sehr zurückhaltend sind.

Der Autor betont, daß in den letzten Jahren eine klare Wertsteigerung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und eine darauffolgende Begrenzung der Behandlungspflicht beim Gesetzgeber stark zu spüren sind; im Gegensatz zur früheren patriarchalischen Prägung, die der Arzt genoß, fällt der jetzige Trend mehr in Richtung Aufwertung des Willens des Kranken auf. Dies sei so, so BRANDSTETTER, ob die Ärzte es für richtig halten oder nicht, denn über Gesetze kann man sich nicht hinwegsetzen.

Einen der interessantesten Teile dieses letzten Beitrags stellt das Kapitel bezüglich der Behandlungspflicht des Arztes bei Suizidpatienten dar. Selten kommen in der Medizin solche Extremfälle wie in dem Fall vor, wo sich der Arzt, wenn er den Willen des Patienten respektiert, nach § 78 StGB wegen „Mitwirkung am Selbstmord“ strafbar machen kann.

Obwohl er auf die herrschende Lehre hinweist, die bei den Suizidpatienten die Willensbildung – weil pathologisch einzustufen – nicht ernst zu nehmen hat, vertritt BRANDSTETTER eine persönliche Meinung, die leider nicht eindeutig für das Leben ist, sondern dazu neigt, auf den Willen des Patienten auch in diesen Fällen zu achten.

Zusammenfassend kann man den Band als interessant für Mediziner und Juristen empfehlen; wahrscheinlich werden Leserkreise aus anderen Fächern nicht so viel mit dem Buch anfangen können.

A. LLUCH

STERBEHILFE IM SÄKULAREN STAAT

Norbert HOERSTER

Subrkamp – Frankfurt am Main 1998

200 Seiten

ISBN 3-518-28977-2

HOERSTER konstatiert das geringe Argumentationsniveau in den Fragen nach den „Grenzen des Lebens“. Er bemängelt weitgehend stereotyp plakative Etiketten (Hippokratischer Eid, Doktor Tod, NS-Zeit), die durch Wiederholung überzeugen wollen. Zumeist wird von diesen Topoi auf soziologische Feststellungen geglitten (Umfrageergebnisse, Dokumentationsfragen der Zahl von Sterbehilfe im Dunkel- und Offenbereich, Mutmaßungen über mögliche Auswirkungen von Gesetzesänderungen). Das alles spricht nicht für eine solide Argumentationslage.

HOERSTER geht von der Option für Selbstbestimmung als letztem Bezug der Argumentation aus. Das Leben ist für ihn kein Geschenk von Gott. Das führt HOERSTER jedoch nicht zu der Annahme, das Leben sei wie ein bürgerliches Recht zu beanspruchen. Vielmehr ist das Lebensrecht eines jeden ein Abwehrrecht, das vor Tötung schützt.

Im Sinne der Selbstbestimmung sind die Interessen leitend, die lebende Menschen „mit ihrem Leben verbinden können“ (S. 104). Der Interessensgesichtspunkt gilt auch für die Gesellschaft als ganzes. Grundsätzlich geht der Lebensanspruch des einzelnen an die Gesellschaft so weit, wie „die Gesunden im Wege der Abwägung ihrer eigenen mittel- und langfristigen Interessen bestimmen, was sie im Zustand der Gesundheit für sich selbst im Falle späterer Krankheit aufzuwenden willens sind“ (S. 122).

Das Leben des einzelnen ist also nicht pure Selbstbestimmung des einzelnen. Rahmenbedingungen ökonomischer Natur, die sich im Zuge kostspieliger medizin-technologischer Entwicklung einspielen, werden zur Grenze des Lebens. Sie stehen der Irreversibilität jedes einzelnen Todes gegenüber. HOERSTER setzt

nun auf möglichst rationale Regeln angesichts des schweren Leidens vieler, die in ihrem Leben „keinen Sinn“ mehr sehen. Nicht leicht macht er es sich mit der Sinnlosigkeit, die unsere Gesellschaft bedroht. Für HOERSTER läßt sich ein hohes Maß an Sinnlosigkeit im Leben und Leiden durch kein wie auch immer geartetes Beglückungsprogramm wegdiskutieren. Damit steht er in einer würdigen Denktradition seit der Antike. Nicht ökonomische Interessen der Gesellschaft oder Dritter (z.B. erbschleichender Angehöriger) stehen im Vordergrund der Überlegungen von Sterbehilfebefürwortung, selbstredend.

Ein Patient im Zustand schweren unheilbaren Leidens soll auf ausdrücklich geäußerten Wunsch hin, der nach freier und reiflicher Überlegung und im vollen Wissen um alle Implikationen zustandekommt, von einem Arzt getötet werden können. HOERSTER lehnt die ihm sophistisch anmutenden Unterscheidungen von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe grundsätzlich ab. In allen Fällen handelt es sich um ein Eingreifen, das den Tod des Pateinten zumindest in Kauf nimmt. Die Intentionrichtung des Handelns (z.B. Schmerzlinderung), die den Tod in Kauf nimmt, ist sekundär. Theologisch-argumentative Kompromisse werden obsoletiert.

Können wir HOERSTERS klarer Gedankenführung bis hin zur Konsequenz der ihm vorschwebenden Regelungen folgen? Die Antwort darauf wird weniger von den zusätzlich zur Gedankenlinie vorgetragenen Beobachtungen zur Behandlungshoheit des Patienten, zu den Patientenverfügungen von Todes wegen usw. abhängen. Entscheidend scheint m.E. die Option, mit der HOERSTER sich der Grauzone nähert, in die ein möglicherweise straffrei bleibendes Handeln des Arztes, das grundsätzlich illegitim ist, eingreift. „Eine engumrissene Erlaubnisnorm aktiver Sterbehilfe, die in ihrer Begründung rational nachvollziehbar ist, dürfte in der Realität leichter zu befolgen sein, als die unterschiedslose Verdammung jeder aktiven

Sterbehilfe“ (S. 136). Rechtlich geregelte Sterbehilfe soll also möglicherweise grassierenden Akten illegaler Sterbehilfe Einhalt gebieten.

Großes Vertrauen setzt HOERSTER in die Stabilität der positiven Rechtsordnung und die Professionalität der Ärzteschaft. Er plädiert für verstärkte medizinisch-ethische Ausbildung. Offen ist, ob unter den tendenziell stets labilen Bedingungen des Rechtsstaates – zumal im Medienzeitalter – und unter der probleminnovativen Kraft der technologischen Entwicklung, die ja keineswegs konsenspflichtig ist – wie LUHMANN scharfzünftig bemerkte – von einer Stabilität des Rechtsstaates ausgegangen werden kann. Immerhin handelt es sich um die Überantwortung der professionellen Hoheit über Leben und Tod an das positive Recht. Denken wir daran, daß die Abschaffung der Todesstrafe mit einer bewußten Delegitimierung der positiven Gesetzgebung in diesem sensiblen Bereich zusammenhängt. Wir dürfen nicht die Augen vor der Zeittendenz verschließen, die mit der allgemeinen Ökonomisierung des Lebens zu Gewaltbereitschaft, zu riskantem Freizeitverhalten, zum Todeskult, ja zum Selbstmord verführt. Martin WALSER wünschte sich, daß jeder seinen Tod „legal, organisiert, einwandfrei“ bestimmen könne. Eine Bestimmung, die dem Tod im KZ entsprochen haben könnte. In der Tendenz zur Legitimierung aktiver Sterbehilfe (oft mit Mitleidsfloskeln garniert) erkennen wir eine Zurücknahme des Abwehrrechtes auf Leben, bestenfalls eine Nachlegitimierung der technologisch-ökonomischen Systemarroganz. Dem Abwehrrecht auf Leben ist grundsätzlich besser gedient mit einem strikten Tötungsverbot auch im Bereich der Sterbehilfe. Die Grauzone illegitimer Eingriffe verschwindet nicht durch rechtliche Regelungen. Sie muß gegebenenfalls dem Richteranspruch widerstehen. Alles kommt dann auf den Richter an und dessen Ethos – vorausgesetzt, wir leben im Rechtsstaat.

H. KOHLENBERGER

EUTHANASIE. EINE THEOLOGISCH-ETHISCHE UNTERSUCHUNG

Markus ZIMMERMANN-ACKLIN

Universitätsverlag Freiburg, Schweiz 1997, Herder Verlag Freiburg/Wien

489 Seiten

ISBN 3-7278-1148-X (Univ. Verlag),

ISBN 3-451-26554-0 (Herder)

Auch entschiedene Gegner der Euthanasie anerkennen, daß nicht immer und unbedingt die schiere Lebensdauer des Patienten zu maximieren ist. Dies betrifft vor allem den Verzicht auf bestimmte Techniken der Krisenmedizin (z.B. künstliche Beatmung) bei Moribunden, aber auch die Inkaufnahme lebensverkürzender Nebenwirkungen in der Palliativmedizin (vgl. Enzyklika *Evangelium Vitae*, 65). Von hier ausgehend, kann man sich in einer Art „Salami-Argumentation“ ein Kontinuum nicht-lebenszeit-maximierender Verhaltensweisen vorstellen: „Wenn schon jenes anerkanntermaßen zulässig ist, warum nicht auch dieses, wo liegt eigentlich der grundsätzliche Unterschied?“. Rutschen wir vielleicht jetzt schon auf einer schiefen Ebene abwärts zu eudaimonistisch, eugenisch, ökonomisch und schließlich rassistisch motivierten Menschentötungen – wie man sie plakativ vor allem dem NS-Regime zuordnet?

Nachfühlbar ist die Sehnsucht nach einem klardefinierten „bis-hierher-und-nicht-weiter!“, nach begründbaren, nicht nur gefühlsbetonten Unterscheidungen zwischen zulässigem (eventuell sogar gebotenem) und bösem lebensverkürzendem Verhalten. „Ärzte verlangen [...] nach klaren Richtlinien und Handlungsanweisungen, welche ihnen die Entscheidungsfindung erleichtern“, so beschreibt der Vf M. Zimmermann-Acklin dieses Motiv (S. 122), und seine hier rezensierte Dissertation (bei Adrian Holderegger, Moraltheologisches Institut der Universität Fribourg/Schweiz) ist eine gewissenhafte, fleißige Bestandsaufnahme der Versuche, solche Richtlinien zu definie-

ren. – Das Buch umfaßt 7 Kapitel: Die ersten beiden sind grundlegend (1: Ideengeschichte, 2: Definitionsversuche). Sodann folgen 4 Kapitel zu 4 unterschiedlichen Argumenten (3. Heiligkeit des Lebens, 4: Aktiv/Passiv-Unterscheidung, 5: Direkt/Indirekt-Unterscheidung, 6: „Schiefe Ebene“). Im 7. Kapitel bemüht sich der Vf um einen zusammenfassenden Ausblick.

Das 1. Kapitel ist eine kurze Ideengeschichte der Euthanasie. Der Vf zeigt, daß es in der Antike vor allem um des Lebensendes Qualität (sanft, ruhig, schön, ehrenvoll) ging und nicht so sehr um das Einsparen lebensunwerten Lebens. Freilich haben Stoiker, bekanntermaßen z.B. SENECA, den Freitod als eine Befreiung der Seele vom nicht mehr brauchbaren Körper positiv bewertet. Thomas MORUS, im heutigen Bewußtsein vor allem Märtyrer der Wahrheit, wegen Verweigerung des Suprematseids 1536 hingerichtet unter Heinrich VIII., war bemerkenswerterweise ebenfalls Verfechter der Euthanasie. In seiner „Utopia“ (1516) ist der Freitod noch dazu so ganz freiwillig nicht, sondern Priester und Behörden reden dem Patienten zu, „er möge nicht zaudern, in den Tod zu gehen, da ihm das Leben doch nur eine Qual sei.“ – Selbstverständlich nennt der Vf auch entschiedene Gegner der Euthanasie wie Thomas VON AQUIN und Immanuel KANT. Aber es wird deutlich, daß die Idee der Euthanasie nicht einfach ein schließlich in der NS-Herrschaft brutalisiertes Produkt des utilitaristischen 19. Jh ist, sondern eine lange, humanistische Vorgeschichte hat.

Im 2. Kapitel referiert der Vf über Versuche der Definition der Euthanasie: Aktiv (Töten), passiv (Sterbenlassen), direkt (vorsätzlich), indirekt (Inkaufnahme einer Beschleunigung des Lebensendes als Nebenwirkung). Im Grunde bleibt es bei Unterscheidungen und Definitionen, die der gesunde Menschenverstand nahelegt.

Nach diesen beiden ersten grundlegenden Kapiteln untersucht der Vf im 3. Kapitel, ob

ein „Prinzip der Heiligkeit des Lebens“, beruhend etwa auf der Gottesebenbildlichkeit des Menschen (Gen 1,27) oder der Einsicht, daß menschliches Leben ein Geschenk Gottes sei, über das der Beschenkte nicht verfügen dürfe, zur Herleitung von Entscheidungskriterien ausreichen könnte. Hier geht es zunächst um die Frage, was man unter „Leben“ versteht: Biologisch definiertes Leben oder aber Leben mit (mehr oder weniger) Bewußtsein, weiterhin darum, ob man aus einem solchen Prinzip der Heiligkeit Normen logisch herleiten könnte, die einerseits z.B. die Tötung in Notwehr oder die Verabreichung schmerzstillender Medikamente mit lebensverkürzender Nebenwirkung gestatten, nicht jedoch die Tötung aus Mitleid, zur Verkürzung unerträglichen Leidens. Der Autor kommt (S.127) zu dem Ergebnis, daß man „in Dilemmasituationen am Lebensende auf Entscheidungskriterien angewiesen [bleibt], die selbst nicht mehr aus dem Prinzip [der Heiligkeit des Lebens] ableitbar sind“. Mit anderen Worten und stark vereinfacht: Dieses Prinzip müßte zumindest durch andere Kriterien ergänzt werden.

Im 4. Kapitel untersucht der Autor die Signifikanz der „Aktiv-Passiv-Unterscheidung“ (Töten und Sterbenlassen). Der Autor weist (z.B. S.268) immer wieder darauf hin, daß eine konsequentialistische Sicht, die sich nur auf das Ergebnis des ärztlichen Verhaltens bezieht – also ob der Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt lebt oder nicht lebt – zu eng wäre. Zwar nicht im Resultat, aber als Ausdruckshandlungen sind Töten und Sterbenlassen sehr unterschiedlich: Töten hat, intuitiv empörend, mit Haß, Hinrichtung, Lebensverachtung zu tun, was für das schiefe Sterbenlassen nicht ohne weiteres zutrifft. (Freilich, wen wird nicht auch das Unterlassen notwendiger Hilfeleistung z.B. bei Verkehrsunfällen empören?) Schließlich gibt es Grenzfälle, wie z.B. das Abschalten des Beatmungsgeräts, wo man unterschiedlicher Meinung sein kann, ob das Töten oder Sterbenlassen ist.

Im 5.Kapitel geht es um die Direkt-Indirekt-Unterscheidung (Tod direkt gewollt / Tod als Nebenwirkung in Kauf genommen).

Vorsichtig abwägend, mit vielen einschränkenden Bemerkungen, gelangt der Vf schließlich zu dem Ergebnis, daß sowohl die Aktiv-Passiv-Unterscheidung (4.Kap.) als auch die Direkt-Indirekt-Unterscheidung (5.Kap.) zwar intuitiv plausibel sind, bei genauerer Analyse jedoch viele logische und moralische Grenzfälle offenlassen und daher nicht ohne weiteres die erwünschte Richtschnur liefern können.

„Slippery Slope“ [schiefe, rutschige Ebene] – Argumente (6.Kap.) haben meist folgende Struktur: Würde A, ein möglicherweise rechtfertigbares Verhalten, erlaubt und praktiziert, so würde dies nach und nach auch dazu führen, daß auch B (ein Verhalten, dessen Rechtfertigung heute noch unvorstellbar ist) erlaubt und praktiziert würde. Daher sei, um nicht auf jene schiefe Ebene zu geraten, schon jetzt auch die Erlaubnis von A abzulehnen (S.351).

Beispiel: Seien A der Behandlungsabbruch bei einem terminal Schwerkranken auf dessen eigenen flehentlichen Wunsch, B die Vernichtung allen wie auch immer lebensunwerten Lebens im Sinne der NS-Ideologie. Das Slippery Slope Argument könnte dann lauten: Wenn durch die Erlaubtheit von A einmal das Tabu gebrochen sei, auf welche Weise auch immer den Tod eines Unschuldigen herbeizuführen, dann rutsche die Gesellschaft – mangels dahinterliegender, deutlich erkennbarer Grenzen – unweigerlich in Richtung der Erlaubtheit von B. Deswegen sei schon das an und für sich „vielleicht irgendwie noch rechtfertigbare“ A zu verbieten.

Der Vf skizziert zwei historische Entwicklungslinien 1. von der Rassenlehre (Darwin), 2. von Diskussionen zum sog. Gnadentod vor allem in der Weimarer Republik (vieldiskutierter Film „Ich klage an“). Diese Entwicklungslinien mündeten (so der Vf im Gefolge vieler, von ihm zitierter, ähnlich argumentierender Autoren) in die schon zu Beginn der NS-Herrschaft

„salonfähige“ Meinung ein, Leben könne lebensunwert sein – mit der bekannten weiteren Entwicklung bis hin zum Holocaust.

Analog fragt der Vf, wo die gegenwärtige Euthanasiepraxis in den Niederlanden – zwar heute noch nicht steht, jedoch: – in geraumer Zeit hinführen könnte. Wenn einmal das strikte Tabu der Tötung unschuldigen menschlichen Lebens wegfallen, so befürchtet der Vf, dann gebe es keine klare, von der Gesellschaft insgesamt akzeptierte Bis-hierher-und-nicht-weiter-Linie, der Damm sei gebrochen. Angesichts der vom Vf ausführlich kommentierten Untersuchungen zur Entwicklungstendenz der niederländischen Praxis (Rommelink-Bericht und Folgestudien) ist das Slippery Slope-Argument leider durchaus plausibel. Der Vf kommt zum Ergebnis, daß zwar die derzeitige niederländische Praxis fairerweise nicht mit der NS-Praxis vergleichbar ist, daß es andererseits nicht möglich ist, in einer modernen Demokratie wie in den Niederlanden eine gesellschaftlich anerkannte Praxis ärztlicher Tötung auf Verlangen einzuführen, ohne unerwünschte Nebenwirkungen hervorzurufen (S.416). Unerwünschte Nebenwirkungen, das heißt im Klartext: Nicht-freiwillige Todesopfer, also Patienten, die nicht mehr artikulieren können, Geisteskranke ...

Streng beweisen kann der Vf sein Ergebnis nicht. Slippery Slope-Argumente sind notwendigerweise „weiche“ Argumente. Niemand kann für die Zukunft schlüssig, klipp und klar nachweisen, daß unweigerlich A zu B führen muß. Erfahrungen der Vergangenheit können immerhin für eine Umkehrung der Beweislast im Sinn eines „Prinzips Verantwortung“ (Hans JONAS) sprechen: Nicht der Bedenkenträger muß seine Befürchtungen untermauern, sondern der, der eine Ausweitung des Erlaubten befürwortet, muß Argumente für die Unbedenklichkeit vorbringen.

In seinem 7. Kap. stellt der Vf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber der Euthanasie und dem, was man

für den Sinn des Lebens hält. Er unterscheidet 3 grundlegende „Modelle“: Im Hedonismus hat die möglichst vollständige Vermeidung von Leiden und Schmerzen Vorrang, das stoische Modell ist geprägt von vernunftgeleiteter Bereitschaft, Leiden zu ertragen, aber auch der Bereitschaft, das Leben zu beenden, wenn jegliche Aussicht auf Besserung schwindet. Das biblische Modell schließlich betont die Bezogenheit des Menschen auf Gott: Einerseits kommt hier das eigenmächtige Wegwerfen des Lebens nicht in Frage, andererseits stellt sich im biblischen Modell (im Gegensatz zu hedonistischen oder stoischen Modellen, wo man frei entscheidet, ob man weiterleben mag) die Frage der Rechtfertigung Gottes, der etwa Hiob in ein leidvolles Leben wirft.

Der Vf hängt dem biblischen Modell an, verschweigt dabei keineswegs die philosophisch-theologischen Probleme des Leidens der Kreatur. Das fleißige, ausführlich und zweckmäßig zitierende, um gerechte Würdigung bemühte Referieren auch abweichender Standpunkte machen diese Dissertation zu einem nützlichen Kompendium.

TH. CORNIDES

THE RIGHT TO DIE?

Rechtliche Probleme um Sterben und Tod

Mark Oliver BAUMGARTNER

Peter Lang Verlag – Bern 1998

367 Seiten

ISBN 3- 906760- 49-9

Die vorliegende Arbeit wurde als Dissertation der Juridischen Fakultät Basel entgegengenommen und in überarbeiteter Fassung publiziert. Sie befaßt sich mit einem heiklen und neuen Rechtsgebiet, das auch in Österreich zunehmend an Aktualität gewinnt, dem Sterberecht.

Im Vordergrund dieser Abhandlung steht die Frage, ob und wie der Mensch einen Anspruch

auf einen „mensenwürdigen“ Tod hat.

Im Bewußtsein, daß es im Bereich des Sterbens Grenzen des rechtlich Organisierbaren gibt, wird geprüft, wie weit die Selbstbestimmung des Menschen in diesem Bereich gehen kann.

Ausgehend von Grundrechtsfragen, vor allem dem Begriff der Menschenwürde, die der Autor vor allem an Hand der schweizerischen Verfassung zu definieren sucht, werden Begriffe wie Persönliche Freiheit des Menschen beleuchtet, sowie Einblicke in die Europäische Menschenrechtskonvention gegeben.

Schwerpunkt der Arbeit ist die Darlegung des Umfangs und der Instrumente der menschlichen Selbstbestimmung, wobei BAUMGARTNER das Sterbehilferecht und seine Problematik zu beleuchten sucht.

Dies geschieht auch durch Rechtsvergleiche mit Regelungen in den USA, den Niederlanden und in Deutschland.

In der Schweiz und in Deutschland, wo Selbstmord nicht strafbar ist, stellt sich die Frage, ob ein Suizid daher auch erlaubt ist.

Der Autor kommt zu dem Schluß, daß zwar der freiverantwortliche Wille zum Suizid zu respektieren sei, sich daraus aber kein durchsetzbarer Anspruch auf Tötung oder Hilfe Dritter bei Suizid ableiten lasse.

Untersucht wird in diesem Zusammenhang auch das dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen entgegenstehende Interesse der Gesellschaft am Weiterleben des Individuums, das die Verhinderung von Selbstmord bedingen würde.

BAUMGARTNER kommt zu dem Schluß, daß die Frage, welche Interessen vorgehen, diejenigen des einzelnen oder jene des Staates, jene des Individuums vor die Allgemeinheit zu stellen seien.

Von dieser ihrem Grunde nach zuzustimmenden Aussage gelangt der Autor zu dem diskussionswürdigen Ergebnis, daß es keine (Weiter-)Lebenspflicht des einzelnen gäbe.

Daran anknüpfend wird festgestellt, daß ein Lebensmüder, der freiverantwortlich zu han-

deln imstande ist, weder vom Staat noch von Privaten an der Ausführung der Tat gehindert werden kann und darf.

Sei ein solches freiverantwortliches Handeln zumindest fraglich, können nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ Eingriffe in die Autonomie des einzelnen geboten sein. Die Aufgabe des Staates sei lediglich, Suizidgefährdeten Hilfe anzubieten. Sobald der Suizidwille manifestiert sei, habe sich die Gesellschaft zurückzuziehen.

Im Folgenden werden begriffliche Erläuterungen zu aktiver und passiver Sterbehilfe, Euthanasie sowie Sterbehilfe in konkreten Fällen gegeben, um im Anschluß daran die strafrechtlichen, privatrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Aspekte zu beleuchten.

Immer wieder kehrt der Autor zu seiner Auffassung zurück, daß auch in der Frage der aktiven Sterbehilfe der Wille des Betroffenen vorrangig sein müsse. Es wird aber immerhin eingeräumt, daß die Schwierigkeiten dort begännen, wo der Sterbewille als krankhaft einzustufen sei, sowie in jenen Fällen, in denen der Sterbewille durch den Terminalpatienten nicht mehr eindeutig artikuliert werden kann.

In einigen dieser Fälle plädiert der Autor für eine Willensfindung per Gericht – ein Vorschlag der im Ernstfall, d.h. im Falle der Unklarheit der Patientenverfügung m.E. wohl nur „in dubio pro vita“ gelöst werden kann.

Die vorliegende Arbeit kann zusammenfassend als sehr informativ bezeichnet werden, da sie sich weitgehend mit der wertfreien Darstellung der Rechtssituationen in der Schweiz sowie rechtsvergleichend in Deutschland, Holland und den USA befaßt.

Werturteile werden zwar weitgehend vermieden, es ist aber dennoch auf Grund der Tatsache, daß der Autor immer wieder den Willen des Individuums auch in Fragen der „Lebensbeendigung“ in den Vordergrund stellt, davon auszugehen, daß auch in Fragen der Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe diese bejaht wird.

Kritik übt der Autor allerdings an der Sterbehilfe in den Niederlanden, die diesbezüglich die

wohl weitgehendste Regelung in Europa besitzt.

Besonders bedenklich erscheine die Tatsache, daß aktive Sterbehilfe auch bei Patienten erfolge, die nicht danach verlangt haben (konnten).

Es bestünde, so stellt BAUMGARTNER richtig fest, die Gefahr, daß Patienten gegen ihren mutmaßlichen Willen getötet werden.

Der von BAUMGARTNER immer wieder hervorgehobenen Ansicht der Vorrangigkeit der

Willensentscheidung des einzelnen sei hier mit den Worten R. SPAEMANN'S („Töten oder sterben lassen“, S 26) widersprochen:

„Die Fiktion der souveränen Willensentscheidung, ausgerechnet in der Situation extremer Schwäche, ist zynisch, vor allem im Hinblick auf die ohnehin im Leben Benachteiligten.....“

„Das Angebot des assistierten Selbstmordes wäre der infamste Ausweg, den die Gesellschaft sich ausdenken kann, um sich der Solidarität mit den Schwächsten zu entziehen, – und der billigste.“

C. MARTENS

TATORT KINDERSEELE: SEXUELLER MISSBRAUCH UND DIE FOLGEN

Max H. FRIEDRICH

Ueberreuter – Wien 1998

205 Seiten

ISBN 3-8000-3676-2

Max H. FRIEDRICH ist Vorstand der Wiener Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters und seit 1984 ständiger gerichtlich beeideter Sachverständiger für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Er verfügt nicht nur über eine reiche Erfahrung im Umgang mit Tätern und Opfern von Sexualdelikten an Kindern, sondern kennt auch die Gerichtspraxis.

Als Anliegen seines Buches nennt der Autor den Versuch, *Wissen und Einsicht* in bezug auf

sexuellen Kindesmißbrauch zu vermitteln, so daß dieser rechtzeitig erkannt wird und Maßnahmen dagegen gesetzt werden können. Er möchte auch dazu beitragen, Bedingungen zu schaffen, die eine gerechte und schonende Behandlung des Opfers bei den Erhebungen des Tatbestandes und vor Gericht ermöglichen.

Der Autor geht systematisch vor:

In den verschiedenen Kapiteln des Buches befaßt sich der Autor mit der Definition des Begriffs sexueller Kindesmißbrauch, mit dem Persönlichkeitsprofil der Täter, mit den Kindern, mit den typischen Situationen, in denen es zu Kindesmißbrauch kommt. Dabei stellt der Autor jeweils konkrete Fälle aus seiner Behandlungs- und Gerichtspraxis vor. Als wohlthuend ist die sachliche und diskrete Ausdrucksweise des Autors hervorzuheben, die ausführlich informiert, nie aber voyeuristisch wirkt.

In weiteren Kapiteln spricht er über Sexualerziehung, über die rechtliche Situation im Zusammenhang mit Kindesmißbrauch, über den Verfahrensgang von der Anzeige bis zur Gerichtsverhandlung... Ein eigenes Kapitel ist dem Schutz der Kinder und der Schadenswiedergutmachung gewidmet, ein weiteres der Prävention.

Der Verfasser betont, daß es sich beim Kindesmißbrauch in Wirklichkeit um sexualisierte Gewalttätigkeit handelt. Das Kind hat gegen den Täter keine Chance. Fast immer verfolgt dieser einen Plan. Oft geht er mit viel Phantasie an sein Vorhaben heran. Fast immer wird dabei eine familiäre Beziehung oder ein sonstiges Nahverhältnis zwischen Täter und Opfer ausgenützt, wobei spontane Gelegenheiten ergriffen werden, oder, viel öfter, das Vorgehen lange und sorgfältig geplant wird. Nur 6% der Täter sind völlig Fremde. So wird die Familie (und gerade auch die nach außen hin „heile“ Familie) zum gefährlichsten Tatort. Dabei wird ausgesprochene körperliche Gewalt seltener eingesetzt als gedacht. Dazu bemerkt der Autor: *Das heißt aber nicht, daß bei einer „leisen“ Verführung die Auswirkungen auf das Opfer we-*

niger schädlich sind. Gerade der Kindesmißbrauch innerhalb der engsten Familie ist einer der quälendsten und folgenreichsten Gewaltakte. Der Ort, an dem das Kind Zuneigung und Geborgenheit sucht, wird zu jenem, an dem es am tiefsten und demütigendsten verletzt wird, und zwar von Menschen, die es liebt und von denen es am meisten abhängig ist. Eine Koppelung, die bei jedem Kind tiefe Spuren hinterläßt. Es wird betont, daß der Mißbrauch in jeder Form für das Kind immer als solcher erkennbar ist.

Das Kapitel *Wer sind die Täter?* versucht, sich mit dem Persönlichkeitsprofil des pädophilen Täters auseinanderzusetzen. Typische Täterpersönlichkeiten wie Fallbeispiele werden geschildert. Dabei werden einige Vorurteile ausgeräumt: Die pädophilen Täter sind fast durchwegs sozial integriert und völlig unauffällig! Es handelt sich dabei durchwegs um ganz normale Männer, die ein Leben wie jedermann führen (...) Nichts, aber rein gar nichts deutet daraufhin, daß jemand ein Mißbraucher ist, nicht einmal für die engste Familie. Und deshalb kann man niemanden von vornherein als Täter ausschließen. Sogar Menschen, die sexuelle Gewalt bis zur Tötung der Kinder ausüben, zeigen ein primär unauffälliges Persönlichkeitsbild.

Überraschend und erschreckend ist, daß es sich bei mindestens 40-50 % der Täter um Wiederholungstäter handelt. Der überwiegende Teil der Mißbrauchshandlungen wird durch Männer verübt (an anderer Stelle erwähnt der Autor, daß ihm in zwanzigjähriger Berufspraxis insgesamt nur drei Fälle von sexuellem Mißbrauch durch Frauen untergekommen sind. In allen drei Fällen habe es sich um Mütter mit schweren psychischen Abweichungen gehandelt).

Der Autor nennt Zahlen, die die erschreckende Verbreitung des Kindesmißbrauches in der Bevölkerung vor Augen führen: Durchschnittlich wurden 20% aller Frauen und weniger als 10% der Männer in ihrer Kindheit mißbraucht!! Erschreckend ist auch die hohe Dunkelziffer. Sexueller Mißbrauch ist auch heute immer noch ein Tabuthema.

Das nächste Kapitel nennt sich „*Wer sind die Opfer?*“. Hier geht es um die Beschreibung einzelner Lebenssituationen, in die ein Kind geraten kann und vor deren Gefahren gewarnt wird. Grundsätzlich kommen Kinder jeder Altersstufe in Frage!

In diesem Kapitel wird auf die Problematik der Situation in Heimen, Internaten, Ferienlagern etc. hingewiesen, in denen Pädophile leicht Gelegenheit zum Agieren finden. Auch die Signale sexuell mißbrauchter Kinder werden in diesem Kapitel beschrieben. Dabei wird hervorgehoben, daß es keine eindeutigen Zeichen gibt – nur die Tatsache, daß sich etwas verändert. Bei kleineren Kindern sind dies vor allem non-verbale Botschaften, an denen sich ablesen läßt, daß etwas nicht in Ordnung ist. Ausführlich wird auf die Auswirkungen des Mißbrauches auf das spätere Leben eingegangen, die umso größer sind, je jünger das Kind war und je länger die Situation bestanden hat. Auch auf die Schwierigkeiten professioneller Betreuer von Kindern wird eingegangen, die sich falschen Beschuldigungen ausgesetzt sehen.

Es folgt das Kapitel *Kind und Recht*, in dem die rechtliche Situation und der Verfahrensgang von der Anzeige bis zur Gerichtsverhandlung erläutert und beschrieben wird. Ausführlich beschreibt der Autor die schwierige Situation des mißbrauchten Kindes, das zahlreiche Hemmschwellen überwinden muß, bis es sich jemandem anvertrauen kann und Glauben und Hilfe findet. Der Verfasser plädiert dafür, bereits bei der Erhebung des Tatbestandes kompetente Personen (Ärzte, Psychologen, Rechtsberater, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten und Kinderschutzbeauftragte) beizuziehen, damit sie dem Kind in seinem erlittenen Trauma beistehen und helfen, darüber hinwegzukommen. Es bedeutet einen großen Fortschritt, daß es heute möglich ist, Kinder vor laufender Videokamera, getrennt von Untersuchungsrichter, Staatsanwalt, Täter und Verteidiger, zu befragen (sogenannte kontradiktorische Befragung).

In diesem Abschnitt wird auch der Ablauf des Gerichtsverfahrens ausführlich geschildert.

Nach einem Exkurs über die *kinder- und jugendneuropsychiatrische Begutachtung* folgt das Kapitel *Kinderschutz*: Hier stellt der Verfasser einen umfassenden Maßnahmenkatalog vor. Besonderes Augenmerk wird der Schadenswiedergutmachung geschenkt. Hier geht es um Schmerzensgeld, aber auch um die Kosten für eine Therapie. Er stellt einen Forderungskatalog für den Kinderschutz auf, der zehn Punkte umfaßt (u.a. das Recht des Kindes auf Wegweisung des Mißbrauchers, auf Hilfe bei Vernehmung und Gerichtsverhandlung, auf Schmerzens- und Behandlungsgeld, auf Kontrolle der Täter).

Ein eigenes Kapitel ist der *Prävention* gewidmet. Schon bei kleinen Kindern sei ohne Umschreibungen und verwaschene Formulierungen klar und deutlich auszusprechen, was „Mißbrauch“ ist. Es sei nicht sinnvoll, mit Kindern zu trainieren, wie sie sich körperlich zur Wehr setzen können, wohl aber sei dem Kind immer wieder sein Anspruch auf persönliche Integrität zu verdeutlichen, *ihm klarzumachen, daß sein Körper unantastbar ist. (...) Kleinen Kindern muß gelehrt werden zu unterscheiden, welche Erwachsenen welche körperlichen Handlungen durchführen dürfen (Eltern, Ärzte, Babysitter usw.) und daß es „gute“ und „schlechte“ Berührungen gibt.* Schulungen und Supervision in Institutionen, die mit Kindern zu tun haben, werden angeraten.

Ein *Anhang* enthält noch:

- das UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes
- einen Auszug aus dem Österreichischen, dem Schweizerischen und dem Deutschen Strafgesetzbuch (die Paragraphen, die bei sexuellem Kindesmißbrauch zur Anwendung kommen)
- Adressen von Anlaufstellen für Beratung, Hilfe und Begleitung
- ein kurzes Literaturverzeichnis.

Schon der Titel wie auch das Cover (ein trauriges Kinderantlitz) zeigen deutlich die Einstel-

lung des Autors. Aus allen seinen Ausführungen geht eindeutig hervor, daß er der festen Meinung ist, es gebe keine legitime Form des sexuellen Umganges mit Kindern: Jeder sexuelle „Gebrauch“ ist Mißbrauch. Hier ist er völlig kompromißlos. Man wird ihm wohl uneingeschränkt zustimmen, wenn er sagt: *Eine ehrliche und selbstbewußte Sexualerziehung ist der beste Verbündete des Kindes bei der Verhinderung von sexuellem Mißbrauch.* Nun ist vieles von dem, was er zur Praxis der Sexualerziehung sagt, zu bejahen, alles ist gut gemeint, es wird allerdings doch deutlich, daß er ein etwas eingeschränktes Blickfeld hat. Seine Sexualethik erscheint zu oberflächlich. Es genügt nicht, anderen keinen Schmerz oder Schaden zuzufügen. Es ist auch ein Irrtum zu glauben, wenn die Dinge nur im Kopf sind, passiere nichts. Der Autor selbst bemerkt an einer Stelle, daß der sexuelle Mißbrauch „im Kopf“ beginnt!

In Wirklichkeit sollte es bei einer gegliückten Sexualerziehung um das positive Erfassen der Tiefen menschlicher Liebe gehen, deren körperliche Dimension die Sexualität ist. Echte Liebe ist aber immer uneingeschränkte Hingabe an ein Du. Davon wird nicht gesprochen. Man gewinnt den Eindruck, daß die klare Stellungnahme des Autors in bezug auf die Unmenschlichkeit und Verwerflichkeit des sexuellen Kindesmißbrauches eher aus den ihm in der Praxis einsichtig gewordenen deletären Folgen auf die menschliche Entwicklung der Kinder kommt, als aus einer positiven Sicht der menschlichen Liebe. Nur diese wäre imstande, zu einer reifen und humanen Sexualität zu führen, in der Kindesmißbrauch keinen Platz mehr hat.

Noch deutlicher wird die Einstellung des Autors in seinen Ausführungen bezüglich des ethischen und religiösen Aspektes der Sexualerziehung. Folgende Aussagen erscheinen gültig und richtig: *Vielmehr geht es um einen Diskussionsprozeß, eine im Dialog vermittelte ethische Weltsicht, die lehrt, Achtung vor Mann und Frau zu haben, Geschlechtlichkeit und Geschlechtsle-*

ben nicht als Konsumware zu betrachten, sondern stolz darauf zu sein, einem bestimmten Geschlecht anzugehören, und schließlich in einer behutsamen Annäherung an das Du die Glückserfahrung in einer sexuellen Partnerschaft in Hoffnung zu stellen. Trotzdem vermißt man eine positive Erziehung zur Wertung der Geschlechtlichkeit als körperlicher Ausdruck der persönlichen Hingabe an ein Du, wenn der Autor an anderer Stelle wörtlich meint: *Es gehört Mut dazu, alle Spielarten der Sexualität zu akzeptieren, also nicht einzelne Varianten, wie die Homosexualität, zu diskreditieren, sondern ihnen Achtung entgegenzubringen.* Oder auch, wenn er empfiehlt, der kindlichen Neugier in bezug auf sexuelle Vorgänge keine Schranken zu setzen und meint: *Solche Entdeckungsreisen sind wichtig, und es ist nichts dagegen einzuwenden, sofern sie nicht aggressiv gefärbt oder gar Ausdruck erlittener körperlicher oder seelischer Unbill sind. Solange es sich also um kindliche Neugier, gepaart mit masturbatorischer Lust und Befriedigung handelt, sollten sich die Erwachsenen diskret verhalten, den Kindern aber durchaus vermitteln, daß Sexualität ein hohes Gut persönlicher Intimität darstellt und exhibitionistisches Verhalten fehl am Platz ist.*

Daß eine positive Erziehung zu einer wahrhaft humanen Sexualität in einer stabilen Ein-Partner-Beziehung diesbezüglich eine wesentlich effizientere Hilfe wäre, wagt im Zeitalter der sexuellen Befreiung und der Umwertung aller Werte offenbar niemand mehr zu konzipieren.

Man hat das Empfinden, daß eine zu naive Sicht des Menschen dahinter steht: Allein schon, wenn man die gesunde Entwicklung des Menschen nicht brutal von außen stört, kommt er irgendwie ins rechte Lot und findet von selbst das Richtige. Die Entwicklung zu besonderer menschlicher Größe ist da allerdings nicht wirklich zu erwarten. Wenn es um die Frage nach den Ursachen, nach dem Hintergrund der Fehlentwicklungen der menschlichen Sexualität geht, kann die Frage nur im

Rahmen eines größeren Zusammenhanges beantwortet werden. Hier tiefer zu blicken wäre aber gerade für die Prävention wichtig, die wie gesagt in einer gesunden Sexualerziehung läge.

E. LEYPOLD

PALLIATIVMEDIZIN - PRAKTISCHE EINFÜHRUNG IN SCHMERZTHERAPIE, SYMPTOMKONTROLLE, ETHIK UND KOMMUNIKATION

S. HUSEBØ und E. KLASCHIK

Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg 1998

361 Seiten

ISBN 3-540-63333-2

„Palliativmedizin“ ist auf dem weiten Gebiet der Heilkunde heute mehr denn je ein Kapitel, für Fortgeschrittene. Zumindest sollte sie ja in den Händen von Personen liegen, die die „Einführung“ dazu schon hinter sich haben. Das als „Lehrbuch“ konzipierte Werk von HUSEBØ und KLASCHIK wird allen gerecht: Den Jungen und/oder Ungewübten im Umgang mit Todkranken ebenso wie denen, die sich - freiwillig oder notgedrungen - täglich der „Palliation“ stellen müssen.

Damit ist gleich das erste und wichtigste Lob über das Buch gesprochen: Die Autoren beweisen uns auf höchst unaufdringliche, ja liebevolle Weise, daß man fern aller Sentimentalität die Zuwendung erklären, das Taktgefühl vermitteln, die Augen für verborgene Nöte öffnen, sein eigenes Erleben einbeziehen und Mensch bleiben kann, auch wenn man mit scheinbar Unmenschlichem zu tun hat.

Das zweite Lob steht dem ersten nicht nach: Es gelingt den Autoren zu lehren, wie die sachliche Fundierung, die professionelle Expertise, mit einer empathisch-dienenden Grundgesinnung verbunden bleiben kann.

Sie machen es sich nicht leicht: Schon das Inhaltsverzeichnis verrät, was sich in Jahren der praktischen Tätigkeit an vielfältigen Fakten, Anliegen, Problemen und deren Lösung ange-

sammelt hatte und nunmehr auf die Weitergabe drängte. Damit nehmen sie, die selbst noch auf keine Lehrmeister verweisen können, diese Funktion erstmals auf sich, mindestens was den deutschen Sprachraum betrifft. Sie quellen über aus eigener Erfahrung und lassen dabei den guten Geist ahnen, der in ihnen waltet: Demut vor der Größe des Leids, Hellhörigkeit für die Bedürfnisse der Kranken, gesunde Skepsis vor der Vereinnahmung und dem „burn-out“ und eine klare Absage an jegliche Form der Sterbehilfe.

Es ist z.B. sehr berührend und überzeugend, wenn je etwa ein Viertel des Buches der philosophisch fundierten Ethik, aber auch der handfesten Technik der Schmerztherapie und Symptomkontrolle gewidmet sind, wenn der Maxime vom „Helfer, der zuerst vor dem knien muß, dem er helfen will“ (KIERKEGAARD) die klaren Aussagen des deutschen Ärztetages 1995 und 1996 zur „Sterbebegleitung“ (gegenüber „Sterbehilfe“) an die Seite gestellt werden.

In einem der Geleitwörter zu dem Buch findet sich der Satz zitiert, der ein Kurzprogramm der Onkologie darstellen könnte: „sometimes to cure, often to relieve, always to comfort“ (manchmal Heilung, öfter Linderung, immer Geborgenheit).

Die Autoren sind zweifellos von diesem Grundsatz beseelt, wenn sie neben der ethischen und medizinischen auch der psychosozialen Vernetzung vornehmlich der Krebspatienten breiten Raum geben, flankiert vom Kapitel „Kommunikation“, in dem die Rolle der Aufklärungsgespräche, der Vorbereitung und Begleitung der Therapie nicht nur gegenüber dem Patienten selbst, sondern speziell auch für sein soziales Umfeld betont wird. Hierbei weisen die Autoren auf die Vielfältigkeit der individuellen Strukturen hin, in denen wir unsere

Patienten antreffen, und die nicht selten eine Quelle ernster Herausforderungen bedeuten. Hier ist es z.B. die Reaktionsbereitschaft einer Familie (geschlossene vs. offene Familie), die Rolle der Kinder und Vertrauenspersonen, die der Kommunikation mit dem Patienten eine ganz individuelle Richtung zu geben vermögen.

Auch die Rolle der Seelsorge kommt nicht zu kurz, wobei auf wenigen Seiten eine komprimierte Stellungnahme geboten wird, die die persönliche (positive) Einstellung des Autors (HUSEBØ) erraten läßt. Die religiöse Motivation sei es schließlich gewesen, die zur Gründung der Hospizbewegung und zu deren energetischen Unterstützung geführt habe.

Ob nun jemand in der Palliativmedizin tätig ist, an deren Schwelle steht oder ein verständliches, allgemeines Interesse an ihr hat, ein jeder wird dieses Buch als längst überfällige Ergänzung des Schrifttums empfinden.

Die Autoren gerieren sich keineswegs als *die* Experten und Begründer einer Schule; sie vermitteln eher den Eindruck von Ärzten, denen die Patienten so sehr am *Herzen* liegen, daß sie auch ihr *Hirn* (Expertise, Kompetenz, Charakterbildung) für sie einsetzen. Sie tun dies, indem sie die relevante Literatur zum Thema aus den letzten sechs bis sieben Jahren zitieren und kommentieren, was dem Werk in seinen wissenschaftlichen Aspekten ein weiteres Plus sichert.

Damit kann die „Palliativtherapie – eine praktische Einführung“ als Pflichtlektüre für Onkologen, Ärzte jeder Fachrichtung, Studenten und insbesondere dem Pflegepersonal als unerläßliche Informationsquelle empfohlen werden.

F. KUMMER

HINWEISE FÜR AUTOREN

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchzunummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchzunummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: THOMAS H., „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G., „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 – 28

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER's „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486
Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben

VORSCHAU

Imago Hominis BAND VI/NR. 4/99

Schwerpunkt

MEDIZIN AN DER JAHRTAUSENDWENDE: EIN RÜCKBLICK

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes
BONELLI,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA
Medieninhaber und Verleger:
IMABE – Institut für medizinische
Anthropologie und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: +43 1 715 35 92
Telefax: +43 1 715 35 93
E-Mail: postbox@imabe.org
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Dr. Antoine SEGUR-CABANAC
Dkfm. Peter HARTIG
Mag. Edel M. CECH
Anschritt der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.
Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-

medizinische, wissenschaftliche
Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.
Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Alexander GUDENUS
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großenbersdorf
Anzeigenkontakt:
Mag. Edel M. CECH
Einzelpreis:
Inland ATS 120.-,
Ausland ATS 150.-
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.-,
Ausland ATS 500.-
Studentenabo ATS 250.-
Fördererabo ATS 1.000.-
Abo-Service:
Mag. Edel M. CECH
Bankverbindung:
CA-BV, Kto. Nr. 0955-39888/00

Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.
Einladung und Hinweise für Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung von
Artikeln, die Themen der
medizinischen Anthropologie und
Bioethik behandeln, ein. Bitte senden
Sie Ihre Manuskripte an den
Herausgeber. Die einlangenden
Beiträge werden dann von den
Mitgliedern des wissenschaftlichen
Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und
Manuskripte behalten wir uns vor.
Das IMABE-Institut gehört dem
begünstigten Empfängerkreis gemäß
§ 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der
Fassung des Steuerreformgesetzes
1993, BGBl.Nr. 818/93, an.
Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.

Homepage: WWW.IMABE.ORG

IMABE