

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 20 · Heft 3 · 2013

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Spiritualität
in der Medizin I**

**Spirituality
in Medicine I**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzhofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Heinrich Resch (Innere Medizin, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung in Wien gegründet, zeitgleich mit anderen wichtigen medizinethischen Instituten im deutschen Sprachraum. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz. Von seiner Gründungsidee her arbeitet das Institut interdisziplinär, berufsübergreifend und fördert den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlich-humanistischen Menschenbildes.

Editorial	159	
Aus aktuellem Anlass	162	Enrique H. Prat Ethischer Fallbericht der Pharmaindustrie: Tamiflu
	167	Monika Deak Irland: Neues Gesetz weicht Lebensrecht des Ungeborenen auf
Schwerpunkt	173	Axel W. Bauer Anthropologische Grundlagen der Medizin
	185	Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz Zur Anthropologie des Leibes
	195	Erhard Weiher Hoffnung am Ende des Lebens – Dimensionen der Hoffnung
	205	Matthias Beck Zur Beziehung von Geist, Genetik und Epigenetik
	217	Robert Buder, Dominik Hartig Hospitalität: Christliche Spiritualität in der Krankenpflege
Konferenzbericht	225	Enrique H. Prat Alpbacher Gesundheitsgespräche 2013: Wer entscheidet Gesundheit?
Nachrichten	227	
Zeitschriftenspiegel	230	
Buchbesprechungen	231	
Ankündigung	234	Symposium „Mental Health und Arbeitswelt“

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5. 6. 1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Tel: +43-1-715 35 92, Fax: +43-1-715 35 92-4, eMail: postbox@imabe.org

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: Bischof DDr. Klaus Küng, Diözesanbischof St. Pölten

Ehrw. Generaloberin Sr. Gabriela Trenker, Präsident MR Dr. Walter Dorner, Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak,

Generaldirektor-Stv. Mag. Bernhard Wurzer, Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Lenzenhofer

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, Wien

Geschäftsführer: Prof. Dr. Enrique H. Prat und Mag. Susanne Kummer, Wien

Institutszweck:

Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und der medizinischen Anthropologie.

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,

T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4 · eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: Imago Hominis ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: QARANTE, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Deak

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Deak

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Deak

Bankverbindung: Bank Austria, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800 ·

IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.

Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die

einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen

Sachexperten begutachtet.

Redaktionsschluss: 11. September 2013

Der Mensch ist keine Maschine, sondern ein vernunftbegabtes Lebewesen. Er ist nicht etwas, sondern jemand. Er ist nicht bloß Körper, sondern leibseelisch verfasst. Zum Menschsein gehört wesentlich die geistige Dimension. Wenn man von Spiritualität spricht, wird im wesentlichen das Vermögen des Menschen angesprochen, die eigene physische und zeitliche Endlichkeit geistig (spirituell) zu transzendieren. Der Mensch vermag dank seines Geistes die Grenzen des sinnlich Wahrnehmbaren zu überschreiten, Wünsche zu äußern, sich zu entfalten, Pläne zu schmieden, Vorstellungen zu entwickeln, mit anderen zu kommunizieren, Ideen zu empfangen und mitteilen, Gefühle zu teilen usw. Dies alles bildet die geistige Welt eines Menschen. Spiritualität ist somit das reflexive Verhalten des Menschen zu sich selbst und zu seiner Welt: Was er oder sie aus seinen bzw. ihren geistigen Fähigkeiten machen will, welche Vorstellungen der Mensch über seinen Ursprung, sein Schicksal und sein Ziel entwickelt, wie er oder sie sich zur Natur, zu sich selbst, zu den anderen Menschen und zum höheren Wesen verhalten will, das macht seine Spiritualität aus. Die Religiosität, d. h. die positive Beziehung zu Gott, aber auch die Nicht-Beziehung zu Gott bilden den Kern der Spiritualität.

Einer Medizin, die sich als rein als naturwissenschaftliche Disziplin versteht, wird es schwerfallen, die geistigen Dimensionen des Menschen zu berücksichtigen. Von alters her war deshalb klar, dass Medizin als Heilkunst den ganzen Menschen im Blick haben muss – und daher nicht bloß als positivistische Wissenschaft agieren darf, sondern einer Ergänzung bedarf.

Einerseits muss die Medizin als naturwissenschaftliches Fach die Methoden der empirischen Wissenschaften anwenden, d. h. ihre Erkenntnisse auf der Basis der Messbarkeit und des reproduzierbaren Experiments gewinnen. Andererseits basiert sie als Heilkunst auf Erfahrung, Empathie, Intuition und einer besonderen metaphysischen Sensibilität. Große Meister der Medizin konnten beides vereinbaren. Sowohl Arzt als auch Patient besitzen die Fähigkeit, ihre zeitliche und physische Existenz zu transzendieren, und haben Anteil an einer geistigen Welt, in der die Arzt-Patient-Beziehung eingebettet ist.

Der medizinische Forschungsbetrieb folgt voll und ganz dem empirischen Ansatz. So konnte die Medizin in den letzten 30 Jahren einen größeren Fortschritt in Entdeckungen, Methoden und Medikamenten verzeichnen als in den Jahrhunderten davor.

Die Gesundheitsversorgung, das heißt die praktische Medizin ihrerseits, folgt mehrheitlich dem Ansatz der ökonomischen Effizienz mit ihren Dogmen der Standardisierung, der Beschleunigung und der Entpersonalisierung (Giovanni Maio). Da bleibt wenig Spielraum für Spiritualität. Kann aber die Medizin die spirituellen Dimensionen des Menschen außer Acht lassen?

Gerade weil die Medizin in zunehmendem Ausmaß die Spiritualität vernachlässigt und sich den Vorwurf einer seelenlosen Apparatedizin gefallen lassen muss, wird der Ruf nach mehr Spiritualität in der Medizin immer lauter. In verschiedenen Medizinfakultäten wurde unter dem Namen „Spiritual Care“ ein neues medizinisches bzw. pflegerisches Fach eingeführt, das ein breites Spektrum an Fragestellungen umfasst. Zum Beispiel: Welche positive oder negative Implikation hat die geistige Welt des Patienten für seine Gesundheit? Oder: Welche positive oder negative Implikation hat die geistige Welt des Arztes in seinem Beruf, in seinem Umgang mit den Patienten bzw. mit deren Krankheiten?

Die Brisanz dieser Fragen nimmt zu. Anlass genug, dass sich die vorliegende und eine weitere Ausgabe von *Imago Hominis* diesem Schwerpunktthema widmen. Dabei kann nicht vergessen werden, ja, es scheint legitim und naheliegend, wenn man über Spiritualität in Europa nachdenkt, die herausragende Stellung der christlichen Spiritualität einzubeziehen, die die Kultur dieses Kontinents seit 20 Jahrhunderten prägt.

Im vorliegenden Heft beschäftigen sich die ersten zwei Beiträge mit den anthropologischen Grundlagen der Medizin und damit einer wichtigen Schnittstelle zwischen Medizin und Spiritualität. Der Medizinhistoriker Axel BAUER erläutert summarisch die verschiedenen Stationen der medizinischen Anthropologie, von der Vier-Säfte-Lehre der Antike bis zur naturwissenschaftlich geprägten prädiktiven Medizin des 20. und 21. Jahrhunderts.

Die Philosophin Hanna-Barbara GERL-FALKOVITZ widmet sich in ihrem Beitrag der Anthropologie des Leibes. Sie führt aus, dass Leib immer schon in Verbindung zu Leben und Liebe steht: in seiner naturhaften Gegebenheit, in willentlich-personaler Gestaltung des Leib-Geist-Gefüges, in transzendierender Beziehung nach außen und nach oben.

Der Theologe, Priester und Klinikseelsorger Erhard WEIHER zeigt die praktische Spiritualität in der Medizin auf. Hoffnung ist

ein sehr wichtiges spirituelles Thema in der Krankenpflege. „Spirituell“ heiße aber nicht, dass Hoffnung bloß aus dem religiösen Repertoire zu schöpfen und vor allem ein Thema der Seelsorge sei. Vielmehr ist Hoffnungsvermittlung eine multi- und interprofessionelle Aufgabe, die z. B. in Konzept und Praxis der Palliative Care wahrgenommen wird.

Der Moralthologe, Philosoph und Mediziner Matthias BECK geht der Frage nach der Beziehung zwischen Spiritualität (Glaube) und Gesundheit nach. Er stellt in seinem Beitrag die Hypothese auf, dass die Epigenetik als junger Wissenschaftszweig eine naturwissenschaftliche Erklärung der Wirkung von Spiritualität auf die Gesundheit liefern können. Es scheint jedenfalls plausibel, dass für die genetisch-epigenetischen Verschaltungen auch die religiöse und spirituelle Ausrichtung des Menschen eine Rolle spielt. Dominik HARTIG und Robert BUDER zeigen anhand der Regeln des Johannes von Gott, Gründer der Barmherzigen Brüder, wie Hospitalität – verstanden als christliche Gastfreundschaft – einen Weg der Umsetzung von christlicher Spiritualität in der Krankenpflege bedeutet.

E. Prat

Enrique H. Prat

Ethischer Fallbericht der Pharmaindustrie: Tamiflu

Ethical Case Report: Drug Companies on behalf of Tamiflu

1. Ein Arzneimittelhersteller auf dem Prüfstand

Die Cochrane-Collaboration¹ ist eine gemeinnützige Organisation, die medizinisches Wissen regelmäßig durch wissenschaftlich hochwertige und sehr angesehene Reviews prüft und vermittelt. Diese Reviews gelten als „goldener Standard“ für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen. Das Arzneimittel Tamiflu (Wirkstoff: Oseltamivir) wurde 1998, 2005, 2009 und 2012 von Cochrane geprüft. Im Review von 2012 wurden schließlich starke Zweifel an der Wirksamkeit des Präparates angemeldet. So schrieb Tom Jefferson, Experte der Cochrane Collaboration und Mitautor der Cochrane-Reviews zu Tamiflu im Sommerheft der österreichischen Zeitschrift „Soziale Sicherheit“: „Abgesehen von Diskrepanzen bei der Angabe von Nebenwirkungen und einigen wichtigen Aspekten zum Studiendesign, die jedoch in keins-ter Weise detailliert wurden, sind wir der Meinung, dass das Arzneimittel (Tamiflu) nicht die Wirkung hat, die der Hersteller angibt.“² Ein harter, aber noch nicht der einzige Vorwurf, den Kritiker an die Adresse von Roche richten.

Die Tamiflu-Story scheint noch lange nicht zu Ende. Zum jetzigen Zeitpunkt (Stand August 2013) lässt sich noch nicht sagen, ob wir es hier mit einem Fehltritt der Pharmaindustrie, konkret des Herstellerkonzerns Roche, zu tun haben, oder ob es sich um eine so nicht intendierte Fehleinschätzung inklusiver einer unglücklichen Abfolge von unkontrollierbaren Ereignissen handelt, oder ob wir drittens bloß vor einer desaströsen Kommunikationsstrategie stehen. Auf jeden Fall hat sich Roche, der Hersteller von Tamiflu, ab jenem

Zeitpunkt, wo schwerwiegende Zweifel an der Wirksamkeit des Präparates seitens des Cochrane-Reviews geäußert wurden, mit der faktischen Weigerung, die geforderten Daten offenzulegen, ethisch, wahrscheinlich auch ökonomisch und politisch bedenklich verhalten. Die Tatsache, dass die Weltgesundheitsorganisation WHO durch Empfehlungen für Tamiflu zumindest indirekt das Verhalten von Roche deckt, ist moralisch gesehen kein mildernder Umstand.

2. Die ethisch relevanten Fakten im Fall Tamiflu

2.1. Was ist Tamiflu

Tamiflu, der Handelsname der Substanz Oseltamivir, ist ein Neuraminidase-Hemmer, d. h. er blockiert einen Eiweißstoff, der für die Verbreitung der Grippeviren sorgt, wodurch ihre Ausbreitung verhindert werden soll. Im September 1999 wurde Oseltamivir als Wirkstoff gegen Grippe erstmals in der Schweiz, im Jahr 2000 in den USA und in Japan, anschließend 2002 in der Europäischen Union zugelassen.

Einen gigantischen Höhenflug startete Tamiflu dank der Bedrohung durch eine Vogelgrippe³-Pandemie im Jahre 2005 und der auf Grund dessen an alle Staaten gegebenen Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach sie dieses Medikament in großen Mengen auf Lager legen sollten. Laut WHO sollte Tamiflu die Ausbreitung der Erreger verlangsamen und schwere Komplikationen wie Lungenentzündungen vermeiden. Im Jahr 2006 steigerte Roche die Verkäufe von Tamiflu gegenüber dem Vorjahr um 68 % auf

2,6 Mrd. Schweizer Franken.⁴ Im Jahr 2009, auf dem Höhepunkt der „Schweinegrippe“ soll der Pharmakonzern Roche 3,1 Milliarden Umsätze mit Tamiflu gemacht haben.⁵

2.2. Die Wirkungsweise von Tamiflu laut Aussagen des Herstellers

Laut Beipackzettel dient Tamiflu zur Behandlung oder Vorbeugung der Virusgrippe (Influenza). Der Wirkstoff verhindere, dass sich das Influenzavirus im Körper ausbreitet, und trägt so dazu bei, dass die Symptome der Influenzavirus-Infektion gemildert werden oder diesen vorgebeugt wird. Oseltamivir sei angeblich auch wirksam bei der Behandlung der sogenannten „Neuen“ Grippe oder „Schweinegrippe“, die durch Viren vom H1N1-Typ verursacht werde; auf die Gefahren von Resistenzentwicklungen wird in der Fachliteratur hingewiesen, sodass die Anwendung von Oseltamivir in der Regel nur auf Fälle ärztlich festgestellter Influenza-Erkrankungen beschränkt werden solle.⁶

Hinsichtlich der Vorbeugung wird weiters im Beipackzettel behauptet: „Tamiflu 45 mg Hartkapseln können nach einem Kontakt mit einer infizierten Person, wie z. B. einem Angehörigen, auch zur Vorbeugung der Influenza angewendet werden. Die Einnahme sollte so früh wie möglich, innerhalb von zwei Tagen nach Kontakt beginnen“.⁷

Als häufige Nebenwirkung (bei bis 10% der Behandelten) werden angeführt: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Magen- bzw. Bauchschmerzen und Kopfschmerzen.

2.3. Zu den Beziehungen zwischen der Fa. Roche und der Cochrane-Group

Im Jahre 2009 forderten die Mitglieder der Cochrane Acute Respiratory Infections Group von der Herstellerfirma die Herausgabe der Originaldaten von acht unveröffentlichten Tamiflu-Versuchen, die in einem von Roche finanzierten Review in extrem gekürzter Form enthalten waren.⁸ Roche versprach die Daten zur Verfügung zu stellen, was bis heute nicht geschehen ist.⁹ Die leider wenig auf-

schlussreiche Korrespondenz zwischen Roche und der Cochrane-Group hat das renommierte British Journal of Medicine auf seine Homepage gestellt.¹⁰

Für den Review 2012 konnte die Cochrane Group auf die in den Archiven der Europäischen Arzneimittelagentur vorliegenden Daten, die für die Zulassung vorgelegt werden mussten, zurückgreifen. Kurz zuvor hatte der Europäische Ombudsman entschieden,¹¹ dass Studiendaten für Arzneimittel, die mit dem Zulassungsantrag vorgelegt werden müssen, zugänglich zu machen sind. In den Archiven lagen unvollständige Berichte über 16 Tamiflu-Versuche. Die Hälfte davon wurde in der 2012-Version des Cochrane Reviews veröffentlicht.¹²

2.4. Die Ergebnisse der Cochrane-Review 2012

Im Review erschienen nur Daten aus 15 Studien zu Oseltamivir. 42 weitere Studien konnten nicht berücksichtigt werden, weil die Daten nicht zur Verfügung standen. Abgesehen von Diskrepanzen bei der Angabe von Nebenwirkungen und einigen wichtigen Aspekten zum Studiendesign heben die Autoren¹³ unter anderem hervor, dass

- a) die Substanz die Fortdauer der Grippe Symptome im Durchschnitt nur um 21 Stunden verkürze,
- b) sie keinen Einfluss habe auf die Häufigkeit, mit der Erkrankte in ein Krankenhaus aufgenommen werden,
- c) kein wissenschaftlich abgesicherter Beleg gefunden werden konnte, wonach durch Tamiflu Komplikationen im Zusammenhang mit einer Grippe verhindert oder die Ansteckungsgefahr gesenkt würde,
- d) psychische und neurologische Störungen, die in Studien auftraten, nicht veröffentlicht und im Beipackzettel auch nicht erwähnt wurden.

Daraus zogen die Forscher den Schluss, dass Oseltamivir weniger wirksam ist und schwerere Nebenwirkungen hat als vom Hersteller behauptet.

Diese Schlussfolgerung wird jedoch von den Autoren selbst dadurch relativiert, dass sie nicht ausschließen können, dass es möglicherweise an-

dere, von Roche zurückgehaltene Studien geben könnte, die ihrem Urteil widersprechen oder es zumindest fragwürdig machen.

2.5. Die MUGAS-Gruppe

Neben der Cochrane-Group beschäftigt sich derzeit eine zweite Gruppe mit Oseltamivir: die Multiparty Group for Advice on Science (MUGAS). Roche arbeitet mit MUGAS zusammen. Im Juni 2013 fand in Brüssel ein von Roche gesponserter Workshop von MUGAS statt, an dem alle Experten, die die klinischen Studien über Tamiflu geführt hatten, teilnahmen.¹⁴ Ein Vertreter des British Journal of Medicine nahm auf eigene Kosten daran teil. Ein Vertreter von Roche gab im Rahmen der Veranstaltung zu, dass frühere Aussagen über die Nebenwirkungen des Produkts nicht stringent wissenschaftlich abgesichert waren. MUGAS will nun die Daten und Ergebnisse der bis jetzt geheim gehaltenen Studien überprüfen und diskutieren. Ob sie dann der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, ist immer noch offen.

3. Ethischer Kommentar

Die pharmazeutische Industrie hat seit eh und je eine zwiespältige Beziehung zur Ethik. Auf der einen Seite betonen ihre Vertreter immer wieder, dass sie Ethik sehr ernst nehmen. Auf der anderen Seite lassen laufende Medienberichte über ethisches Versagen und Missbräuche dieses Industriezweiges nicht nach.

Über die vergangenen Jahrzehnte hinweg betrachtet ist die Pharmaindustrie nach wie vor der am besten verdienende Industriezweig. Sie ist aber auch sehr forschungsintensiv, d. h. sie muss in der Regel rund 10 Jahre lang in die verschiedenen Projekte investieren, bevor sie die Rendite von einigen wenigen davon sehen kann. Dies führt zu beträchtlichen Interessenskonflikten zwischen Stakeholders und Shareholders, d. h. zwischen dem Wohl der Patienten und den Ansprüchen des Kapitals. Beidem gerecht zu werden, verlangt einen sehr hohen ethischen Anspruch.

In Fall „Tamiflu“ sind zwei ständige Problemfelder¹⁵ der Pharmaindustrie ganz offensichtlich betroffen: die wissenschaftliche Qualität der klinischen Studien, aber besonders die Transparenz. Die Autoren der Cochrane Group haben sowohl Bedenken bzgl. des Designs der Studien angemeldet, als auch die Zurückhaltung bei den Studiendaten bzw. die Verweigerung der Offenlegung als schwer nachvollziehbar bezeichnet.

Dennoch muss ein ethischer Kommentator sehr vorsichtig und besonnen sein. Der seriöse Kommentator ist nicht dazu berufen, leichtfertig Personen oder Unternehmen moralisch zu verurteilen. Die obige Faktendarstellung gibt weder über die Absichten noch über die Motivationen der Verantwortlichen des Herstellers Aufschluss. Gerade die Absicht und die Motivation sind entscheidend für die ethische Beurteilung von Handlungen. Daher bemüht sich der Ethiker, von der Annahme der bestmöglichen Absicht und Motivation auszugehen.

Wie bereits erwähnt, verdankt Roche den steilen Anstieg der Umsätze mit Tamiflu zwei Ereignissen, die die Firma kaum beeinflussen konnte: der Vogelgrippe 2005 und der Schweinegrippe 2009. Die Warnung vor einer Pandemie hat sowohl 2005 als auch 2009 jeweils eine Panikhysterie ausgelöst. Die Staaten der Welt mussten agieren und zeigen, dass sie dagegen etwas tun können. Sie haben jene Produkte am Markt gehortet, die die WHO empfohlen hat, an erste Stelle auch Tamiflu. Es war eine politisch motivierte Maßnahme der Regierungen für die Volksgesundheit, aber auch gegen den von den Medien unterstützten Hysterieausbruch. Kann man dies Roche zum Vorwurf machen? Hat Roche hier die Politiker oder die Öffentlichkeit irreführt? Dafür gibt es nicht das geringste Indiz.

Eine weitere ethisch relevante Frage ist, wie die Angaben von Roche bezüglich der Wirkungsweise und der Nebenwirkungen des Medikaments zu beurteilen sind. Zunächst muss festgehalten werden, dass die Cochrane-Reviews eine Wirkung des Arzneimittels nicht in Frage stellen. Eine Verkürzung

der Krankheit um ca. einen Tag (21 Stunden, vgl. 2.4.a) ist wenig für den einzelnen Patienten, aber sehr viel für eine Volkswirtschaft. Die Nebenwirkungen, auch wenn sie nicht ganz vollständig angegeben worden waren, sind nicht so gravierend. Man könnte annehmen, dass Roche von den Ereignissen überrollt wurde, die Firma sah, dass die Staaten an einer Hortung politisch interessiert waren und dass in der Folge die Umsätze ohne ihre Beeinflussung hinaufkletterten. Die Datenlage dürfte damals nicht eindeutig genug gewesen sein, sodass Roche seine eigenen Angaben hätte korrigieren müssen. Vor allem der Zeitpunkt für eine Korrektur dürfte aus politischen Gründen als nicht ganz opportun betrachtet worden sein. So hat Roche schließlich nichts unternommen. Zugegeben, nur Spekulationen, aber doch ganz plausible.

Letztlich ist das Verhalten von Roche ab 2009 gegenüber der Cochrane-Group auch ethisch sehr relevant. Die erwähnte Korrespondenz zeigt, dass Roche in den vier Jahren, nachdem das Risiko der Schweinegrippe vorbei war (2009), nicht bereit war, die Daten offen zu legen, um festzustellen, ob die Aussagen der Cochrane-Reviews stimmen bzw. in den von Roche selber finanzierten Reviews Schlussfolgerungen gezogen wurden, die nicht haltbar waren.

Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Daten der unveröffentlichten Studien von Roche auf Verlangen der Cochrane-Group nicht freigegeben wurden. Es ist ebenso wenig nachvollziehbar, dass, nachdem Roche in der Vergangenheit mehrmals die Veröffentlichung der Daten angekündigt hatte, es dennoch nicht tat. Am 2. April 2013 hat Roche den Cochrane-Forschern in einem Email zugesichert, nicht nur die Daten zu den 74 firmengesponserten Studien zu veröffentlichen, sondern auch die klinischen Studienberichte (CSR) zur Verfügung zu stellen.¹⁶ Die Veröffentlichung sollte im Laufe der letzten Monate passieren. Bis jetzt ist das nicht geschehen.

Vielleicht hat Roche rechtfertigende Gründe, um die geforderten Daten zurückzuhalten. Es ge-

nügt aber nicht, dass der Sprecher von Roche sagt: „Roche steht hinter den Daten, die die Wirksamkeit und Sicherheit von Tamiflu belegen.“¹⁷ Irgendwann wird die Firma diese Daten herausrücken müssen, und man kann nur hoffen, dass dann die Gründe allgemein überzeugend sind. Wenn nicht, dann wird Roche zur rechtlichen und moralischen Verantwortung gezogen werden und kann nicht Milde erwarten. Es wäre jedenfalls gut für den Ruf der Pharmaindustrie, dass der Fall Tamiflu bald lückenlos aufgeklärt ist.

Referenzen

- 1 “The Cochrane Collaboration is an international network of more than 31,000 dedicated people from over 100 countries. We work together to help healthcare practitioners, policy-makers, patients, their advocates and carers, make well-informed decisions about health care, by preparing, updating, and promoting the accessibility of Cochrane Reviews – over 5,000 so far, published online in the *Cochrane Database of Systematic Reviews*, part of *The Cochrane Library*, <http://www.cochrane.org/about-us> (letzter Zugriff am 20. August 2013)
- 2 Jefferson T., *Die Tamiflu-Story. Warum wir Zugang zu allen Daten aus klinischen Studien brauchen*, Soziale Sicherheit 6/2013, S. 334-335
- 3 Kummer F., *Vogelgrippe*, *Imago Hominis* (2005); 12(4): 255-258
- 4 http://de.wikipedia.org/wiki/Oseltamivir#cite_note-6
- 5 *Grippemittel Tamiflu: Zweifel an Wirksamkeit und Sicherheit*, 10. März 2012, <http://www.test.de/Grippemittel-Tamiflu-Zweifel-an-Wirksamkeit-und-Sicherheit-4339218-0/> (letzter Zugriff am 20. August 2013)
- 6 *Medikamentencheck Arzneimittelinformationen Tamiflu 45mg Hartkapseln*, <http://www.apotheken-umschau.de/do/extern/medfinder/medikament-arzneimittel-information-Tamiflu-45mg-Hartkapseln-A96370.html> (letzter Zugriff am 20. August 2013), Absatz 1.1
- 7 ebd., Absatz 3.2.b
- 8 Jefferson T., siehe Ref. 2
- 9 vgl. Imabe-Newsletter, *Pharmaindustrie: Roche verspricht Veröffentlichung der Studiendaten über Tamiflu*, April 2013, <http://www.imabe.org/index.php?id=1895> (letzter Zugriff am 20. August 2013)
- 10 *Tamiflu correspondence with Roche*, <http://www.bmj.com/tamiflu/roche>
- 11 *Tamiflu correspondence with the European ombudsman*,

<http://www.bmj.com/tamiflu/ombudsman>

- 12 vgl. Jefferson T., siehe Ref. 2,
- 13 Jefferson T. et al., *Neuraminidase Inhibitors from preventing and treating influenza in healthy adults and children*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 1. Art. No: CD008965. DOI: 10.1002/146518965.pub3, vgl. auch <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008965.pub3/abstract> und (letzter Zugriff am 20. August 2013)
- 14 Groves T., *What does oseltamivir do, and how will we know?*, BMJ (2013); 347: f4687
- 15 Prat E., *Ethische Probleme der pharmazeutischen Industrie*, Imago Hominis (2005); 12(1): 19-37
- 16 *Tamiflu: Roche verspricht Veröffentlichung von Studiendaten*, 5. April 2013, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53945/Tamiflu-Roche-verspricht-Veroeffentlichung-von-Studiendaten> (letzter Zugriff am 20. August 2013)
- 17 *Grippemittel Tamiflu: Zweifel an Wirksamkeit und Sicherheit*, siehe Ref. 5

Prof. Dr. Enrique H. Prat, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

Monika Deak

Irland: Neues Gesetz weicht Lebensrecht des Ungeborenen auf

Ireland: New Law weakens Right to Life of the Unborn

Am 11. Juli 2013 hat das Unterhaus (Dáil Éireann) des irischen Parlaments die *Protection of Life During Pregnancy Bill* (Gesetz über den Schutz des Lebens während der Schwangerschaft) verabschiedet: 127 Abgeordnete stimmten dafür, 31 Abgeordnete dagegen.¹ Nachdem das Gesetz am 16. Juli auch das Oberhaus (Seanad Éireann) mit der Unterstützung von 41 Senatoren und 15 Gegenstimmen passierte,² unterzeichnete der irische Präsident Michael D. Higgins am 30. Juli jenes Gesetz, das bewusst den Begriff „Abtreibung“ vermeidet und diese verharmlosend als „medizinische Behandlung“ bezeichnet. Higgins sah von einer Prüfung der Verfassungsmäßigkeit durch den Obersten Gerichtshof ab.³ Damit ist in Irland nun die Tötung des Ungeborenen im Fall einer Gefahr für das Leben der Mutter gesetzlich, wobei auch Suizidgefahr dazu zählt. Bisher war die medizinische Behandlung von Schwangeren im Notfall auch unter Gefährdung des Lebens des Kindes legal. Abtreibung hingegen war in Irland gänzlich verboten. Bis das Gesetz allerdings erstmals zur Anwendung gelangt, werden noch einige Monate vergehen.

Instrumentalisierung des Todes von Savita Halappanavar

Der Tod von Savita Halappanavar, einer 31-jährigen gebürtigen Inderin, die am 28. Oktober 2012 im irischen Galway University Hospital starb, fachte die Abtreibungsdebatte in Irland an. Die junge Frau war in der 17. Woche schwanger, als eine bevorstehende Fehlgeburt diagnostiziert wurde.⁴ Halappanavar forderte eine Abtreibung, die jedoch mit Verweis auf die in Irland herrschende Gesetzeslage verweigert wurde. Einige Tage spä-

ter starb sie aufgrund eines starken septischen Schocks. In der medialen Darstellung wurde die Weigerung der Ärzte, das Kind abzutreiben, als die Todesursache dargestellt.⁵ Die nachträglich erhobenen Fakten ergeben jedoch ein komplexeres Bild. Es kam im Fall Halappanavar zu einer unheilvollen Verkettung mehrerer Faktoren: Die Blutvergiftung wurde durch E. coli-Bakterien (aus dem Darmtrakt) ausgelöst, wie der Gerichtsmediziner (Coroner) McLoughlin in einem nachfolgenden Bericht (April 2013) mitteilte. Diese aufsteigende Infektion des Genitaltrakts durch die Darmbakterien führte in der 17. Schwangerschaftswoche zu einer Entzündung der Eihäute und des Mutterkuchens (Chorioamnionitis), die schließlich in einer Blutvergiftung (Sepsis) endete.⁶ Tatsächlich ist es medizinisch weder möglich zu sagen, die Abtreibung hätte das Leben der Mutter gerettet, noch das Gegenteil zu behaupten.

Die Öffentlichkeit sollte aber offenbar in eine bestimmte Richtung gelenkt werden: Abtreibungsbefürworter stilisierten den tragischen Todesfall zu einem Fall eines Opfers restriktiver Abtreibungspolitik. Frauen sollten nicht an verweigerten Abtreibungen sterben müssen, so der mediale Tenor.

Die eingesetzten Schöffen stimmten dem Untersuchungsbericht bzgl. der Todesursachen zu. Gemeinsam schlugen Untersuchungsrichter und Schöffen als Ergebnis ihrer Erhebungen neun Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Behandlung von Schwangeren in Krankenhäusern vor,⁷ darunter Maßnahmen zur verbesserten Protokollierung, Kommunikation und Entscheidungsfindung in heiklen Fällen von Blutvergiftungen wie etwa im Fall von Schwangeren.

Berry Kiely von *Pro Life Campaign* begrüßte die Empfehlungen des Untersuchungsrichters und der Schöffen: „Wir begrüßen die Empfehlungen der gerichtlichen Untersuchung, inklusive dem Ruf nach Richtlinien, die den Ärzten Klarheit bringen für medizinische Behandlungen bei Schwangeren, welche den nicht beabsichtigten Tod des Kindes zur Folge haben könnten.“⁴⁸

Abtreibungsbefürworter beharrten darauf, dass das 8. Gesetz zur Änderung der Verfassung aus 1983, das das Lebensrecht der Ungeborenen schützt, wesentlich zum Tod von Savita Halappanavar beigetragen hat.⁹ Damit wurde der tragische Todesfall gezielt instrumentalisiert, um eine Änderung der irischen Gesetzgebung herbeizuführen.

Zusätzlich zur untersuchungsrichterlichen Prüfung veröffentlichte die Untersuchungskommission des *Health Service Executive* einen Bericht, in dem sie die durch den Untersuchungsrichter festgestellten Todesursachen bestätigt. Gleichzeitig werden darin Vorwürfe gegenüber den Ärzten des *Galway University Hospitals* erhoben. Sie hätten die Verfassung der Patientin unzureichend überwacht, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht erkannt, nicht alle Managementoptionen im Fall einer unvermeidlichen Fehlgeburt angeboten und die Handlungsrichtlinien im Fall einer Blutvergiftung nicht befolgt.¹⁰

Was sagt das neue Gesetz?

Abtreibung war in Irland seit dem *Offences Against the Person Act 1861* (Abschnitte 58 und 59) illegal.¹¹ 1983 wurde das gleiche Lebensrecht von Mutter und Kind mit dem 8. Änderungsgesetz in der Verfassung verankert (Article 40.3.3): „Der Staat anerkennt das Lebensrecht des Ungeborenen und garantiert in seinen Gesetzen, unter Berücksichtigung des gleichen Lebensrechts der Mutter, dieses Recht zu respektieren und es, so weit als möglich, durch seine Gesetze zu verteidigen und zu rechtfertigen.“¹²

Die irische Abtreibungsdiskussion hat eine lange Geschichte, immer wieder gab es Urteile

und Referenden zu diesem Thema. 1992 entschied der Oberste Gerichtshof im *X Case* Urteil, dass ein 14-jähriges Vergewaltigungsopfer nach Großbritannien reisen darf, um dort eine Abtreibung durchführen zu lassen. Laut dieser Rechtsprechung dürfen aus Gründen der mentalen Gesundheit, auch bei Suizidgefahr, Abtreibungen bis zum neunten Monat durchgeführt werden.¹³ Dieses Urteil ist nur für den *X Case* bindend, wie der ehemalige irische Höchstrichter Brian Walsh erklärt hat.¹⁴ Die Regierung war nicht verpflichtet, die Gesetzgebung an dieses Urteil anzupassen, wie in einem parlamentarischen Hearing thematisiert wurde.¹⁵ Gerade der *X Case* wurde aber in der Diskussion im Vorfeld der Verabschiedung des Abtreibungsgesetzes immer wieder ins Feld geführt.

Mit der nun beschlossenen *Protection of Life During Pregnancy Bill*¹⁶ werden die Abschnitte 58 und 59 des *Offences Against the Person Act 1861* aufgehoben (Art 5). Gleichzeitig ist künftig die Tötung des Ungeborenen in den folgenden drei Fällen – ohne zeitliche Frist, also bis zur Geburt – legal, wenn

1. zwei untersuchende Ärzte (Gynäkologe und Facharzt für den relevanten Bereich) eine wirkliche und bedeutende Lebensgefahr der Mutter aufgrund physischer Erkrankung feststellen, wenn diese nur durch eine Abtreibung abgewendet werden kann, und wenn ein Gynäkologe den Eingriff in einer genehmigten Einrichtung durchführt (Abschnitt 7);
2. wenn ein Arzt nach Untersuchung einer schwangeren Frau feststellt, dass eine unmittelbare Lebensgefahr durch eine physische Erkrankung besteht und deshalb eine Abtreibung notwendig ist, um das Leben der Frau zu retten, und wenn diese durch den Arzt durchgeführt wird (Abschnitt 8);
3. wenn drei untersuchende Ärzte (Gynäkologe und zwei Psychiater) feststellen, dass eine wirkliche und bedeutende Lebensgefahr der Mutter durch Suizid besteht, und sie der Meinung sind, dass diese Gefahr nur durch eine Abtreibung abgewendet werden kann, vorausgesetzt,

ein Gynäkologe führt die Abtreibung in einer genehmigten Einrichtung durch (Abschnitt 9).

Was heißt Lebensgefahr?

Im neuen Gesetz zur Tötung des Ungeborenen finden sich keine näheren Erläuterungen von Lebensgefahr. Was genau ist eine „wirkliche und bedeutende Lebensgefahr“ (Art 7.1.a.i oder Art 9.1.a.i) oder eine „unmittelbare Lebensgefahr“ (Art 8.1.a) der Mutter? Hier liegt ein großer Interpretationsspielraum, der leicht missbraucht werden könnte.

Lebensschützer befürchten, dass durch das neue Gesetz die Zahl der Tötungen von Ungeborenen steigen wird, insbesondere was die Indikation der Abtreibung bei Suizidgefahr betrifft. Abtreibungslobbyisten hingegen finden das neue Gesetz zu eingeschränkt, da es Abtreibungen im Fall von Vergewaltigung, Inzest oder bei fötalen Fehlbildungen nicht erlaubt.¹⁷

Die Auflage, dass zwei Psychiater gemeinsam mit einem Gynäkologen eine Suizidgefahr diagnostizieren müssen, mindert zwar die Missbrauchsgefahr, dennoch bleibt besonders diese Passage eine Missbrauch ermöglichende Schwachstelle des Abtreibungsgesetzes. Zudem vermittelt das Gesetz den Eindruck, Suizidgefahr könne eindeutig festgestellt werden. Zurecht weisen die *Media Guidelines for Reporting Suicide and Self-Harm* der *Irish Association of Suicidology and the Samaritans* darauf hin, dass Suizid ein sehr komplexes Phänomen ist. Menschen nehmen sich nicht aufgrund eines singulären Ereignisses das Leben. Suizid solle nicht als unvermeidliche Folge schwerer persönlicher Probleme dargestellt werden.¹⁸

In einer offiziellen Befragung der Psychiater des Landes (302 Psychiater, Rücklaufquote: 40 Prozent) wandte sich ein hoher Prozentsatz (113 Psychiater) gegen die Einführung der Möglichkeit von Abtreibung bei Suizidgefahr. Es gäbe keinerlei medizinische Grundlagen oder Forschungsdaten, wonach Abtreibung eine geeignete Behandlung bei Suizidgefahr wäre. Die Ärzte kritisieren heftig, dass sie nun offenbar durch die Regierung aufgefordert wür-

den, sich an Prozessen beteiligen zu müssen (etwa als Gutachter), ohne dass dafür die wie sonst in allen medizinischen Behandlungen erforderlichen evidenzbasierten Richtlinien (EBM) vorhanden wären.¹⁹

Dass die Tötung eines ungeborenen Menschen keine Lösung für psychische Probleme sein kann, zeigt auch eine kürzlich im *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* erschienene Studie, wonach eine Abtreibung das Risiko für psychische Probleme nicht reduziert, sondern erhöht.²⁰

Verweigerung einer Behandlung aufgrund von Gewissensvorbehalt?

Die *Protection of Life During Pregnancy Bill* sieht in Art 17.1 vor, dass ein Arzt, eine Krankenschwester oder eine Hebamme sich aufgrund eines Gewissensvorbehalts weigern und nicht gezwungen werden können, an der „medizinischen Behandlung“ in Form von Tötung eines Ungeborenen mitzuwirken. Mit der Tatsache, dass das neue Gesetz, welches das Wort Abtreibung vermeidet, eine Klausel für einen Gewissensvorbehalt vorsieht, geben die Verfasser indirekt zu, dass das Gesetz auch Abtreibung behandelt.

Die *Protection of Life During Pregnancy Bill* sieht 25 Krankenhäuser für die Durchführung von Abtreibungen vor. Die Frage, ob sich eine der bestimmten Institutionen weigern darf, stellt sich bereits. Kevin Doran, Direktionsmitglied des *Mater Misericordiae University Hospitals*, erklärte, dass sein Spital keine Abtreibungen durchführen werde, weil dies dem ärztlichen Ethos des Hauses entgegensteht. Das Krankenhaus arbeitet noch an einer offiziellen Erklärung zum neuen Abtreibungsgesetz. Ein Vertreter des Gesundheitsministeriums hat jedoch bereits betont, dass die Weigerung aus Gewissensgründen, die für Einzelpersonen gilt, nicht auf Institutionen anwendbar sei.²¹ Das *Mater Misericordiae University Hospitals* und ein weiteres Krankenhaus sind die einzigen der 25 Krankenhäuser, die nicht dem *Health Service Executive* (Gesundheitsverwaltung) unterstehen. Das zweite unabhängig verwaltete St. Vincent's University Hospital

hat sich gebeugt und angekündigt, wie immer den Gesetzen des Landes zu folgen.²²

Welcher gesetzliche Schutz bleibt für Ungeborene?

Welche gesetzlichen Regelungen bleiben nun zum Schutz des ungeborenen Menschen, nachdem die Art 58 und 59 des *Offences Against the Person Acts* nicht mehr in Kraft sind? Im Art 22 der *Protection of Life During Pregnancy Bill* ist die Zerstörung ungeborenen menschlichen Lebens thematisiert. Die bewusste Vernichtung eines Ungeborenen ist eine Straftat (Art 22.1), die mit einer Geldstrafe oder einer Haftstrafe, die die Dauer von 14 Jahren nicht überschreitet, oder mit beidem geahndet wird (Art 22.2). Eine strafrechtliche Verfolgung für eine derartige Straftat ist nur durch oder mit Zustimmung des Leiters der Staatsanwaltschaft möglich (Art 22.3). Der Art 40.3.3 der Verfassung bleibt durch das Abtreibungsgesetz unangetastet. Auf ihn werden sich die Lebensschützer berufen, um gegen die *Protection of Life During Pregnancy* vorzugehen.

Anfechtung wegen Verfassungswidrigkeit

Caroline Simons, rechtliche Beraterin von *Pro Life Campaign* betonte, dass es mit dem neuen Abtreibungsgesetz in der irischen Geschichte das erste Mal legal ist, auf das Leben eines unschuldigen Menschen vorsätzlich abzuzielen. Lebensschützer würden, so Simons, an der Aufhebung der *Protection of Life During Pregnancy Bill* arbeiten.²³

Das Leben einer Mutter muss unter allen medizinischen Umständen geschützt werden, auch bei Komplikationen während der Schwangerschaft. Dies war bereits vor dem neuen Abtreibungsgesetz möglich. Wie Senator Jim Walsh in seiner Rede vom 16. Juli 2013 betont, hat das *Joint Committee on Health and Children* in einem Hearing berichtet, dass es nach aktueller medizinischer Praxis schon vor der *Protection of Life During Pregnancy Bill* keine Einschränkungen für einen Gynäkologen in der Behandlung einer Frau gab.²⁴ Man kann sich also nicht des Eindrucks erwehren, dass das irische

Abtreibungsgesetz verabschiedet wurde, um für eine schleichende Ausweitung der Abtreibungsgesetzgebung die Hintertür offen zu lassen.

In einer Aussendung vom 8. Juli 2013 kündigten die irischen Bischöfe für den nun eingetretenen Fall des Inkrafttretens des Abtreibungsgesetzes eine Anfechtung wegen Verfassungswidrigkeit an. Sie betonten, dass das Gesetz die Kultur und Praxis medizinischer Versorgung in Irland grundlegend verändern werde. Damit wird die Prämisse, Abtreibung sei eine angemessene Reaktion auf Suizidgedanken, akzeptiert. Außerdem würden schwerwiegende moralische, rechtliche und verfassungsrechtliche Konflikte im Bereich der Gewissens- und Religionsfreiheit geschaffen.²⁵

Das bekamen auch Politiker der konservativen Partei Fine Gael zu spüren, die trotz des Fraktionszwangs gegen eine Liberalisierung der Abtreibung votierten. Sie wurden aus der Partei ausgeschlossen – unter ihnen auch die 32-jährige Lucinda Creighton, bislang Staatsministerin für europäische Angelegenheiten, die nach dem Ausschluss von ihrem Amt zurücktrat. Sie galt als der aufsteigende Stern der Partei. In ihrer mutigen Rede vor dem parlamentarischen Unterhaus kreierte sie den verordneten Gruppenzwang an, der eine Negierung des eigenen Gewissens forderte, und brachte auf den Punkt, warum sie – als ursprüngliche Abtreibungsbefürworterin – inzwischen auf der Seite des Lebensrechtes des Ungeborenen steht: Zum ersten Mal überhaupt werde im irischen Recht und entgegen der ausdrücklichen verfassungsrechtlichen Verpflichtungen eine Werteskala von Menschen in diesem Staat verankert. Es komme einem Verfall gleich, wenn ein Gesetz vermittelt „dass wir auswählen können, wer es verdient zu leben und wer nicht.“²⁶

Referenzen*

- 1 Dáil Éireann Debate, *Protection of Life During Pregnancy Bill 2013: Report Stage (Resumed) and Final Stage (Continued)*, 11. 07. 2013, <http://oireachtasdebates.oireachtas.ie/debates%20authoring/debateswebpack.nsf/takes/>

- dail2013071100069?opendocument
- 2 Seanad Éireann Debate, *Protection of Life During Pregnancy Bill 2013; Second Stage (Resumed) (Continued)*, 16. 07. 2013, <http://oireachtasdebates.oireachtas.ie/debates%20authoring/debateswebpack.nsf/takes/seanad2013071600041?opendocument>
 - 3 *President Higgins signs Protection of Life During Pregnancy Bill into law*, RTE News Ireland, 30. Juli 2013, <http://www.rte.ie/news/2013/0730/465447-protection-of-life-during-pregnancy-bill/>
 - 4 *Halappanavar inquest jury returns verdict of death by medical misadventure*, Irish Times, 19. April 2013, <http://www.irishtimes.com/news/health/halappanavar-inquest-jury-returns-verdict-of-death-by-medical-misadventure-1.1366326>
 - 5 vgl. *Pregnant woman dies in Ireland after being denied an abortion*, The Telegraph, 15. Dezember 2012, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/ireland/9679840/Pregnant-woman-dies-in-Ireland-after-being-denied-an-abortion.html>
 - 6 Health Service Executive, *Investigation of Incident 50278 from time of patient's self referral to hospital on the 21st of October 2012 to the patient's death on the 28th of October*, 2012, Juni 2013, S. 4, <http://cdn.thejournal.ie/media/2013/06/savita-halappanavar-hse-report.pdf>; *Kommission: Ärzte schuld am Tod wegen verwehrter Abtreibung*, kipa/apic, 14. Juni 2013, <http://www.kipa-apic.ch/index.php?na=0,0,0,0,d&ki=244108>
 - 7 *Savita inquest: The coroner's nine recommendations endorsed by the jury*, thejournal.ie, 19. April 2013, <http://www.thejournal.ie/savita-inquest-the-coroners-9-recommendations-876864-Apr2013/>
 - 8 *Pro Life Campaign welcomes Inquest call for Guidelines to give doctors clarity on treatment of women in pregnancy*, Pro Life Campaign, 19. April 2013, http://prolifecampaign.ie/?page_id=2908, Originalwortlaut: "We welcome all the recommendations from the inquest, including the call for Guidelines providing clarity for doctors in relation to medical interventions for women in pregnancy, which may result in the unintended loss of the baby."
 - 9 *Savita inquest reaction: 'She was sadly let down by the healthcare system'*, 19. Juli 2013, <http://www.thejournal.ie/article.php?id=877142>
 - 10 Health Service Executive, siehe Ref. 6, S. 13
 - 11 *Offences Against the Person Act 1861*, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/24-25/100/contents>
 - 12 *Constitution of Ireland*, http://www.taoiseach.gov.ie/eng/Publications/Publications_Archive/Publications_2012/Bunreacht_na_h%C3%89ireann-Aug2012.pdf; Originalwortlaut Article 40.3.3°: "The State acknowledges the right to life of the unborn and, with due regard to the equal right to life of the mother, guarantees in its laws to respect, and, as far as practicable, by its laws to defend and vindicate that right."
 - 13 *Overview of abortion related history*, Life Institute, <http://www.thelifeinstitute.net/history/overview/>
 - 14 *Life Institute, 6 key reasons why Abortion Bill should fail*, 24. Mai 2013, <http://www.thelifeinstitute.net/blog/2013/05/24/6-key-reasons-why-abortion-bill-should-fail/>
 - 15 *Oireachtas hearings on abortion legislation conclude*, 21. Mai 2013, <http://www.rte.ie/news/2013/0521/451603-abortion-legislation/>
 - 16 *Protection of Life During Pregnancy Bill 2013*, <http://www.oireachtas.ie/documents/bills28/acts/2013/a3513.pdf>
 - 17 *Irish abortion bill going to final vote in lower house*, 10. Juli 2013, <http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-23244515>
 - 18 *Irish Association of Suicidology and the Samaritans, Media Guidelines for Reporting Suicide and Self-Harm*, <http://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/press/Irish%20Media%20Guidelines%202009.pdf>
 - 19 *More than 100 psychiatrists disagree with abortion proposal*, Independent.ie, 25. April 2013, <http://www.independent.ie/irish-news/more-than-100-psychiatrists-disagree-with-abortion-proposal-29222046.html>
 - 20 *Fergusson D. M., Horwood L. J., Boden J. M., Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry (2013), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23553240>
 - 21 *Irish Catholic hospital not allowed to opt out of abortion requirement: government*, 9. August 2013, <http://www.lifesitenews.com/news/irish-catholic-hospital-not-allowed-to-opt-out-of-abortion-requirement-gove/>
 - 22 *Late change could allow Mater opt out of providing abortions*, 8. August 2013, <http://www.irishtimes.com/news/health/late-change-could-allow-mater-opt-out-of-providing-abortions-1.1487637>
 - 23 *Irish pro-life campaigners vow to fight new abortion law*, Catholic Herald, 31. Juli 2013, <http://www.catholiceraald.co.uk/news/2013/07/31/irish-pro-life-campaigners-vow-to-fight-new-abortion-law/>
 - 24 *Walsh J., Speech*, 16.07.2013, in: *Protection of Life During Pregnancy Bill 2013: Second Stage (Resumed) (Continued)*, <http://oireachtasdebates.oireachtas.ie/debates%20authoring/debateswebpack.nsf/takes/seanad2013071600036?opendocument>
 - 25 *Bishops consider challenge to abortion bill*, 9. Juli 2013, <http://www.catholicireland.net/bishops-challenge-abortion-bill/>

26 Creighton L., *Speech*, 01.07.2013, in : Protection of Life During Pregnancy Bill 2013: Second Stage (Resumed) (Continued), <http://oireachtasdebates.oireachtas.ie/debates%20authoring/debateswebpack.nsf/takes/dai-12013070100008?opendocument>

* Letzter Zugriff auf sämtliche Internetseiten am 4. September 2013

Mag. Monika Deak, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
deak@imabe.org

Axel W. Bauer

Anthropologische Grundlagen der Medizin

Historical Concepts in Medical Anthropology

Zusammenfassung

Gesundheit und Krankheit sind als konträre normative Tatsachen aufzufassen, wobei Krankheit drei Kriterien erfüllt: 1. Sie wird von dem betroffenen Menschen oder von dessen sozialem Umfeld als störend empfunden. 2. Als ihr Austragungsort wird der Körper des betroffenen Menschen angesehen. 3. Wenn eine Behandlung des erkrankten Menschen durch einen medizinischen Experten erwogen wird, so wird der Kranke zum Patienten. Gesundheit und Krankheit unterliegen dem historischen Wandel. Der Ausdruck „medizinische Anthropologie“ wurde erst im 16. Jahrhundert zum Titel einer eigenen wissenschaftlichen Disziplin. Seither kommentiert die medizinische Anthropologie die Entwicklung der Medizin entweder affirmativ, kompensatorisch oder integrativ. Am Beginn des 21. Jahrhunderts favorisiert die Biomedizin sowohl die prädiktive Medizin als auch das biologische *Enhancement*. Der Patient der Gegenwart erscheint nur noch als Gegenstand ökonomischer Berechenbarkeit, als *Homo oeconomicus*, dessen Menschenwürde auf dem Spiel steht.

Schlüsselwörter: Medizinische Anthropologie, Gesundheit, Krankheit, prädiktive Medizin, Menschenwürde

Abstract

Health and illness should be described as contrary normative facts. Illness meets three criteria: 1. It is perceived as a nuisance by a person and/or their social environment. 2. It seems to be localized in the body of an affected person. 3. If a treatment of the affected person (which may be performed by a medical expert) is considered to be necessary, the person will take over the role of a patient. Health and illness are subject to historical change. It was not until the 16th century AD when medical anthropology started as a discipline of its own. Since then, medical anthropology comments the development of medicine either in an affirmative, a compensatory or an integrative way. At the beginning of 21st century, biomedicine includes predictive medicine as well as physical enhancement. The patient within the medical system seems to be a subject of economic calculability, a *Homo economicus* whose human dignity is at stake.

Keywords: Medical Anthropology, Health, Illness, Predictive Medicine, Human Dignity

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Axel W. Bauer
Leiter des Fachgebiets Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
Ludolf-Krehl-Straße 7-11, D-68167 Mannheim
axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de

1. Gesundheit und Krankheit als normative Pole menschlichen Befindens

Noch nie wurde so viel Geld für das so genannte „höchste Gut“ Gesundheit eingesetzt wie heute. Im Jahre 2012 gab die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland 184,5 Milliarden Euro aus.¹ Angesichts eines Bruttoinlandsprodukts von 2,645 Billionen Euro entsprach diese Summe wie schon in den Vorjahren annähernd 7 Prozent der deutschen Wirtschaftsleistung.² Der Gesundheitsmarkt boomt, er ist eine „Wachstumsbranche“ geworden. Gesundheit ist in aller Munde. Auf Geburtstagskarten wird die Gesundheit fast schon stereotyp thematisiert, doch mit steigendem Lebensalter werden die entsprechenden Wünsche illusionär. So propagiert etwa der aus den Medien bekannte Arzt und Buchautor Dietrich Grönemeyer (*1952) seit Jahren immer wieder den Merksatz *Turne bis zur Urne!*, wenn es um das Thema „Fitness im Alter“ geht.³

Begriff, Definition und Verständnis von Gesundheit sind strittig. In erster Linie wird zwar die Medizin als diejenige Disziplin angesehen, die sich mit der *Gesundheit* auskennen sollte. In Wirklichkeit ist die Medizin aber vollauf mit der Erkennung und Behandlung von *Krankheiten* beschäftigt. Da Gesundheit und Krankheit als einander kontradiktorisch, wenn nicht sogar konträr gegenüber stehende Begriffe⁴ aufgefasst werden, kann ein Blick auf den Krankheitsbegriff Informationen über den Gesundheitsbegriff zu Tage fördern.⁵

Gängige Definitionen von Krankheit zeichnen sich durch intellektuelle Schlichtheit aus, die nicht selten auf logischen Zirkelschlüssen beruht. So wird Krankheit abstrakt als Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen beziehungsweise seelischen Veränderungen beschrieben, ohne dass die ebenfalls erklärungsbedürftigen Ausdrücke *Störung* und *Veränderung* ihrerseits definiert würden. Auch die in der Rechtsprechung des deutschen Bundessozialgerichts

entwickelte Formel, wonach Krankheit ein „Zustand von Regelwidrigkeit im Ablauf der Lebensvorgänge“ ist, der Krankenpflege und Therapie erfordert und aus dem eine „berufsspezifische erhebliche Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit“ resultiert, mag in der juristischen Praxis zwar von Nutzen sein. Sie erliegt aber ebenso der logischen Zirkularität, da sie den gleichermaßen unklaren normativen Begriff der *Regelwidrigkeit* zur Definition der *Krankheit* benutzt.⁶

Der allgemeine Krankheitsbegriff, der eine generelle Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit ermöglichen sollte, ist in der Wissenschaftstheorie der Medizin bis heute heftig umstritten. Eine besonders kontrovers diskutierte Frage kreist um folgendes Problem: Ist der allgemeine Krankheitsbegriff kulturell relativ und insoweit historisch bedingt, oder beruht er auf bestimmten physikalischen Prozessen, die unabhängig von einem geschichtlichen Perspektivenwechsel stets als krankhaft bezeichnet werden müssen?

Die Vermutung, dass bei der Beschreibung von Krankheit(en) nicht die bloße Feststellung zeitunabhängiger physikalischer Tatsachen, sondern vielmehr die Erzeugung und Aushandlung historisch gewachsener sozialer Tatsachen vor sich geht, ist durch eine Fülle an medizinhistorischer Evidenz empirisch belegt. Diese sozialen Tatsachen repräsentieren zwar keine objektiven materiellen Realitäten der Außenwelt, sie sind aber auch nicht bloß subjektive Empfindungen einzelner Individuen. Soziale Tatsachen müssen vielmehr als von Menschen geschaffene Institutionen angesehen werden, die innerhalb einer Kultur- und Sprachgemeinschaft nach bestimmten Regeln intersubjektiv konstituiert, stabilisiert und modifiziert werden. Diese Regeln folgen der Struktur *A gilt als B im Kontext der Sprachgemeinschaft C*. Soziale Tatsachen sind also auf eine bestimmte Art und Weise interpretierte Tatsachen der physikalischen Welt. In ihnen gehen Lebenswelt und Sprachwelt eine konkrete, wertbezogene Verbindung ein, die indessen flexibel und historisch labil ist.

Eine bestimmte Konstellation von körperlichen beziehungsweise seelischen Anzeichen (Symptomen) gilt demnach als krankhaft im Kontext einer zeitlich und räumlich zu definierenden sozialen Gemeinschaft. Die *negative Normativität* („Etwas ist oder verhält sich nicht so, wie es sein oder sich verhalten sollte“) repräsentiert den gemeinsamen Nenner des allgemeinen Krankheitsbegriffs. Die Beobachtung, dass bestimmte körperliche, seelische oder soziale Phänomene über einen historisch gesehen sehr langen Zeitraum hinweg kontinuierlich als krankhaft gegolten haben oder noch immer als krankhaft gelten, ändert nichts daran, dass die Verknüpfung der entsprechenden Phänomene mit dem Etikett *krankhaft* eine prinzipiell labile beziehungsweise jederzeit revidierbare Verbindung zwischen Lebenswelt und Sprachwelt darstellt.

Was der Philosoph Richard M. Hare (1919 – 2002) schon 1952 über die *Sprache der Moral* geschrieben hat, gilt für die *Sprache der Krankheit* nicht minder: Krankheitsbegriffe können nicht bloß Tatsachenfeststellungen sein, denn wenn sie das wären, würden sie nicht die Funktionen erfüllen, die sie erfüllen, oder sie hätten nicht die logischen Merkmale, die sie haben. Entweder müssen wir das nicht reduzierbar vorschreibende Element im Krankheitsbegriff anerkennen, oder aber wir müssten gestatten, dass ein lediglich als beschreibend aufgefasster Krankheitsbegriff ärztliche Handlungen nicht mehr in der Weise anleiten würde, wie er es nach gewöhnlichem Verständnis offensichtlich tut.⁷

Die gemeinsame Basis zwischen einer das Leben bedrohenden Krankheit (zum Beispiel einem Magenkrebs) und einer lediglich schmerzhaften beziehungsweise einer die körperlichen Funktionen oder das seelische Erleben störenden Erkrankung (zum Beispiel einem wiederholten Migränekopfschmerz, einer Depression oder einem Oberarmbruch) besteht nicht in einer biologischen Gemeinsamkeit, sondern vielmehr darin, dass alle diese Zustände

1. die betroffene Person und/oder deren soziales Umfeld stören,

2. als im Körper der betroffenen Personen lokalisiert angesehen werden,
3. als einer Behandlung bedürftig gelten.

Sucht der gemäß den Kriterien (1) und (2) *Kranke* tatsächlich einen Arzt oder eine andere von ihm als heilkundig betrachtete Person auf, so wird aus ihm gemäß Kriterium (3) ein *Patient*. Nur der Mensch, nicht die „Natur“ hat einen – anthropologisch zweifellos sinnvollen – Krankheitsbegriff entwickelt. In der „Natur“ laufen lediglich physikalische und biologische Prozesse ab; ob die betroffenen Menschen jene Abläufe angenehm finden oder sich vor ihnen fürchten, ist kein Aspekt der Physik und der Biologie. Der Ausdruck *Krankheit* bezeichnet insofern ein kulturelles Konstrukt, aber keine naturwissenschaftliche Konstante.

Die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1946 die *Gesundheit* in ihrer Präambel wie folgt: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. ⁸ Aus unseren bisherigen Überlegungen zum Krankheitsbegriff folgt, dass es sich auch bei der Gesundheit um ein wertbezogenes Konstrukt und damit um eine historisch variable soziale Tatsache handelt. Wie die WHO-Definition zudem nahelegt, verhält sich Gesundheit *konträr* zur Krankheit. Gesundheit und Krankheit werden als einander nicht berührende Extreme definiert, zwischen denen sich ein mehr oder minder breites „Niemandland“ erstreckt. Es ist interessant zu beobachten, dass bereits die Medizin der Antike eben dieses „Niemandland“ kannte und es als *Neutralitas* bezeichnet hat.

2. Gesundheit als Individualnorm in der Vier-Säfte-Lehre der Antike

Gemäß der traditionellen medizinischen Vier-Säfte-Lehre (*Humoralpathologie*) oblag es dem Arzt in der griechisch-römischen Antike, gerade den neutralen Zwischenraum (*Neutralitas*) zwischen Krankheit (*Aegritudo*) und Gesundheit (*Sanitas*) durch die diätetische Regelung der Lebensführung

(*Perfectio vitae*) zu erhalten. Die *Neutralitas* repräsentierte dabei jenes „Niemandland“ (*ne-utrum*), innerhalb dessen sich der normale Lebensalltag des Menschen in aller Regel abspielte.

Häufig lässt man medizinhistorische Darstellungen mit Hippokrates (460 – 377 v. Chr.) beginnen, dem berühmten, meist aber ungenau zitierten und fehlerhaft interpretierten „Ahnherrn“ der griechischen Heilkunde und der abendländischen Medizin.⁹ Der auf der Insel Kos in der östlichen Ägäis geborene Hippokrates lebte in der zweiten Hälfte des 5. Jahrhunderts vor Christus, und er war ein sehr bekannter Arzt, der sogar in den Dialogen Platons (427 – 347 v. Chr.) als medizinische Autorität genannt wird. Doch vermutlich sind höchstens drei der rund sieben Bücher der Schriftensammlung *Corpus Hippocraticum* von ihm selbst verfasst worden. Die übrigen Texte, darunter auch der *Hippokratische Eid*, stammen von Autoren aus dem Schülerkreis des Hippokrates. Es finden sich sogar Bücher darunter, die gar nicht von Ärzten, sondern von Philosophen oder Rednern geschrieben worden sind. Der größte Teil der hippokratischen Abhandlungen entstand zwischen etwa 430 und 350 vor Christus.¹⁰

Die Schriften spiegeln den Geist eines naturalistischen Denkens wider. Nach der Lehre des vorsokratischen Philosophen Empedokles von Agrigent (490 – 430 v. Chr.) bestand der gesamte Kosmos aus vier Elementen, nämlich *Luft, Feuer, Erde und Wasser*. Um die Wende vom 5. zum 4. Jahrhundert wurde diese physikalische Kosmologie in eine engere Korrespondenz zur Physiologie des Menschen gesetzt, als ein hippokratischer Autor in der Schrift über die *Natur des Menschen* erstmals behauptete, dass der menschliche Körper aus einer Mischung von vier den Elementen der Physik analogen Säften bestehe, und zwar aus *Blut, gelber Galle, schwarzer Galle und Schleim*.¹¹ Das war die Geburtsstunde der *Vier-Säfte-Lehre*, die bis ins 17. Jahrhundert das wissenschaftliche Rückgrat der Medizin des Abendlandes bildete.

Die hippokratischen Ärzte machten die in-

dividuelle Konstellation der vier Körpersäfte für Gesundheit und Krankheit des Menschen verantwortlich. Dabei kam es ihnen nicht auf eine quantitativ homogene Mischung (*temperamentum*) an, vielmehr schwankte das jeweilige Temperament um einen individualtypischen Wert, der unter anderem geschlechts-, alters- und jahreszeitenabhängig war. Man könnte in diesem Sinne sagen: Jeder Mensch hat seine eigene Ausprägung der Gesundheit. Krank wird er dann, wenn er von dieser, ihm gewohnten Lage abweicht.

Hippokrates war vor allem ein exakter Beobachter der körperlichen Phänomene. Um das subjektive Krankheitserleben seiner Patienten kümmerte er sich nur dann, wenn ihr Verhalten Aufschluss über die Art der Erkrankung oder über deren Prognose liefern konnte. Sachlich und emotionslos schilderte er um 410 v. Chr. etwa den Fall eines Patienten, der vermutlich an Blutvergiftung litt (Epidemien I, Krankengeschichte I): „Kriton auf Thasos bekam, während er herumlief, starken Schmerz im Fuß, der von der großen Zehe ausging. Am gleichen Tag legte er sich nieder, bekam Kälteschauer und Übelkeit, dann wurde ihm wieder etwas wärmer, zur Nacht delirierte er. Am zweiten Tag bekam er eine rötliche Schwellung mit Spannung am ganzen Fuß und am Knöchel, schwarze Bläschen, heftiges Fieber, Raserei; etwas ungemischter, galliger Stuhl ging ab. Am zweiten Tag nach Ausbruch der Krankheit starb er“.¹²

Die professionelle Aufmerksamkeit des hippokratischen Arztes richtete sich auf die Wiederherstellung der physiologischen Funktion – oder aber auf die Erkenntnis einer schlechten Prognose. Die medizinische Theorie der Hippokratiker hatte eine Vorliebe für mechanische Wirkungszusammenhänge. Selbst die Epilepsie, ein Leiden mit psychischen Symptomen, wurde als Folge übermäßiger Schleimproduktion im Gehirn bei gleichzeitiger Verstopfung des Schleimabflusses interpretiert.¹³ Die Sicht der hippokratischen Ärzte auf den Menschen war ein sachlicher Blick von außen, wobei der Körper des Patienten als

eine unerschöpfliche Quelle von Zeichen betrachtet wurde, deren Informationsgehalt es rasch und professionell zu entschlüsseln galt. Die subjektive Erlebniswelt ihrer Patienten hingegen blieb diesen Ärzten fremd, oder sagen wir es medizinhistorisch zurückhaltender: Man findet jedenfalls in den uns überlieferten Texten nichts über Motive, Gefühle oder Lebensziele der Kranken.

3. Das Menschenbild der Medizin um 1700 zwischen Physikalismus und Vitalismus

Die wissenschaftliche Krise der Vier-Säfte-Lehre, die auch während des Mittelalters im christlichen Abendland gültig geblieben war, begann im Zeitalter des Barock. Das 17. Jahrhundert war eine Periode des Umbruchs in der Medizin und den Naturwissenschaften. Die Heilkunde fing an, sich aus dem dogmatisch erstarrten, traditionellen System wie aus einem nicht mehr passenden Korsett zu befreien. Dabei forderte eine neue, mechanistische Denkweise von Ärzten, die den menschlichen Körper als eine physikochemische Apparatur betrachteten, mehr und mehr Beachtung. Die von dem französischen Philosophen René Descartes (1596 – 1650) zur Zeit des Dreißigjährigen Krieges formulierte Trennung des Leibes in *Res extensa* (Körper) und *Res cogitans* (Seele) wirkte auch auf die Medizin ein, die ihr Interesse jetzt auf die Erforschung der nach physikalischen Gesetzen arbeitenden Körper-Maschinerie konzentrierte. Ein wichtiger Schritt war die 1628 publizierte Beschreibung des Blutkreislaufs durch den englischen Arzt William Harvey (1578 – 1657). Bereits 1626 hatte der italienische Forscher Santorio Santorio (1561 – 1636) Fieber mit einem Thermometer gemessen, und in den 1660er Jahren stellte der in den Niederlanden wirkende, ursprünglich aus Hanau stammende Arzt Franz de le Boë (1614 – 1672), der sich auf Lateinisch *Franciscus Sylvius* nannte, eine chemische Theorie der Verdauung auf.¹⁴

Schon bald aber trat Ernüchterung ein, denn das Versagen des neuen Menschenbildes in der ärztlichen Therapie wurde nach kurzer Zeit deut-

lich. Am Ende des 17. Jahrhunderts entstand zudem in Deutschland eine von Pietisten initiierte, radikale Strömung gegen alles, was wie wissenschaftliche Autorität anmutete. Diese theologische Bewegung, die an der 1695 gegründeten Universität in Halle an der Saale ihr Zentrum fand, richtete ihre Angriffe zugleich gegen die herrschende Theologie und Medizin, wobei der aus Ansbach stammende Professor Georg Ernst Stahl (1659 – 1734) der führende Aktivist im Bereich der Heilkunde war. Seine Reform der Medizin leitete sich von einem auf subjektive Erfahrung gegründeten Wahrheitsanspruch ab; diese nicht extern evaluierbare Erfahrung war für Stahl die entscheidende Methode, um „wahre“ Erkenntnisse zu ermitteln.¹⁵

Es gibt nur wenige konsequent durchdachte Systeme, in denen die menschliche Seele zur maßgeblichen Ursache von Gesundheit und Krankheit erhoben wurde. Georg Ernst Stahl hat sich diesem Wagnis bereits in seiner Dissertation von 1684, vornehmlich aber in seinem 1708 in Halle publizierten Hauptwerk *Theoria medica vera* unterzogen. Der Körper war nach Stahls Auffassung kein bloßer Mechanismus, die Materie sei in ihrer Lebendigkeit vielmehr ein organisches Ganzes. Geist und Materie lebten in ihrer Vereinigung, und dies bedeute Wahrnehmung, Gefühl und Erkenntnis in der körperlichen und seelischen Einheit des Subjekts.¹⁶ Der Körper werde von der Seele (*Anima*) dirigiert und geleitet. Alle leiblichen Vorgänge würden von der Seele gesteuert, die den Körper bis ins letzte Detail kenne und beherrsche. Der Arzt brauche daher keine anatomischen oder physiologischen Details zu studieren, sondern könne sich mit der reinen Erfahrung begnügen.

Stahl ging von der Selbstheilungsfähigkeit des Körpers aus. Der Arzt solle mit der nötigen Vorsicht als Mitarbeiter der Natur die Heilwege von Hindernissen befreien. Dramatische Eingriffe in den natürlichen Heilungsprozess waren also nicht zu erwarten. Vielmehr vertrat Stahl eine schonende und abwartende Behandlungsweise. Eine wichtige Rolle spielten dabei hygienische Maß-

nahmen, aber auch Aderlass und Schröpfen wurden empfohlen, um Blutüberschuss oder Verunreinigungen der Körpersäfte beseitigen zu können. Diese Anknüpfung an die hippokratischen Schriften verband sich mit Stahls Pietismus zu einer eigentümlichen Mischung: In der pietistischen Vertiefung, in der Erlangung der besonderen Gnade Gottes erwerbe der Arzt den richtigen, sicheren, intuitiven Blick und könne nicht mehr irren. Deswegen bezeichne die *Theoria medica vera* die Vollen- dung der Heilkunst, denn es bleibe dem Arzt nur noch, die Theorie zu interpretieren und anzuwen- den. Die Gesundheits- und Krankheitslehre des Arztes und Theologen aus Halle war kein Ergebnis naturalistischer Empirie, sondern das Resultat reli- giöser Überlegungen, in denen eine den Körper harmonisch ordnende, von göttlicher Inspiration geleitete Seele die zentrale Rolle spielte.¹⁷

4. Die „Lebenskraft“ und die Homöopathie im frühen 19. Jahrhundert

Noch im Jahre 1810 dachte der Schöpfer der Lehre von der *Homöopathie*, der Arzt Samuel Hahnemann (1755–1843), in den Kategorien Stahls, als er die auch für sein Heilverfahren zen- trale *Lebenskraft* postulierte: In seinem *Organon der Heilkunst* schrieb er: „Im gesunden Zustand des Menschen waltet die geistartige, [...] den materi- ellen Organismus belebende Lebenskraft unum- schränkt. In bewundernswürdig harmonischem Lebensgang hält sie alle seine Teile, seine Gefühle und Tätigkeiten aufrecht, so dass der in uns woh- nende vernünftige Geist sich dieses lebendigen und gesunden Werkzeugs frei zum höheren Zwecke un- seres Daseins bedienen kann. [...] Nur das immate- rielle, den materiellen Organismus im gesunden und kranken Zustand belebende Lebensprinzip, die Lebenskraft, verleiht ihm alle seine Empfin- dung und bewirkt seine Lebensverrichtungen“.¹⁸

Was machte die Homöopathie schon nach kurzer Zeit trotz heftigster Kritik von Seiten der Hochschulmediziner für ein großes Publikum at- traktiv? Samuel Hahnemann hatte 1796 einen Auf-

satz mit dem Titel *Versuch über ein neues Princip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen, nebst einigen Blicken auf die bisherigen* publiziert. Aus sei- nem bis heute umstrittenen Selbstversuch¹⁹ mit Chinarinde, den er bereits 1790 unternommen hatte, zog Hahnemann in dieser Abhandlung sehr weit reichende spekulative Schlüsse: „Jedes wirk- same Arzneimittel erregt im menschlichen Körper eine Art von eigner Krankheit. Man [...] wende in der zu heilenden (vorzüglich chronischen Krank- heit) dasjenige Arzneimittel an, welches eine an- dere, möglichst ähnliche künstliche Krankheit zu erregen imstande ist und jene wird geheilet wer- den; *Similia similibus*“.²⁰

In seinem 1810 erschienenen *Organon der Heil- kunst* führte Hahnemann diesen Gedanken, den er jetzt bereits als „Naturheilgesetz“ bezeichnete, noch präziser aus, wobei er sich auf die angeblich „reine Erfahrung“ als Beweismittel berief: „Nun lehrt aber das einzige und untrügliche Orakel der Heilkunst, die reine Erfahrung, in allen sorgfäl- tigen Versuchen, dass wirklich diejenige Arznei, welche in ihrer Einwirkung auf gesunde mensche- liche Körper die meisten Symptome in Aehnlich- keit erzeugen zu können bewiesen hat, welche an dem zu heilenden Krankheitsfalle zu finden sind, in gehörig potenzierten und verkleinerten Gaben auch die Gesamtheit der Symptome die- ses Krankheitszustandes, das ist [...], die ganze gegenwärtige Krankheit schnell, gründlich und dauerhaft aufhebe und in Gesundheit verwandle, und dass alle Arzneien die ihnen an ähnlichen Symptomen möglichst nahe kommenden Krank- heiten, ohne Ausnahme heilen und keine dersel- ben ungeheilt lassen“.²¹

Die nach seiner Interpretation „vorurteilslo- se“ Erfahrung war es, die Hahnemann in der Folge seines Selbstversuchs mit der Chinarinde im Jahre 1790 zur Aufstellung des *Simile-Prinzips* führte. Er glaubte eine Ähnlichkeit zwischen den durch die Malaria und den durch das Heilmittel ausgelösten Symptomen erfahren zu haben. Ob diese Ähnlich- keit in der Realität tatsächlich gegeben war oder ob

sie nur in Hahnemanns Fantasie existierte, kann hier außer Betracht bleiben. Entscheidend ist, dass er die Übereinstimmung für ausreichend hielt, um spekulativ weitere Gedanken daran zu knüpfen. Seine wichtigste Idee betraf den Zusammenhang der Ähnlichkeit von Drogen- und Krankheits-symptomatik mit der Sicherheit des Heilerfolges. Hahnemann gelangte durch subjektive Erfahrung zu der Überzeugung, dass ein Arzneifieber generell ein Krankheitsfieber dann optimal heile, wenn eine Symptomähnlichkeit vorlag.

Hahnemanns Heilsystem hat bis in die Gegenwart trotz seiner mangelhaften wissenschaftlichen Plausibilität und seiner nicht bewiesenen Wirksamkeit die Herzen zahlloser Patientinnen und Patienten erobert und damit die Sehnsucht vieler Menschen nach einfachen Erklärungen für komplexe Zusammenhänge deutlich werden lassen. Dies bleibt ein beachtenswerter Punkt auch für alle modernen Theorien über das Menschenbild in der Medizin: Wesentlich für die Akzeptanz eines wissenschaftlichen Konzepts ist immer auch die Frage, ob es den Wünschen und den durch die Medien vermittelten Vorlieben des Publikums entgegen kommt, oder ob es dem Zeitgeist zuwider läuft und dann kaum Chancen auf Popularität hat.

5. Der Mensch als Objekt der angewandten Physik

Um 1850 kam es zu einem Umbruch in der medizinischen Wissenschaft: Spekulationen über die Existenz der Lebenskraft waren jetzt nicht mehr gefragt. Die neuen Leitwissenschaften der Medizin wurden Physiologie und Pathologische Anatomie, zwei Fächer, deren Protagonisten sich dem physikalischen Denken verpflichtet sahen. So schrieb 1848 der Berliner Physiologe Emil Du Bois-Reymond (1818 – 1896):

„[Es] erscheint die Lehre von der Lebenskraft [...] als ein solches Gewebe der willkürlichsten Behauptungen, sie häuft auf ein Phantasiegebilde solche Summe unmöglicher Attribute und undenkbarer Tätigkeiten, dass es schwer hält, sie

ernst zu nehmen, und in ihrer offenkundigen Abgeschmacktheit nicht einfach mit dem verdienten Spotte zu begegnen. [...] Vor unserem Denken, das vor keiner Folgerung zurückscheut, löst sich das Weltganze daher auf in bewegte Materie, deren Wesen zu begreifen wir nicht für möglich halten. Nicht die *Ursachen* der Bewegungen, ihre *Gesetze* zu erkennen, erscheint uns als wahre Aufgabe unseres Strebens.“²²

Damals begann die Ära des materialistischen Reduktionismus, durch den die Medizin zu einer angewandten Naturwissenschaft wurde. Das menschliche Leben ist nach dieser Theorie ausschließlich den Gesetzen der Physik unterworfen. Natürliche Prozesse verlaufen gemäß dieser Vorstellung nach dem Prinzip von Ursache und Wirkung in einer regelhaften Weise, die mit Hilfe von Naturgesetzen mathematisch beschrieben wird. Alle Vorgänge müssen im Experiment überprüft werden können.²³ Der 28-jährige Berliner Pathologe Rudolf Virchow (1821 – 1902) schrieb 1849: „Die naturwissenschaftliche Frage ist die logische Hypothese, welche von einem bekannten Gesetz durch Analogie und Induction weiterschreitet; die Antwort darauf giebt das Experiment, welches in der Frage [...] vorgeschrieben liegt“.²⁴

Die naturwissenschaftliche Methode war und ist dort besonders erfolgreich, wo es solche physiologischen oder pathologischen Prozesse aufzudecken gilt, denen physikalisch-chemische Gesetzmäßigkeiten zu Grunde liegen. Sobald jedoch prinzipiell nicht wiederholbare, singuläre Vorgänge ins Spiel kommen, tauchen erhebliche Schwierigkeiten bei der wissenschaftlichen Analyse auf, die sich mithilfe allgemeiner Naturgesetze praktisch nicht lösen lassen. Solche historischen, insbesondere biographischen Ereignisketten aber gibt es im menschlichen Leben in großer Zahl.

6. Psychoanalyse und Psychosomatik als Disziplinen medizinischer Anthropologie

Die Krise der naturwissenschaftlichen Medizin wurde um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert

mehr und mehr empfunden und kam in wissenschaftlichen Abhandlungen zum Ausdruck. So diskutierte man damals die Frage nach der korrekten Gewichtung von *Kausalität* und *Konditionalität*, also von *Ursachen* und *Bedingungen*.²⁵ Überwiegend blieben diese Debatten jedoch innerhalb des von der mechanistischen Theorie vorgegebenen Rahmens. So kam noch 1898 der damalige Leiter der Medizinischen Poliklinik in Jena, Ludolf Krehl (1861 – 1937), zu dem Schluss, die Beurteilung des Krankheitszustandes habe sich an den Methoden und Grundsätzen der Biologie zu orientieren, „und diese sind ja [...] keine anderen als die der exacten Naturwissenschaft; auf deren Boden müssen wir fest stehen“.²⁶ Doch bereits 1906 gab Krehl, mittlerweile Direktor der Medizinischen Klinik in Straßburg, zu bedenken: „Die pathologischen Symptome äussern sich am kranken Menschen als Individuum und durch die Art seiner Persönlichkeit außerordentlich verschieden“.²⁷

Was hier nur angedeutet wurde, beschrieb ein Wiener Arzt um dieselbe Zeit sehr viel präziser. Auch er hatte seine Laufbahn im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts in der naturwissenschaftlichen Hochschulmedizin begonnen, nämlich in der Nervenheilkunde. Und auch als Sigmund Freud (1856 – 1939) schon längst durch die Ausarbeitung der Psychoanalyse bekannt geworden war, konnte er nicht verleugnen, dass er nach wie vor in den soliden Bahnen des mechanistischen Menschenbildes zu denken vermochte, das er als Student in sich aufgenommen hatte. In einer Vorlesung warnte Freud 1915 die Medizinstudenten gleichwohl vor einer Unterschätzung psychologischer Aspekte in der Arzt-Patient-Beziehung, wie sie die traditionelle Ausbildung mit sich brachte:

„Sie sind darin geschult worden, die Funktionen des Organismus und ihre Störungen anatomisch zu begründen, chemisch und physikalisch zu erklären und biologisch zu erfassen, aber kein Anteil Ihres Interesses ist auf das psychische Leben gelenkt worden, in dem doch die Leistung dieses wunderbar komplizierten Organismus gip-

felt. Darum ist Ihnen eine psychologische Denkweise fremd geblieben, und Sie haben sich daran gewöhnt, eine solche misstrauisch zu betrachten, ihr den Charakter der Wissenschaftlichkeit abzusprechen und sie den Laien, Dichtern, Naturphilosophen und Mystikern zu überlassen. Diese Einschränkung ist gewiss ein Schaden für Ihre ärztliche Tätigkeit, denn der Kranke wird Ihnen, wie es bei allen menschlichen Beziehungen die Regel ist, zunächst seine seelische Fassade entgegenbringen, und ich fürchte, Sie werden zur Strafe genötigt sein, einen Anteil des therapeutischen Einflusses, den Sie anstreben, den von Ihnen so verachteten Laienärzten, Naturheilkünstlern und Mystikern zu überlassen“.²⁸

Diese wissenschaftliche Leerstelle sollte nun die Psychoanalyse ausfüllen; sie hoffte den gemeinsamen Boden aufzudecken, von dem aus das Zusammentreffen körperlicher und seelischer Störung verständlich werde. Für Freud stand jedoch außer Zweifel, dass dieses ehrgeizige Ziel nur durch eine strikte methodologische Begrenzung zu erreichen war: Die Psychoanalyse müsse sich von jeder ihr fremden Voraussetzung anatomischer, chemischer oder physiologischer Natur frei halten und mit rein psychologischen Mitteln arbeiten.

Ein halbes Jahrhundert später, nämlich 1966, beschrieb der Psychosomatiker, Psychoanalytiker und Sozialpsychologe Alexander Mitscherlich (1908 – 1982) das daraus resultierende Dilemma von biologischer und psychologischer Ursachenforschung so: „Geforscht wird unter [der] naturwissenschaftlichen Prämisse quantitativ, das heißt, es wird gemessen. Erlebt werden aber von uns Qualitäten. Es ist deutlich, dass hier zwei Phänomene vorliegen, die man gar nicht auseinander hervorgehen lassen kann; wir können nur die Voraussetzungen, die Konditionen zu ermitteln versuchen, unter denen das eine Moment dem anderen die fortschreitende Verwirklichung gestattet. [...] Im Alltag bleibt Seelisches von Leiblichem getrennt“.²⁹

7. Der Mensch der Gegenwart im Griff neuronaler Netzwerke, prädiktiver Medizin und iatrogenen Enhancements

Seit diesen methodologischen Überlegungen von Alexander Mitscherlich sind wiederum rund fünf Jahrzehnte vergangen. In jüngerer Zeit wird eher aufgrund neurophysiologischer Experimente postuliert, dass das Gehirn mit seinen neuronalen Netzwerken die Gesundheit des übrigen Körpers beeinflusst, so die Immunabwehr, aber auch die Funktionen von Herz, Kreislauf, Atmung und Verdauung. Auslöser psychosomatischer Erkrankungen könnten demnach biographische Traumata sein, durch welche die Verbindungsstärken innerhalb der neuronalen Netzwerke längerfristig verändert würden. Damit läge ein Modell für die Speicherung von Erfahrungsinhalten und für die Bereitschaft des Menschen vor, entsprechend diesen Erfahrungen zu reagieren. Bewusstsein und Intentionalität gelten aus dieser Perspektive als verbindende Eigenschaften zwischen Biologie und Kultur.³⁰

Durch Beobachten, durch Messen und Zählen, durch graphische Aufzeichnungen und durch visualisierbare Befunde sowie schließlich durch eine ganze Palette von statistisch ermittelten Normwerten sind Gesundheit und Krankheit heute zu quantifizierbaren Phänomenen geworden. Sie scheinen nicht mehr durch wertbezogene Hintergrundkonzepte definiert zu werden, sondern durch „objektive“ Fakten: Wer einen Blutdruck von 145/95 mm Hg hat, gilt im Jahre 2013 nicht mehr als gesund, wer einen Nüchternblutzucker von mehr als 126 mg/dl aufweist, erhält die Diagnose *Diabetes mellitus*, und wessen Serumcholesterinwert 290 mg/dl beträgt, dem prognostiziert der Arzt einen zukünftigen Schlaganfall. Gesundheit und Krankheit sind der Bestimmung durch den Betroffenen entzogen und geraten in die alleinige Verfügbarkeit medizinischer Experten, die je nach den erhobenen Befunden ein subjektunabhängiges Urteil darüber fällen, in welche der beiden disjunktiv gedachten Kategorien der betroffene Mensch einzuordnen sei.

Mithilfe der technischen Analyseverfahren der Labormedizin und neuerdings auch der Humanogenetik ist es nicht mehr nur möglich, Gesundheit und Krankheit quantitativ gegen einander abzugrenzen, sondern man kann sogar Menschen, die subjektiv und physiologisch vollkommen unbeeinträchtigt leben, auf eine neuartige Weise als krankheitsgefährdet und damit als zumindest nicht mehr ganz gesund markieren. Was in den 1960er Jahren mit dem internistischen Konzept der „Risikofaktoren“ wie Blutdruck-, Blutzucker-, Cholesterin- oder Harnsäurewerten begann, heißt heute „genetische Krankheitsdisposition“. Der Versuch, Gesundheit und Krankheit an der linearen Abfolge der DNA fest zu machen, hat einen neuen Zweig der ärztlichen Prognostik hervor gebracht, der in den kommenden Jahren zu voller Wirksamkeit gelangen wird: die *prädiktive Medizin*, die unser zukünftiges Krankheitsschicksal in Form eines individuellen statistischen Risikoprofils angibt.³¹

Die Medizin der nahen Zukunft wird sich nicht mehr nur mit denjenigen Menschen beschäftigen, die als Patienten – also als Leidende – zum Arzt kommen, sondern auch mit jenen potenziell Kranken, deren Genom eine oder mehrere Krankheits-Anlagen enthält. Im Sinne der prädiktiven Medizin dürfte es bald keinen Bürger mehr geben, der noch als gesund wird gelten können. Dabei bemächtigt sich die prädiktive Medizin aber nicht nur der Erwachsenen und der Kinder, und sie liefert nicht nur Informationen über solche Menschen, die freiwillig zum Arzt gehen. Vielmehr können genetische Variationen oder Defekte auch schon bei Embryonen und Feten entdeckt werden, was nicht selten deren vorzeitigen Tod zur Folge hat: In Form der seit den 1970er Jahren praktizierten Pränataldiagnostik (PND) und neuerdings in Gestalt der ab dem 1. Februar 2014 auch in Deutschland zugelassenen Präimplantationsdiagnostik (PID) hat sich eine Art genetischer „Qualitätskontrolle“ etabliert, die zu einer eugenischen „Selektion von unten“ führen dürfte, das

heißt zu einer Bekämpfung von Krankheit durch die medizinisch assistierte Tötung von ungeborenen Kranken, Behinderten, potenziell Kranken oder potenziell Behinderten.³²

Das Menschenbild einer Medizin, in der Patienten zu anspruchsvollen Kunden, Ärzte zu eifrigen Dienstleistern und Krankenhäuser zu Profit-Zentern geworden sind, hat sich nachhaltig verändert. Nicht mehr die individuellen Normen der hippokratischen Ärzte und ihrer Patienten sind heute für die Vorstellung einer „perfekten“ Gesundheit maßgebend, sondern die Erreichung eines optimierten Zustandes, der „besser“ sein soll als der jeweils vorgefundene biologische Status. *Enhancement* heißt hier das aktuelle Schlagwort, das solche medizinischen Interventionen charakterisiert, die jenseits des klassischen Therapiespektrums angesiedelt sind. Dazu gehören chirurgische Eingriffe zur Verwirklichung kultureller oder individueller Schönheitsideale, neuropharmakologische Manipulationen zur Herstellung größerer Leistungsfähigkeit oder höherer Anpasstheit in Schule und Beruf, und vielleicht eben eines Tages gentechnische Interventionen zur Erzeugung bestimmter psychischer oder körperlicher Merkmale, die den Betroffenen näher an ein kulturell vermitteltes Idealbild heranführen.

Bei allem Unbehagen an derartigen Entwicklungen muss uns jedoch klar sein, dass der Gesundheitsbegriff der medizinischen Anthropologie „von Natur aus“ normativ ist, weshalb er im Lauf der Geschichte auf veränderte Wertvorstellungen immer flexibel reagiert und seine jeweiligen konkreten Bedeutungen häufig gewandelt hat. Gesundheit ist eine im historischen Kontext variable soziale Kategorie, die auf gesellschaftliche Einflüsse sehr empfindlich reagiert. Die Gesundheit und ihre aktuelle begriffliche Ausformung geht uns als Bürgerinnen und Bürger daher alle an, denn wir alle sind von dem in unserer Zeit und für unsere Gesellschaft gültigen Begriffsinhalt unmittelbar betroffen. Unsere Gesundheit sollte uns zu wichtig sein, um ihre herrschende

Definition allein den Ärzten und dem biomedizinischen Diskurs zu überlassen. Deshalb ist auch die medizinische Anthropologie nicht nur eine Aufgabe für Wissenschaftsphilosophen und Bioethiker, sondern für alle Fachgebiete, die sich mit dem kranken Menschen befassen.

8. Aktuelle Aufgabenfelder der medizinischen Anthropologie

Die einander konträr gegenüber stehenden Begriffe *gesund* und *krank* bezeichnen keine natürlichen Eigenschaften des menschlichen Körpers, die von ähnlich schlichter Beschaffenheit und von ähnlich leichter Erkennbarkeit wären wie die Farbeigenschaften *blau* oder *rot*. Die Phänomene *Gesundheit* und *Krankheit* repräsentieren vielmehr soziale Tatsachen, die erst durch eine jeweils zeitgebundene Zuschreibung entstehen. Die Gesundheit wurde in der Regel als ein Idealzustand beschrieben, der in Gänze nur schwer erreicht werden konnte. Die Medizin der Antike und des Mittelalters eröffnete daher mit der *Neutralitas* einen weiten Raum zwischen Gesundheit und Krankheit, in dessen Rahmen sich der tatsächliche körperliche und seelische Zustand des Menschen im Alltag bewegte.³³

Die naturwissenschaftlich geprägte Medizin agiert nicht gesundheitsorientiert, sondern krankheitsbezogen, wobei die zunehmenden Möglichkeiten der Erkennung genetischer Krankheitsdispositionen dazu führen, dass sich immer mehr Menschen ängstigen und ärztlichen Beistand suchen, obwohl sie (noch) gar nicht von Symptomen betroffen sind. Gleichzeitig wandelt sich die Medizin von einer karitativen sozialen Institution zu einer profitorientierten Wachstumsbranche, die Konsum fördernd und am Kunden orientiert arbeitet. Gesundheitliches *Enhancement* einschließlich chirurgischer Psychotherapie (etwa im Falle der operativen Behandlung von Transsexualität) soll die Berufs-, Liebes- und Lebenschancen der Menschen verbessern. Körperdesign ist ein Teil der Alltagskultur geworden.

Im Rahmen einer Wirtschaftsordnung, die den „freien Markt“ kritiklos favorisiert, ist es logisch konsequent, dass auch die normativen Konzepte von Gesundheit und Krankheit dem Kräftespiel von Angebot und Nachfrage angepasst werden. Hier stellt sich der medizinischen Anthropologie eigentlich ein reiches Aufgabenfeld für den intellektuellen Diskurs im Streit um ein tragfähiges Bild des Menschen in unserer Zeit. Sie müsste es nur ohne Scheu anpacken.³⁴

Referenzen

- 1 AOK Bundesverband, *Gesetzliche Krankenversicherung schließt 2012 mit Finanzplus ab*, AOK Bundesverband, Berlin (2013), http://www.aok-bv.de/zahlen/gesundheitswesen/index_09762.html (letzter Zugriff am 4.6.2013)
- 2 Statistisches Bundesamt, *Bruttoinlandsprodukt 2012 für Deutschland*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (2013), S. 5, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2013/BIP2012/Pressebrochure_BIP2012.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 4.6.2013)
- 3 Grönemeyer D., *Die Menschen können viele Dinge selbst machen*, stern.de (2005), http://www.stern.de/wissen/gesund_leben/medizin/gesprach-mit-dietrich-groenemeyer-die-menschen-koennen-viele-dinge-selbst-machen-543330.html (letzter Zugriff am 4.6.2013)
- 4 Von zwei kontradiktorischen Begriffen trifft stets genau einer auf einen Sachverhalt zu (z. B. schön – nicht schön), während von zwei konträren Begriffen höchstens einer einen Sachverhalt korrekt beschreibt (z. B. schön – hässlich).
- 5 Bauer A. W., *Gesundheit als normatives Konzept in medizintheoretischer und medizinhistorischer Perspektive*, in: Biendarra I., Weeren M. (Hrsg.), *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe*, Königshausen & Neumann, Würzburg (2009), S. 31-57
- 6 Pschyrembel, *Klinisches Wörterbuch*, 257. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin, New York (1994), S. 824
- 7 Hare R. M., *Die Sprache der Moral*, Übersetzt von Petra von Morstein, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main (1983), S. 241. Siehe speziell auch Bauer A. W., *Brute Facts oder Institutional Facts? Kritische Bemerkungen zum wissenschaftstheoretischen Diskurs um den allgemeinen Krankheitsbegriff*, *Erwägen – Wissen – Ethik* (2007); 18(1): 93-95
- 8 Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946. Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948. Stand am 25. Juni 2009*, http://www.admin.ch/ch/d/sr/o_810_1/ (letzter Zugriff am 4.6.2013)
- 9 Zum Folgenden siehe auch Bauer A. W., *Körperbild und Leibverständnis. Die Sicht vom kranken und gesunden Menschen in der Geschichte der Medizin - dargestellt an ausgewählten Beispielen*, in: Evangelische Akademie Iserlohn (Hrsg.), *Tagungsprotokoll 82-1997: „Kalte Embryonen“ und „Warme Leichen“. Körperverständnis und Leiblichkeit. Christliche Anthropologie und das Menschenbild der Medizin. Tagung der Evangelischen Akademie Iserlohn vom 29. bis 31. August 1997*, Evangelische Akademie Iserlohn, Iserlohn (1998), S. 21-38, ferner Bauer A. W., *Gesunder Leib und kranker Körper. Das sich wandelnde Bild vom Menschen in der Geschichte der Medizin und sein Beitrag zur Philosophie der Biowissenschaften*, in: Maio G.; Roelcke V. (Hrsg.), *Medizin und Kultur. Ärztliches Denken und Handeln im Dialog zwischen Natur- und Geisteswissenschaften. Festschrift für Dietrich von Engelhardt, Schattauer, Stuttgart/New York* (2001), S. 77-95 sowie Bauer A. W., *Das Leben in Gesundheit und Krankheit – Aufgaben und Rätsel für die Medizin*, in: *Was wissen wir vom Leben? Eine Annäherung aus unterschiedlichen Perspektiven*, Evangelische Akademie der Pfalz in Zusammenarbeit mit der Katholischen Akademie Speyer, 26./27. November 2004 in Speyer [= Speyrer Protokolle], Evangelische Akademie der Pfalz, Speyer (2005), S. 1-12
- 10 vgl. Diller H., *Nachwort*, in: Ders. (Hrsg.), *Hippokrates: Schriften. Die Anfänge der abendländischen Medizin*, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg (1962), S. 263-272
- 11 Diller H. (Hrsg.), *Hippokrates: Schriften. Die Anfänge der abendländischen Medizin*, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg (1962), S. 165-173
- 12 ebd., S. 35
- 13 So dargestellt in der Abhandlung *Die Heilige Krankheit*, vgl. Diller H., siehe Ref. 11, S. 131-149
- 14 Bauer A., *Georg Franck von Franckenau. Repräsentant einer empirischen Heilkunde im Zeitalter des Barock*, in: Doerr W. (Hrsg.), *Semper Apertus. Sechshundert Jahre Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg 1386-1986. Festschrift in sechs Bänden, 1. Mittelalter und frühe Neuzeit (1386-1803)*, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (1985), S. 440-462, hier S. 440-441
- 15 Bauer A. W., *Der Körper als Marionette? Georg Ernst Stahl und das Wagnis einer psychosomatischen Medizin*, in:

- Engelhardt D. v.; Gierer A. (Hrsg.), *Georg Ernst Stahl (1659-1734) in wissenschaftshistorischer Sicht. Leopoldina-Meeting am 29. und 30. Oktober 1998 in Halle (S.)*, Acta historica Leopoldina Nr. 30, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle a. d. Saale (2000), S. 81-95
- 16 Stahl G. E., *De passionibus animi*, Halle 1695, in: Gottlieb B. J. (Hrsg.), *Georg Ernst Stahl: Über den mannigfaltigen Einfluß von Gemütsbewegungen auf den menschlichen Körper (Halle 1695) / Über die Bedeutung des synergischen Prinzips für die Heilkunde (Halle 1695) / Über den Unterschied zwischen Organismus und Mechanismus (Halle 1714) / Überlegungen zum ärztlichen Hausbesuch (Halle 1703)*, Sudhoffs Klassiker der Medizin, Band 36, J. A. Barth, Leipzig (1961), S. 23-37, hier S. 25
 - 17 Bauer A., *Georg Ernst Stahl*, in: Engelhardt D. v.; Hartmann F. (Hrsg.), *Klassiker der Medizin, 1: Von Hippokrates bis Hufeland*, C. H. Beck, München (1991), S. 190-201 und S. 393-395, hier S. 198-199
 - 18 Hahnemann S., *Organon der Heilkunst. Nach der handschriftlichen Neubearbeitung Hahnemanns für die 6. Auflage neu herausgegeben und stilistisch völlig überarbeitet von Apotheker Kurt Hochstetter*, Ausgabe 6B, 2. Auflage, Haug Verlag, Heidelberg (1978), S. 38 (§§ 9-10). Siehe auch Bauer A. W., *200 Jahre Homöopathie und die Axiome des systematischen Erkenntnisgewinns in Medizin und Pharmazie*, B.I.F. Futura (1997); 12(2): 98-108
 - 19 Bayr G., *Hahnemanns Selbstversuch mit der Chinarinde im Jahre 1790. Die Konzipierung der Homöopathie*, Haug Verlag, Heidelberg (1989)
 - 20 Hahnemann S., *Organon der Heilkunst. Nach der handschriftlichen Neubearbeitung Hahnemanns für die 6. Auflage herausgegeben und mit Vorwort versehen von Richard Haehl*, Willmar Schwabe, Leipzig (1921), S. XLII; Lambert K.; Brittan jr. G. G., *Eine Einführung in die Wissenschaftsphilosophie. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Joachim Schulte*, Walter de Gruyter, Berlin/New York (1991), S. 91-142
 - 21 Hahnemann S. (1978), siehe Ref. 18, S. 43-44 (§ 25)
 - 22 Du Bois-Reymond E. (Hrsg.), *Reden von Emil Du Bois-Reymond in zwei Bänden, Band 1*, 2. Auflage, Veit & Comp., Leipzig (1912), S. 11 und 15
 - 23 Bauer A. W., *Axiome des systematischen Erkenntnisgewinns in der Medizin*, *Der Internist* (1997); 38: 299-306
 - 24 Virchow R., *Die naturwissenschaftliche Methode und die Standpunkte in der Therapie*, *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin* (1849); 2: 3-37, hier S. 7
 - 25 Engelhardt D. v., *Kausalität und Konditionalität in der modernen Medizin*, in: Schipperges H. (Hrsg.), *Pathogenese. Grundzüge und Perspektiven einer Theoretischen Pathologie*, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (1985), S. 32-58
 - 26 Krehl L., *Pathologische Physiologie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 2. Auflage, Vogel, Leipzig (1898), S. III
 - 27 Krehl L., *Pathologische Physiologie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 4. Auflage, Vogel, Leipzig (1906), S. VI
 - 28 Freud S., *Erste Vorlesung (Einleitung)*, in: Ders., *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, S. Fischer, Frankfurt am Main (1982), S. 41-49, hier S. 45
 - 29 Mitscherlich A., *Die psychosomatische und die konventionelle Medizin*, in: Ders., *Krankheit als Konflikt*, Studien zur psychosomatischen Medizin, Band 1, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1966), S. 53-73, hier S. 63-64
 - 30 Rüeegg J. C., Rudolf G., *Neuronale Plastizität und Psychosomatik (1) und (2)*, in: Haux R., Bauer A. W., Eich W., Herzog W., Rüeegg J. C., Windeler J. (Hrsg.), *Wissenschaftlichkeit in der Medizin, 2: Physiologie und Psychosomatik. Versuche einer Annäherung*, VAS Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main (1998), S. 82-120 und S. 121-130. Siehe auch Rüeegg J. C., *Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie*, 5. Auflage, Schattauer, Stuttgart/New York (2011)
 - 31 Deutscher Ethikrat, *Die Zukunft der genetischen Diagnostik – von der Forschung in die klinische Anwendung*, Stellungnahme vom 30. 4. 2013, Deutscher Ethikrat, Berlin (2013)
 - 32 Bauer A. W., *Der Mensch als Produkt der Gene und die Unantastbarkeit seiner Würde*, *Deutsche Richterzeitung* (2002); 80(5): 163-169
 - 33 Hartmann F., *Das Leiden des Anderen. Wie können wir es verstehen, wie ihm gerecht werden?*, *Zeitschrift für Rheumatologie* (2002); 61: 73-85, hier S. 74
 - 34 Vgl. Bauer A., *Bemerkungen zur Verwendung des Terminus „Anthropologie“ in der Medizin der Neuzeit (16. - 19. Jahrhundert)*, in: Seidler E. (Hrsg.), *Medizinische Anthropologie. Beiträge für eine Theoretische Pathologie*, (= Veröffentlichungen aus der Forschungsstelle für Theoretische Pathologie der Heidelberger Akademie der Wissenschaften), Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (1984), S. 32-55 sowie Bauer A. W., *Die Normativität von Gesundheit und Krankheit als Herausforderung für Medizin und Rechtsordnung*, *Zeitschrift für Lebensrecht* (2012); 21(1): 9-18

Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz

Zur Anthropologie des Leibes

An Anthropology of the Human Body

Zusammenfassung

Ein neuer „Somatismus“ schwankt zwischen Extrempolen: einer Körperverherrlichung im „Ego-Genuß“ und einer virtuellen Umgestaltung bis Auflösung des Körpers (Gender-Theorie; Fleisch als „Kunst-Stoff“). Dagegen steht „Leib“ immer schon in Verbindung zu Leben und Liebe: in seiner naturhaften Gegebenheit, in willentlich-personaler Gestaltung des Leib-Geist-Gefüges, in transzendierender Beziehung nach außen und oben. Anstelle des „Körper-Konstruktes“ gibt es eine Sprache des Leibes, die – phänomenologisch gesehen – die Sprache des Geschlechtes und – biblisch gesehen – die Sprache des bräutlichen Hoffens einschließt und zu einer Voll-Endung drängt: über den Zerfall des Leibes im Tod hinaus.

Schlüsselwörter: Leib, Leben, Liebe, Überwindung des Körper-Geist-Dualismus

Abstract

A new „somatism“ moves between extremes: on the one hand we see a glorification of the body in the sense of an „Ego-enjoyment“, on the other hand a virtual change or even dissolution of the body (gender-theory; flesh as material of art). In opposition to that development the „living body“ (Leib) is to be seen only in deep connection with life and love: in its natural dimension as well as in the voluntary and personal formation of the body-spirit-relation and in its transcending movement to outside and above. Instead of a body-construction there is a given „language of the living body“: in phenomenological view it includes the language of sexuality, and in biblical view also the language of bridal expectance. This language postulates a complete fulfilling: even transcending the destruction of body in death.

Keywords: Human Body, Life, Love, Overcoming of the Body-Spirit-Dualism

em. Univ.-Prof. Dr. Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz
Hochschule Heiligenkreuz/Wienerwald
Privat: Fichtestr. 5, D-91054 Erlangen
hanna-barbara.gerl-falkovitz@tu-dresden.de

1. Prolog: Krise des Leibes

„Angekommen im neuen Jahrtausend geht es nicht mehr um den Dualismus des Geistes von der Natur, von seiner eigenen Leiblichkeit und körperlichen Bedingtheit, sondern dieses Gegensatzpaar ist aufgelöst, der Körper selbst steht zur Disposition. Der postmoderne Verlust der Grenzen zwischen innen und außen, belebt und unbelebt, männlich und weiblich, Geist und Körper kulminiert im Verlust der Grenze zwischen Körperrepräsentation und Körperwirklichkeit. Die Lust am Fragmentarischen, Heterogenen zerstörte zwar die Zwangsjacke der Moderne, aber öffnete zugleich das Tor zu einer nihilistischen Desintegration. Menschliche Körper fungieren als bloße Kunstobjekte (...), sie bilden lebendige Skulpturen, ein bewegliches Ereignisfeld oder sind überhaupt nur noch ‚undifferenziertes Fleisch‘.“

Es gibt unzweifelhaft, wenn man die Werbung aufmerksam prüft, einen neuen „Somatismus“, der freilich zwischen Extrempolen schwankt: einer Körperverherrlichung im „Ego-Genuss“ und einer virtuellen Umgestaltung bis Auflösung des Körpers im Cyberspace, in den zahllosen „Schönheits“-Operationen, in der Kunst, im Cyberspace der Videowelt, in Transvestismus oder Transgendermoden, aber auch in leichenhaften „Körper-Welten“.

Festzustellen sind mannigfaltige Ansätze zur Auflösung und Neuinstallation des Körpers im Sinne einer pluralen Identität, die sowohl die bisherige angebliche Starre des Körperbegriffs als auch seine Abgrenzung von der Maschine im „Cyborg“⁴² aufheben – zumindest fiktiv in spielerischer Virtualität, teils bereits real mit Hilfe operativer Veränderung. Der Mensch als seine eigene Software mit der entsprechenden Pflicht zur (Dauer-)Veränderung – diese Vision kennzeichnet eine Zerstörung, zumindest die Vernachlässigung eines umfassenden Leibbegriffs.

2. Fleisch in der Kunst

In Resonanz auf diese zunächst rein theoretisch klingende Idee erschien als neues Materi-

al der Kunst zum ersten Mal – anstelle von Stein, Holz, Ton, Bronze – das menschliche Fleisch selbst. „Schwerstarbeit an den Grenzen des guten Geschmacks“ führte schon seit den 1960er Jahren zum Einsatz von eigenem Fleisch und dessen Säften: Gina Pane pflanzte sich Rosendornen ein, Chris Burden schoss sich in den Oberarm, Marina Abramovic ließ sich ohrfeigen, Orlan (Pseudonym einer französischen Künstlerin) ließ ihr Gesicht mehrfach operieren – die OP-Videos wurden als Kunstwerk verkauft; Schweiß, Blut, Urin, Sperma dienten als Gestaltungsmittel. Marc Quinn stellte ein plastisches Selbstporträt her aus seinem eigenen gefrorenen Blut.³ Mittlerweile wird auch fremdes Fleisch benutzt: In der Ausstellung *Dekalog* des Dresdner Hygienemuseums vom Herbst 2004 war die abgeschnittene Zunge eines Jungen aus Lateinamerika zu sehen, der umgekommen war und dessen Eltern die Zunge als Preis für seine Beerdigung an die Künstlerin verkauften. Im August 2005 zeigte das Kunstmuseum Bern eine geköpfte Möwe mit dem aufgepflanzten Kopf eines menschlichen Fötus – eine Arbeit des Chinesen Xiao Yu, der zuvor schon durch das operative Zusammennähen zweier Mäuse aufgefallen war, die mit ihrer „Einleibigkeit“ und hilflosen Bewegungen wiederum auf Video aufgenommen wurden.

Vor diesem Hintergrund – der Fragen an das Fleisch und an die eigene Identität – scheint ein neues Nachdenken über den Leib angebracht.

3. Leiblichkeit als Spannungsgefüge

Das deutsche Wort Leib verbindet sich in seiner Wortwurzel lb- mit Leben und Liebe. Leib ist immer schon beseelter Leib, *meine* Lebendigkeit: subjektiv. Leibhaft ist lebhaft. Leib ist aber nicht nur mein Dasein für mich, sondern auch mein Dasein für andere: intersubjektiv, und zwar über die Relationalität bis zum Lieben. Zur Klärung muss jedoch eine Unterscheidung getroffen werden, die heute zeitgeistig ein Begreifen des Leibes behindert: die Unterscheidung des belebten Leibes vom sachhaften, mechanischen Körper.

3.1. Das Missverständnis des Leibes als Körper

Viele Sprachen, so die romanischen, machen keinen Unterschied zwischen Leib und Körper, welcher ein Begriff des Kausal-Naturgesetzlichen und Funktionalen ist, sodass Körper auch das Gegenständlich-Tote sein kann. Körper anstelle von (lebendigem) Leib setzt bereits den Akzent der *res extensa*, der quantitativ-mechanischen Hülle; Körper gilt als „kulturelles Artefakt“, „soziales Konstrukt“, eine „Maske“, die ein (nicht) vorhandenes Ich verbirgt, ein Mittel der „Inszenierung“, ein dekonstruierbares Etwas.

So nimmt es nicht Wunder, dass in der mittlerweile einflussreich gewordenen Gender-Theorie der Körper nur als Werkzeug, als leere Hülle eines abstrakten „Ich“ gesehen wird.⁴ Die Gender-Forschung steht weithin im Bann der Leibferne und Körper-Dekonstruktion.

Gender, das nur sozial zugeschriebene Geschlecht, nimmt den Körper als un-wirkliches, passives Objekt einer „Konstruktion“: Er spricht nicht mehr mit, macht selbst keine Aussage mehr über sich. Dieses Verstummen oder Sich-willenslos-überschreiben-Lassen weist auf ein entschieden dominantes Verhalten des „Ich“ zum Körper hin: Keinesfalls ist er mehr „Leib“ mit eigener „Sprachlichkeit“, zum Beispiel in seiner unterschiedlichen Generativität von Zeugen und Empfangen/Gebären oder in seiner unterschiedlichen leibhaften Erotik von Eindringen und Annehmen/Sich-Nehmen-Lassen. Zum „Ding“ reduziert, bleibt er gleichgültig gegenüber dem willentlich Verfügten. Aus Leib wird neutraler, passiver Körper (*corpus* in der Nähe von *corpse*). Seine Symbolik wird nicht fruchtbar, die phänomenale Selbstaussage kastriert.⁵

Die radikal dekonstruktivistische Gender-Theorie steht dem Gedanken einer „Gabe“ des Leibes (und des Geschlechts) deswegen abweisend gegenüber, weil darin ein rascher Schritt vom Sein zum Sollen vermutet wird. Dieses Tabu wäre aber mittlerweile umgekehrt zu befragen: Statt des „biologistischen Fehlschlusses“ herrscht hier ein „normativistischer Fehlschluss“: Normen werden

einfach – je nach Situation, je nach Individuum – als willkürlich gesetzt verstanden und daher aufgehoben, ohne je einen sachlichen Bezug vorauszusetzen. Das Ich kennt keine Fleischwerdung; der Körper wird ein leerer „Platzhalter des Nichts“ und „tabula rasa“.⁶ So gesehen liefert die „harte“ Gender-Theorie eine erneute Variante der extremen Bewusstseinsphilosophie mit ihrer hartnäckigen Körper-Geist-Spaltung. Von woher der Wunsch zur Überschreibung (genauer: Beschriftung) des Körpers genommen wird, bleibt unklar – gibt es nicht wenigstens vage reale Vorgaben für diesen Wunsch? Wenn schon Text: Ist der Leib nicht wenigstens ein „Palimpsest“, will sagen ein Dokument, dessen Erst-Beschriftung, obwohl ausstrahlt, hie und da wieder durchschimmert? Ist er nicht sogar ein „Kryptogramm“, ein „Intext“, der im (beliebig?) dekonstruierbaren Text hartnäckig aufscheint?⁷ Die Dekonstruktion des Leibes gerinnt zur Geste des Imperators, der in den Körper wie in ein fremdes unkultiviertes Gebiet eindringt und es besetzt – obwohl er dies doch selbst „ist“. Widerstandslos, ja nichtig bietet sich der Leib als „vorgeschlechtlicher Körper“ an.

3.2. Leibhafte Anthropologie

Diesen Überschreibungen des Leibes und seines Geschlechts stehen Entwürfe gegenüber, die den Leib als Träger der Naturhaftigkeit (objektiv), der Personalität (subjektiv) und als Träger aller Beziehungen zu Anderem (intersubjektiv) sehen, in welcher Beziehung er sich auch immer schon selbst übersteigt.

- a) Leibsein heißt zunächst: im Endlichen verankert, naturhaften Vorgängen unterworfen sein. Robert Musil notiert: „Aber hast du nie bemerkt, dass dein Körper auch noch einen anderen Willen hat als den deinen? Ich glaube, dass alles, was uns als Wille oder als unsere Gefühle, Empfindungen und Gedanken vorkommt und scheinbar die Herrschaft über uns hat, das nur im Namen einer begrenzten Vollmacht darf, und dass es in schweren Krankheiten und Ge-

nesungen, in unsicheren Kämpfen und an allen Wendepunkten des Schicksals eine Art Urentscheidung des ganzen Körpers gibt, bei der die letzte Macht und Wahrheit ist.“⁴⁸ Nietzsche spricht daher auch von der „großen Vernunft“ des Leibes, die der theoretischen Vernunft überlegen sei.⁹ Umgekehrt, aber derselben Erfahrung entstammend, warnt Ephräm der Syrer (+373): „Wachet, denn wenn der Leib schläft, herrscht die Natur über uns, und unser Tun kommt nicht aus unserem Willen, sondern aus ihrer zwingenden Macht.“¹⁰

- b) Deswegen gehört zum Gesamt des Leibes auch seine Selbstformung, die sich *willentlich-personal* bestimmt: *anima forma corporis* gilt ebenso wie *corpus anima formatum*. Eine „Zusammensetzung“ von Leib und Seele im Sinne eines Dienstverhältnisses des Leibes ist zu kurz gedacht und öffnet einem leiblosen Spiritualismus die Tür. Thomas von Aquin betont: „Nicht wie der Schiffer mit dem Boot vereinigt sich die Seele mit dem Leibe, sondern als dessen Form.“¹¹ Auch sei die „Natur“ des Menschen Gott ähnlicher in der leib-seelischen Einheit, nicht in einer als trennbar gedachten „Zusammensetzung“.¹² Leib ist Außen eines Innen, ist die sinnliche Seite von Sinn. Hans Jonas: „Die Freiheit des Menschen gründet als Gattungseigenschaft in der organischen Ausstattung seines Leibes. Da ist die aufrechte Haltung, die zum Umgang mit den Dingen freie Hand, der vorwärtsgerichtete Blick, die endlos modulierbare Stimme und über dem allen das erstaunliche Gehirn, das zentral über diese Vermögen verfügt. Die Verfügungsgewalt beginnt schon darinnen: Die Einbildungskraft kann die erinnerten, den Augen verdankten Bilder der Dinge nach Willen umbilden, neue entwerfen, Mögliches sich vorstellen. Die Hand dann, dem Willen hörig, kann das innere Bild nach außen übersetzen und ihm gemäß die Dinge selbst umbilden – zum Beispiel zu Werkzeugen für weiteres Umbilden. Und die ebenfalls dem Wil-

len hörige Stimme formt die Sprache, dies souveränste sinnliche Medium der Freiheit. Nach außen macht sie die Gesellschaft als Dauersubjekt wachsenden Wissens möglich, nach innen den Gedanken, der sich über die Sinnesvorstellung erhebt. So ausgestattet mit doppelter Freiheit, geistiger und leiblicher, betritt der Mensch seine Bahn und breitet seine Kunstwelt als Werk dieser Freiheit in der Naturwelt aus. So will es seine eigene Natur, und die übrige Natur muss es erleiden.“¹³

Der großartige Satz Helmuth Plessners ist bekannt: „Ich habe einen Körper, aber ich bin mein Leib.“

- c) In seiner Lebendigkeit zeichnet sich der Leib aus durch ein Herausgehen aus sich, durch seine „Äußerung“ gegenüber anderem. Denn Vorbehaltenheit oder Selbstgehörigkeit des Leibes allein ist wiederum zu wenig, wenn sie nicht eines Tages in die Zugehörigkeit mündet und überschwingt. Max Scheler brachte den Gedanken ein, Leib sei eine Richtung „auf hin“ – allein schon in seiner Aufrichtigkeit und Zuwendung. So vollzieht der Leib grundsätzlich eine Relation, jedoch nicht nur ein Spannungsgefüge zwischen innen – außen, sondern in einer weiteren Beziehung zwischen innen – außen – oben¹⁴; Leib ist zum Überstieg des Ich zu einem Gegenüber fähig. Denn die Sprache spricht, überraschend, vom Gegen-Über: worin der Anteil des „Über“ gerade am Du zu erfahren ist. Dorthin, in eine personale Beziehung, nicht nur in Bezüge zu Sachen, transzendieren die anschaulichen „Äußerungen“ des Leibes. Dies wird am „griffigsten“ in der Liebe, die den Leib des anderen zu durchdringen oder ihn aufzunehmen sucht.

Leib ist daher immer schon Vorgabe meiner Lebendigkeit – aber nicht im Festhalten als „meine“, für andere unzugängliche Habe, sondern im Öffnen, sogar im Entäußern meines Inneren an einen anderen. Aber auch nicht – wie in der Gender-Theorie – im Verwerfen des Leibes und in sei-

nem Umschreiben zur Selbstbemächtigung, in der Sterilität der Verweigerung: Ich will mir nicht gegeben sein (in diesem Leib, in diesem Geschlecht), sondern mich selbst „schaffen“ und portionsweise „austeilen“ (wobei die Kontrolle immer in meiner Hand bleibt). Nicht zufällig entfaltet sich heutiges phänomenologisches Fragen an einem Gelten-Lassen der „Gabe“, wie Husserls Letzt-Begriff der „Gegebenheit“ des Wirklichen weiterformuliert wird. Dasein ist Gabe, nicht Habe. Zur Gabe des leibhaften Daseins gehört das Weitergeben, tiefer sogar noch das Sich-Nehmen-Lassen von anderen – erst dann vollzieht sich Leiblichkeit umfassend und ausschöpfend, ja erschöpfend (wie die leibliche Mutterschaft zeigt).

Mit dem Leib ist kein naiver Naturbegriff mehr verbunden, sondern an ihm zeigt sich die schöpferische Überführung von Natur in kultivierte, angenommene und weitergegebene Natur. Gerade deswegen ist Leibsein nicht einem flachen Materialismus zuzuordnen, der evolutionistisch alle Lebensäußerungen als unterschwellig egoistisch ausgibt und den lebendigen Radius des Austauschs verkürzt.

4. Leib und Geist: kein Dualismus

Romano Guardini, der große Erzieher, sieht als Ziel aller (Selbst-)Bildung die „durchgeistigte Leiblichkeit“, nicht „rein geistige Frömmigkeit“. Bei ihm fällt schon früh das später zur zögernden Frage umgeformte Wort, der Mensch müsse wieder „symbolfähig“ werden, was auch heißt, die Symbolik des eigenen Leibes wieder wahrzunehmen.¹⁵ So arbeitet Guardinis Denken an der grundsätzlichen Überwindung eines theoretischen Irrwegs: „Wir müssen weg von der verlogenen ‚Geistigkeit‘ des 19. Jahrhunderts. Verliebter Geist sind wir.“¹⁶

Wie gelingt solches „Offenbaren“? Schon in frühen Jahren begleitete Guardini der Aufsatz von Kleist über das *Marionettentheater*, worin die Frage nach dem Grund der Anmut der Marionette gestellt wird. Die gefundene Antwort lautete, ihre Anmut springe daraus auf, dass die Mario-

nette ihren Schwerpunkt *über* sich habe. Das leitet zu dem Hinweis über, auch der menschliche Leib könne seinen Schwerpunkt über sich suchen, sich nicht nur von unten her, von der Schwerkraft weg hochstemmen. Dies meint: Haltung aus Gehaltensein – ein „pathisches“ (nicht passives!) Element im Dasein, wie wiederum phänomenologisch die Grundvollzüge des Daseins als pathisch-leidenschaftliches Erfahren freigelegt wurden: das Geborenwerden, das Lieben, das Sterben.¹⁷

Leben gelingt nach Guardini, wenn es sich von oben her lebt. Haltungen üben meint, den Schwerpunkt über sich zu verlegen. Oder in der Umkehrung: Man lässt sich halten und gewinnt dabei Haltung – im Entfalten des Innen und Oben nach Außen. Denn ist der Leib ein „Gefüge“, *mein* Gefüge, so fügen sich in ihm Innen und Oben und Außen zusammen, sodass „wirklich das äußere Erscheinen in jedem Stück reine und volle Aussprache des Inwendigen“¹⁸ ist. Elementare Haltungen des Leibes bringen den Un-Fug einer zerfallenden (zerfallen scheinenden) Wirklichkeit in die rechte Ordnung; sie wehren einem bloß spirituellen Absturz nach innen ebenso wie sie einen leeren Aktionismus nach außen unterbinden.

Guardini beschrieb solche Haltungen, mehr noch, übte sie mit der ihm anvertrauten Jugend:¹⁹ Sitzen, Stehen, Schreiten, Knien... So entfaltete er in einem ganz ihm eigenen Ton, was Stehen heißt: nicht ein hölzernes Angeschraubtsein, nein: „Stehen ist schwingende Ruhe.“ So lässt sich weiterführen:²⁰ Knien ist nicht Ausdruck von Unterwürfigkeit, sondern von aufrechtem Dienen. Sitzen ist getragenes, entlastetes Sich-Zuwenden. Liegen (eine seltene, daher überaus eindrucksvolle Haltung in der Liturgie) ist unmittelbar lesbar als Ganzhingabe: als gesammeltes Ausgegossensein. Schreiten als eine langsame, gefasste Bewegung ist (schon bei Aristoteles) Ausdruck der Großherzigkeit, des Unbeeilten, Gelassenen. Und immer wirkt die Haltung auf die Seele zurück: Sich aufrichten meint schon sich vorbereiten zum Aufrichtigwerden. Ein mündlich überlieferter Satz Guardinis auf

Burg Rothenfels lautete: „Man muss einen Saal mit den Schultern betreten“ – nämlich mit erhobenem Kopf dem Saal gewachsen sein, sich von ihm in Weite und Höhe mitnehmen lassen. Anders: in die Gegensatzspannung des Wirklichen eintreten, sich davon aufspannen lassen.

Das nötigt zu einer Klärung des Verhältnisses von Leib und Geist. Entlang dieser Frage verläuft die entscheidende Trennung von der Antike, insbesondere von Platon und seiner Schule. Obwohl das Christentum durch die griechischen und lateinischen Kirchenväter viele Begriffe der philosophischen Vorarbeit des Platonismus verdankt, entwirft es in Bezug auf den Leib eine grundsätzlich neue Vision. Einerseits ist erfahrungsgemäß überdeutlich, dass der Leib in seiner Triebstruktur und seiner animalischen Bedürftigkeit dem Geist als Vermögen der Freiheit und der Selbstbestimmung widerstreitet. Andererseits ist selbst bei „reifen Persönlichkeiten“ die gewonnene geistige Unabhängigkeit immer wieder gefährdet, nicht allein durch den Absturz in gebändigt geglaubte leibliche Bedürfnisse, sondern auch umgekehrt durch eine zu starke Zähmung oder gar Brechung des Leibes.

5. Sprache des Leibes in der Geschlechtlichkeit

Mit dem Ausdruck „Sprache des Leibes“ ist eine „Phänomenologie“ des leiblichen Verhaltens angezielt. Phänomenologie meint im Wortsinn ein „Zur-Erscheinung-Bringen“, ein Freilegen dessen, was das Phänomen von sich selbst her zeigt. Das anthropologisch einzigartige Datum, dass nur Frau und Mann „ein Fleisch“ werden und neues Leben im Fleisch hervorbringen, ist das Phänomen, um das es geht: Diese „Fleischwerdung“ der beiden Geschlechter miteinander enthält bereits die Aussage, dass in der gegenseitigen Hingabe kein beliebiges und austauschbares Spiel steckt, sondern dass der Geschlechtsakt und die in ihm unerhört aufklingende emotionale und geistige und sich im Kind unmittelbar verkörpernde Erfahrung einzigartig sind. Einzigartiges aber ist von sich aus als tiefe Wirklichkeit, ja als die sonst

(vielleicht gerne) verdeckte Tiefe der Wirklichkeit zu erfahren, die nicht beliebig abrufbar oder manipulativ zu „haben“ ist.

Daher ist die Sprache des Leibes „von selbst“ auf Dauer hingeordnet gegenüber dem, der sich ganz schenkt, weil sich im Schenken neue, alles verändernde Wirklichkeit auftut: Sie gelingt nur gemeinsam. Der Mann wird nur an der Frau zum Mann und zum Vater; die Frau nur am Mann zu Frau und zur Mutter. Dauer meint Treue, und Treue meint wegen der Wucht und Einzigartigkeit des Vorgangs Ausschließlichkeit: „Du für immer“. Sie meint weiterführend auch Unauflöslichkeit, der die Zeit nichts anhaben kann – so wie auch die gemeinsame Zeugung eines Kindes nicht zurückzunehmen ist (obwohl die Abtreibung auch das versucht: ein gewaltsames „Verstummen“ des Leibes.). Freilich lehrt die Erfahrung, dass die Zeit ein solches tiefes Miteinander abflachen kann. Aber gerade daran ist abzulesen, dass die Sprache des Leibes nicht mehr gelingen kann, wenn sie nicht mehr durchpulst ist von Leben und Liebe und Ausschließlichkeit – von sich aus enthält der Leib jedoch jederzeit eine große gegenseitige Beseligung. Das führt zur Frage einer umfassenden „Erziehung“ zur Ehefähigkeit, nicht aber zur Leugnung der Leibsprache als solcher.

Der Charakter der Hingabe kann freilich durch unreine und vordergründige geschlechtliche Akte verfälscht werden und wird beständig verfälscht. Der Leib kann nicht mehr „sprechen“, wenn er sich an einschränkende Bedingungen halten muss: „Gib dich mir nur für den Augenblick; ich will meine Befriedigung, nicht deine Liebe; auf keinen Fall ein Kind...“ Von sich aus betont aber die Hingabe in ihrer reinen Form die Einzigkeit des Du – diese Einzigkeit will grundsätzlich und nicht zeitabhängig bejaht werden. Wo Sexualität von Anfang an auf Pluralität ausgerichtet ist, zeitgeistig oder aus eigener Beschränkung heraus, gelangt die Sprache des Leibes gar nicht zu ihrer ganzen Selbstaussage: Sie versackt einfach im Selbstgenuss. Wie wenig das von dem Partner „verziehen“ wird, zeigen die Mythen aller Jahrhunderte, die die dramatische Ra-

che der Betrogenen ausmalen. Alltäglicher zeigen es die landläufigen Entfremdungen.²¹

Ebenso phänomenal gehört zur Sprache des Leibes die Fruchtbarkeit. Sie auf Dauer oder aus egozentrischen Gründen zu unterdrücken, chemisch zu nivellieren oder umgekehrt technisch zu stimulieren, macht aus dem Leib eben den „Körper“, der als Objekt und nicht als Subjekt des Handelns oder besser des Geschehens gesehen wird. Auf dieser genuinen Mitsprache des Leibes beruht das kirchliche Verbot künstlicher Verhütung oder Befruchtung in allen technischen Variationen (deren Zwecke heute weit über das hinausgehen, was ursprünglich als „Hilfe“ für unfruchtbare Ehepaare medizinisch verteidigt wurde²²).

6. Der bräutliche Leib, Inkarnation, Auferstehung: Ein steiler Ausblick auf das Christentum

In der heutigen Atmosphäre aufgewühlter, übersättigter Sexualität bot Papst Johannes Paul II. einen revolutionären Gedanken an, der seine Reflexionen über Geschlechtlichkeit zusammenfasst und wie ein Refrain durchzieht. Mit dem Wort „bräutlich“²³ kennzeichnete er den Gedanken eines noch nicht erfüllten, wartenden Zustands, der sich auf eine kommende Erfüllung ausstreckt. Dabei ist entscheidend, diese hoffende und wartende Haltung nicht nur auf die Ehelosigkeit, sondern auch auf die Ehe anzuwenden. Auch Sexualität, so Johannes Paul II., hat einen weiteren Horizont, auf den sie erst zustrebt. Ihre jetzige Erfüllung ist nicht alles, das zeigt schon der unvermeidliche empirische Spannungsabfall nach der Erfüllung.²⁴ Beide scheinbar so gegensätzlichen Lebensstile treffen sich sogar darin, dass ihr unerschöpflicher Gipfel noch aussteht, sehnsüchtig erwartet wird, und dass alles Jetzige als Angeld auf Zukunft hin verstanden werden will. Das bedeutet nicht, um einen naheliegenden Einwand abzufangen, dass hiesiges Erfülltsein geleugnet wird – die Sprache des Leibes spricht ja von einer Beseligung. Aber sie spricht davon auch in der Weise des „noch mehr“,

noch tiefer. Gibt es die ekstatische Selbst-übersteigerung in unvergänglicher Form, ohne auch leise Irritationen, ohne ernüchternde Abstürze? Gerade weil der Leib seine Beglückung erfährt, erfährt er auch den Wunsch der Steigerung. Es ist die Sehnsucht des Leibes selbst, der seine Grenze von sich aus nicht überwinden kann und so auf ein Un-Endliches verweist. Ohne eine solche Bräutlichkeit wäre die geschlechtliche Erfahrung in der Immanenz, also in einer unvollständigen Verwirklichung eingeschlossen.²⁵ Wenn aber die Gehäuse des Diesseits undurchdringlich werden, verführen sie dazu, das Unvollständige als unbedingt und endgültig auszugeben. Wo das Warten verflacht auf ein „hier, jetzt, gleich“, verflacht auch der Spannungsbogen der Liebe – sowohl für die ehelos wie die ehelich Liebenden. Im Bräutlichen ähneln sich die beiden scheinbar so unterschiedlichen Lebensentwürfe. Gerade die tiefe Liebe erhält und liebt die Gestalt des Wartens auf Endgültigkeit.

Im Durchdenken dieser These wird auch die Steilvorlage des Christentums im Blick auf den Leib nochmals deutlicher. Denn es beharrt auch auf der leibhaften Auferstehung nach dem Tod: „Er wird unseren armen Leib neu machen / Und gleich bilden dem Leibe seiner Klarheit.“²⁶ Schon auf der Synode von Konstantinopel 553 wurde festgelegt: „Wenn jemand sagt, das künftige Gericht bedeute die gänzliche Zerstörung der Körperwelt, und es werde in Zukunft nichts bleiben, was stofflich sei, sondern nur der reine Geist, der sei im Banne.“ Selbst das „Fleisch“, das in allen Kulturen für Vergänglichkeit und Verwesung steht, wird zum „leidenthobenen Leib“ gewandelt.²⁷ Nur das Christentum konnte Sätze formulieren im Unterschied zum Resonanzboden der philosophischen Antike, in denen das Fleisch zum Angelpunkt wird: *caro cardo*, anders: *carne carnem liberans*: „Er befreit das Fleisch durch das Fleisch.“²⁸ Die Auferstehung Jesu, worin er alle Wunden seiner Folterung an seinem verklärten Leibe behielt, ist das Zeugnis für die identische Bewahrung und Verklärung alles irdisch Gebrochenen, Verletzten und Zukurzgekommenen.

Dem Verständnis des Christentums nach inkarniert Gott nicht einfach als Es-Macht, als magische Mächtigkeit, als mythische Dynamik, sondern in einem menschlichen Antlitz. Und eben in diesem Fleisch vollzog sich etwas Unerhörtes, streckt sich nach konsequenter Entfaltung des Verbürgten: „Wir haben durch die Auferstehung Jesu Christi von den Toten eine lebendige Hoffnung“²⁹ – nämlich auf das eigene Auferstehen aus dem Tod.

Aus dem unvermeidlichen Ende des Menschen wird christlich Voll-Endung. Vollendung meint tatsächlich: Aufhebung des Todes als Folge der sündhaften Verstörung des Ganzen. Nicht indem die raum-zeitlich organisierte Materie, unklar aus welcher Gegenkraft, „umspringt“ in eine nicht-materielle Utopie und Uchronie. Sondern „Leiblichkeit ist das Ende der Wege Gottes“, wie der schwäbische Pietist Johann Christoph Oetinger formulierte; bleibend wird Geschaffenes befreit: „Auch die Schöpfung soll von der Knechtschaft der Vergänglichkeit befreit werden zur Freiheit und Herrlichkeit der Kinder Gottes.“³⁰ *doxa*, die Herrlichkeit der Menschen, soll erstmals wieder sichtbar werden, ebenbildlich ihrem Schöpfer im Sündelosen und im Todlosen.

Diese große Eschatologie erfasst alles, lässt nichts unbefreit, und die Apostelbriefe haben dafür kein treffenderes Wort als immer wieder *doxa*, Herrlichkeit. Die Apokalypse kleidet dasselbe Konzept in das Bild der vollendeten, leuchtenden Stadt. Überhaupt ist es ebenso bewegend wie nachdenkenswert, dass das Ziel aller Hoffnung in wechselnden Bildern purer Schönheit ausgesagt wird – nicht nur Leiblichkeit, auch Schönheit ist Ende der Wege Gottes. Doch ist Schönheit nur der Widerschein des eigentlich Großen: der Überwindung des Todes. Hierin liegt die höchste Konkretion der Hoffnung: „An den Gott, der die Toten lebendig macht und das, was nicht ist, ins Dasein ruft“, lässt sich auch „gegen alle Hoffnung auf Hoffnung hin glauben“.³¹

Nie wird nur primitive Natur durch Christentum (und Judentum) verherrlicht: Sie ist vielmehr selbst in den Raum des Göttlichen zu heben, muss

heilend bearbeitet werden. Gegen alle (heute erneut andrängenden) Versuchungen zu einem Körper-Geist-Dualismus und zu einer Selbstherrlichkeit gegenüber dem eigenen Fleisch geht es im Christentum um eine Inkarnation: ein Einwurzeln in der eigenen Leibhaftigkeit.

Es mag sein, dass ein solch steiler Ausblick nicht gedanklich nachvollziehbar erscheint, weil er gleichsam einen Sonderbesitz des Glaubens vorstellt. Nichts davon kann tatsächlich bewiesen werden, aber es kann *bezeugt* werden. Eine solche Zeugenschaft, die von der biblischen Tradition inspiriert war, hat in Hoch-Zeiten europäischen Philosophierens eine Freiheit des Denkens und Freiheit des Anschauens ausgelöst, die jedenfalls heutigen Körper-Reduktionen fehlt.

Referenzen

- 1 Sampson P. J., *Die Repräsentationen des Körpers*, in: Kunstforum International, Bd. 132, *Die Zukunft des Körpers I*, Ruppichterorth (1996), S. 94-111, hier S. 101
- 2 vgl. Haraway D., *Woman, Simian and Cyborgs. The Reinvention of Nature*, London (1991). Cyborg ist die Abkürzung für Cyber Organism, einen Körper mit elektronischen und mechanischen Implantaten.
- 3 Die genannten Namen sind vorgestellt in: Neue Zürcher Zeitung vom 9. August 2005.
- 4 Zu unterscheiden ist allerdings zwischen der „harten“ Gender-Theorie Judith Butlers (*Das Unbehagen der Geschlechter*, Frankfurt 1992), wo Geschlecht als Begriff überflüssig gemacht werden soll, und der „weichen“ Anwendung als „Geschlechtergerechtigkeit“, wie sie mittlerweile politisch als „Gender mainstreaming“ durchgesetzt wird. Wieweit unterschwellig damit doch der „harte Kern“ zur Wirkung gebracht wird, bedarf großer Aufmerksamkeit.
- 5 vgl. Gerl-Falkovitz H.-B., *Frau - Männin - Mensch. Zwischen Feminismus und Gender*, Kevelaer, Butzon & Bercker (2009), wo auch Edith Steins Phänomenologie der Leiblichkeit dargestellt wird.
- 6 Ulrich F., *Der Nächste und Fernste - oder: Er in Dir und Mir. Zur Philosophie der Intersubjektivität*, in: *Theologie und Philosophie* 3 (1973), S. 317-350; hier S. 318
- 7 Ein Kryptogramm ist eine Folge von Buchstaben, die in einen Text eingelassen sind, aber durch eine Hervorhebung (z. B. durch Rahmen, eine Figur) in einem zweiten Zusammenhang zu lesen sind; meisterhaft

- sind etwa die Kryptogramme von Rhabanus Maurus.
- 8 Musil R., *Die Amsel*, in: ders., *Sämtliche Erzählungen*, Hamburg (1968), S. 324
 - 9 Nietzsche F., *Von den Verächtern des Leibes*, in: ders., *Also sprach Zarathustra* (1875)
 - 10 Diatessaron 18, 17
 - 11 zit. nach Pieper J., *Tod und Unsterblichkeit*, München (1968), S. 56
 - 12 ebd., S. 58
 - 13 Jonas H., *Technik, Freiheit und Pflicht*, Dankesrede zum Friedenspreis des deutschen Buchhandels 1987, S. 9
 - 14 vgl. Guardini R., *Welt und Person*, Würzburg (1939)
 - 15 Guardini R., *Liturgische Bildung*, Burg Rothenfels (1923), S. 15 f.
 - 16 ebd., S. 26
 - 17 Paradigmatisch bei Levinas E., *Die Zeit und der Andere*, Hamburg (1989).
 - 18 Guardini R., *Vom Geist der Liturgie* (1918), Freiburg (1983), S. 116
 - 19 vgl. Guardini R., *Wille und Wahrheit*, Mainz (1933)
 - 20 In Anlehnung an die Methodenschrift Guardinis: *Der Gegensatz. Versuche zu einer Philosophie des Lebendig-Konkreten*, Mainz (1925).
 - 21 Dazu Strauß B.: „Die vielen Verbrechen der Intimität, die ungesühnt bleiben. die vielen trostlosen Falschheiten und Täuschungen des Zusammenlebens, die Verschlagenheiten der Liebe, Gemeinheiten und Verletzungen oft, die in jedem anderen sozialen Bereich undenkbar wären... Ist denn Intimität kein sozialer Bereich? Ich sehe Schuld und Übeltat, doch die Verhältnisse soufflieren mir etwas von Wechselseitigkeit, schwieriger Kindheit, Schwäche der Lebensführung, mangelndem Schuldbewußtsein, Launen und verlorener Beherrschung. Die Verhältnisse plädieren für Verzeihen, wo ich nur Unverzeihliches erkennen kann.“, in: *Orpheus aus der Tiefgarage. Botho Strauß über Gene, Liebe und die Verbrechen der Intimität*, in: *Der Spiegel* 9, 21. 4. 2004), S. 164-166
 - 22 Ursprünglich sollte nur die Befruchtung von Ei- und Samenzelle außerhalb des Körpers mit anschließendem Transfer in den Uterus stattfinden. Mittlerweile werden weit mehr Eizellen befruchtet, als transferiert werden können: unverblümt zum Zweck der Forschung (bisher nicht nach deutschem Recht), aber auch zur Selektion genetisch „ungeeigneter“ – nicht einmal nur kranker – Embryonen (PID). Oder Embryonen werden für künftige Entscheidungen tiefgefroren zum späteren Austragen gelagert. Längst ist damit nicht einfach mehr die Hilfe für unfruchtbare Paare verbunden.
 - 23 Johannes Paul II., *Die Erlösung des Leibes und die Sakra-*
mentalität der Ehe. Katechesen 1981-1984, hg. von Norbert und Renate Martin, Vallendar-Schönstatt (1985)
 - 24 Thomas von Aquin verweist auf die *tristitia post coitum*; Goethe auf den Genuß, der nach der Begierde verschmachtet und umgekehrt.
 - 25 vgl. Strasser P., *Journal der letzten Dinge*, Frankfurt (1998), S. 238: „Der Prozeß der Zivilisation, unserer Art von Zivilisation, bedeutet, daß die Welt dichtgemacht wird. Ein Tor nach dem anderen, das bisher nach draußen führte, hinaus aus der Gesellschaft, der Geschichte, der Politik, der Rationalität, wird geschlossen. (...) Der Türsteher bei Kafka schließt am Ende das Tor, er ist ein Agent jener grausam geballten Machtsphäre, die dem Menschen einen Ausweg und eine Freiheit bloß vorspiegelt, um ihn um so besser in die Gefangenschaft der Welt bannen zu können.“
 - 26 Aus Missale und Brevier im Advent (Übers. von Romano Guardini).
 - 27 *Notkeri poetae liber ymnorum/Notker des Dichters Hymnenbuch*, Wolfram von den Steinen (Hrsg.), Bern/München (1960), S. 31: Feria II/Die Montagshymne: „Resurgens et impassibile corpus sumpsit“
 - 28 Caecilius Sedulius (+ ca. 450), *A solis ortus cardine*, in: Andreas Schwerd (Hrsg.), *Hymnen und Sequenzen*, München (1954), S. 38
 - 29 1 Petr 1,3
 - 30 Röm 8,20 f.
 - 31 Röm 4,13 f.

Erhard Weiher

Hoffnung am Ende des Lebens – Dimensionen der Hoffnung

Hope near the End of Life - Dimensions of Hope

Zusammenfassung

In diesem Beitrag geht es in erster Linie um die Frage, wie die medizinischen Fachleute zur Hoffnungsfindung ihrer Patienten beitragen können, wenn ihre kurativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Es wird sich zeigen, dass Hoffnung zwar ein spirituelles Thema ist, dass „spirituell“ aber nicht heißt, dass Hoffnung vorwiegend aus dem religiösen Repertoire zu schöpfen und vor allem ein Thema der Seelsorge sei. Vielmehr ist Hoffnungsvermittlung eine multi- und interprofessionelle Aufgabe, die z. B. in Konzept und Praxis der Palliative Care wahrgenommen wird. Hilfreich für die Begleitung ist es, Hoffnung mehrstufig zu verstehen. Dann ergeben sich sehr konkrete Möglichkeiten und Ansatzpunkte für die berufliche Praxis aller patientennahen Professionen.

Schlüsselwörter: Dimensionen der Hoffnung, Erwartung, Spiritualität, Palliativversorgung, „Geheimnis“

Abstract

How can medical care-givers raise hopes in patients, when curative options are exhausted? The point is, that hope is essentially „spiritual“, which, however, does not mean that it relies predominantly on religion, being just an aspect of religious support.

Mediation of hope is rather an inter- and multi-professional task, which is an important part of the conception and practise in palliative care. It can be of help to create a stepwise approach in mediating hope. This can result in possibilities and starting points for the professionalism of all patient-oriented care-givers.

Keywords: Dimensions of Hope, Expectancies, Spirituality, Palliative Care, „Secret“

Dipl. phys. Dr. theol. Erhard Weiher
Klinikseelsorger
Kathol. Pfarramt in der Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstr. 1, D- 55131 Mainz
erhard.weiher@unimedizin-mainz.de

Alle Helfer, die unheilbar Kranken begegnen, stehen vor der Frage, wie man Hoffnung vermitteln kann. Das gilt besonders für den ärztlichen Beruf: Patienten und ihre Angehörigen wenden sich ja gerade an die medizinischen Fachleute, weil sie damit eine ganz bestimmte Hoffnung verbinden, nämlich, dass die es schaffen, den tödlichen Verlauf einer Krankheit ganz zu verhindern oder wenigstens so lange wie möglich aufzuhalten. Zugleich haben die medizinischen Berufe die Aufgabe, Diagnosen zu stellen und die Betroffenen auch mit lebensbedrohlichen Befunden zu konfrontieren. Zudem begegnen sie bei jeder Visite, bei jeder Behandlung den erwartungsvollen Blicken und Fragen ihrer Patienten, die natürlich auf jedes Hoffnungszeichen durch die Fachleute gespannt sind.

Erst recht stehen Arzt und Ärztin in der palliativen Situation vor der Frage, wie sie Schwerkranken die Hoffnung erhalten können, wenn sie kurativ gegen das Fortschreiten der tödlichen Krankheit nichts mehr an- und aufbieten können, weil ihre medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Medizin und Religion: Wer macht mehr Hoffnung?

Mit der Aufgabe und auch dem Wunsch, am Ende des Lebens noch Hoffnung zu machen, sind die medizinischen Berufe erst seit dem Aufkommen der modernen Medizin befasst. Machen wir uns in einer kurzen Skizze klar, wie sich der Umgang mit einer tödlichen Krankheit im Lauf der Geschichte entwickelt hat.

Über eine lange Zeit der Menschheitsgeschichte gab es keine Medizin, die es mit dem Tod aufnehmen konnte. Die Medizin war über tausende von Jahren im wesentlichen „palliativ“. Die Hauptunterstützung bei schwerer Krankheit und beim Sterben geschah durch die Religion und religiöse Vorstellungen. Seit mehr als 100 Jahren wandelt sich die Szene jedoch erheblich: Die Medizin entwickelt seitdem ein vorher nicht vorstellbares Arsenal im Kampf gegen den Tod. Viele Krankheiten wurden heilbar oder zumindest behandelbar. Der Ansatz

der naturwissenschaftlich basierten Medizin enthielt und enthält die Verheißung, dass im Prinzip jeder Krankheit mit medizinischen Mitteln begegnet werden kann. Dadurch entstand der Eindruck, es braucht für Kranke – nicht nur für Krankheiten als biophysisches Phänomen – nur noch Medizin. Die traditionelle „Methode“ der Religion wurde allmählich überflüssig. Man ging zunehmend davon aus, dass alle Probleme des Menschen mit naturwissenschaftlichen und technischen Mitteln lösbar seien und damit auch Ängste und Sinnfragen letztlich überflüssig würden.

Und wenn sich das Ende des Lebens abzeichnete, dann hatte die Medizin damit nichts mehr zu tun; sie war ja mit der Verhinderung des Todes in der Zeit vorher beschäftigt. Mit Fragen des Lebens, mit der Aussicht auf den Tod konnte sie im Rahmen der instrumentellen Vernunft immer weniger anfangen. Dies ging so bis in die 1970er Jahre. Da begann eine neue Entwicklung infolge der psychologischen und humanwissenschaftlichen Aufklärung. Als Beispiel dafür steht die Psychiaterin und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler Ross. Auf einmal kamen über das Körperliche hinaus noch andere Dimensionen des Menschen in den Blick. Im Grunde geriet das wieder ins Bewusstsein, was zur anthropologischen Verfassung des Menschen gehört: sein psychisches und spirituelles Ringen mit dem Schicksal und dem Tod, das durch die Medizin der Moderne nur überblendet worden war. Der moderne Mensch muss ja sozusagen „nackt“ sterben – also unbekleidet. Über Jahrzehntausende starben die Menschen in allen Kulturen eingehüllt und gewärmt durch religiöse Vorstellungen und soziale Einbindungen.

Das Bedürfnis nach einer Auffangstruktur für die heutige Zeit führte zur Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung. Dort werden die vorher verdrängten Aspekte am Menschen wieder aufgenommen und in ein ganzheitliches Konzept integriert. Denn auch die therapeutischen Berufe stehen vor der Frage, wem, welcher sozialen aber auch geistigen Einkleidungsstruktur sie die

Sterbenden anvertrauen können. Gerade wenn das Machbare zurücktritt, ist ja die Frage, wie der Patient mit seinem Leid, mit dem Sterben als Sterben (nicht als behandelbare Krankheit), mit der Todesdrohung, mit der Erfahrung des Weniger-werdens aufgefangen werden kann. Also da, wo – im Sinn der Moderne – keine „Fortschritte“ mehr möglich sind.

Aber noch eine Entwicklung ist beim Thema Hoffnung zu nennen. Die Religion, die früher die Hoffnungsperspektive am Ende des Lebens dargestellt hat, verliert als Quelle für Hoffnung bei zunehmend mehr Menschen an Bedeutung. Damit greift auch eine „ars moriendi“, eine Sterbekunst, nicht mehr, die ursprünglich mit der Hoffnung auf ein besseres Jenseits verbunden war. Diese allgemein geteilte große Hoffnungsperspektive wird durch die Individualisierung und Säkularisierung der Moderne in ihrer Kraft geschwächt. Sie hat sich zunehmend auf die Hoffnung durch medizinische Möglichkeiten verlagert. Und: Gilt das nicht auch für die Behandler selbst, dass sie vom Plausibilitätsverlust religiöser Ideen mitbetroffen sind?

Das Hoffnungsthema muss auf diesem Hintergrund von Moderne und Postmoderne mit ihren medizinischen und geistigen Entwicklungen gesehen werden. Denn die therapeutischen Berufe – auch die Seelsorge – begegnen nicht nur Patienten mit einer religiös verwurzelten Hoffnung, sondern auch – und zunehmend mehr – Menschen ohne diesen Hintergrund. Die medizinischen Berufe haben aber nicht nur die funktionelle Aufgabe der Diagnostik und Behandlung, sondern auch die therapeutische Aufgabe¹, zur Hoffnungsfindung am Ende des Lebens, also jenseits der kurativen Möglichkeiten, beizutragen.

Anliegen dieses Beitrags ist es, hier nicht in erster Linie die Möglichkeiten der Seelsorge darzustellen, sondern Hoffnungsvermittlung als multi- und interprofessionelle Aufgabe zu skizzieren. Es wird sich zeigen, dass Hoffnung zwar ein spirituelles Thema ist, dass „spirituell“ aber nicht heißt, dass Hoffnung nur aus dem religiösen Reservoir zu

schöpfen sei und daher ärztlichem und nichtreligiösem Berufsalltag nicht zugänglich sei.

Wie lässt sich Hoffnung verstehen?

Es ist für Helfer und Begleiter immer wieder erstaunlich zu sehen, wie viel Hoffnung im Menschen steckt. Das große Wort „die Hoffnung stirbt zuletzt“ ist inzwischen zur Alltagsfloskel geworden. Das Wort behält dennoch seine Weisheit. Die zeigt sich bei vielen unheilbar Kranken z. B. darin, dass sie eine Art doppelte Buchführung leben. Sie wissen, dass sie voller Metastasen sind und zugleich gehören sie „sicher zu den 5%, bei denen diese Chemotherapie Erfolg hat“. Wo eine Tür zur Heilung beim Patienten zugeht, da öffnet sich woanders ein Fenster mit neuer Aussicht auf die Zukunft. Der Mensch braucht nicht nur Hoffnung zur Bewältigung von Krisen und Herausforderungen des Lebens; in ihm ist die Fähigkeit, Zuversicht zu entwickeln und von der Zukunft Gutes zu erwarten, wohl vom Schöpfer eingepflanzt: „Die Hoffnung ist eine der Urgebärden des Lebens.“² Offensichtlich „macht“ sie sich der Mensch nicht willkürlich, sondern das Grundwasser Hoffnung kann an vielen Stellen der Lebens- und Sterbelandschaft hervorkommen und Quellen bilden. Solche Quellen sind erst recht bei der Verarbeitung von Krankheit und Lebenskrisen unentbehrlich. Darauf verweisen auch die sogenannten Nahtodererfahrungen, die offensichtlich die Funktion haben, dem Menschen den Schritt über die Schwelle des Todes zu erleichtern.

Eine noch sehr allgemeine Definition kann lauten: *Hoffnung ist die freudige Erwartung von etwas künftig Gutem, das ich zwar nicht verfügbar habe, das aber als Möglichkeit existiert. Es ist erreichbar, wird aber nicht notwendig erreicht.*

Das Erstaunliche ist: „Hoffnung wirkt, ohne sich erfüllen zu müssen.“³ In dieser Wahrheit steckt für den Begleiter sowohl eine Versuchung (man kann Illusionen aufbauen, die eine Zeitlang alle Beteiligten entlasten) als auch ein Trost (wir dürfen in der Hoffnung bleiben, ohne sie für alle

Zukunft einlösen zu müssen). Nirgendwo sonst liegen Allmachts- wie Ohnmachtsvorstellungen so nah beieinander wie bei Berufen, die mit Leben und Tod befasst sind. In der „Zeit der Machbarkeit“ und des Fortschrittsglaubens bis weit in die 1970er Jahre ging man von der Vorstellung aus, Hoffnungserfahrung ergäbe sich alleine aus den Verheißungen der Medizin. Man glaubte, die Zeit bis zum Tod überbrücken und das Sterben als Prozess übergehen und vernachlässigen zu können.

Die seelsorgliche Begleitung geriet mit ihrer religiösen Hoffnungsverheißung dagegen zunehmend ins Hintertreffen. Hatte die Medizin doch immer mehr „diesseitige“ Möglichkeiten der Heilung in Aussicht zu stellen. Dagegen konnte die klassische Methode der Religion, die jenseitige Hoffnung als Trost für das Diesseits zu verkünden, immer weniger ausrichten. Allerdings ist die Medizin nach wie vor in der Versuchung, unheilbar Kranken immer weitere Therapieangebote zu machen. Für die Patienten werden diese schnell zu Strohhalmen, an denen sie sich aus der Todeszone herausziehen möchten.

Seit einigen Jahrzehnten hat sich ein neues Paradigma im Umgang mit zum Tod führender Krankheit entwickelt: die Palliativversorgung. Das Prinzip Hoffnung wird hier nicht als Angebot immer weiterer Maßnahmen zur Abwehr des Sterbens verstanden. Vielmehr wird auf die Begabung des Menschen gesetzt, auch mit dem Sterben hoffnungsvoll umgehen zu können. Schon Elisabeth Kübler-Ross konnte sinngemäß formulieren: Die Hoffnung des Kranken ist am Anfang – nach Mitteilung der Diagnose – eine andere als am Ende seiner Zeit.

Dagegen war es (und ist es oft noch) die Angst der Behandler, aufgrund der es lange Zeit geraten schien, die Wahrheit einer ungünstigen Diagnose dem Patienten zu verschweigen. Man fürchtete, Offenheit könne dem Betroffenen jede Hoffnung rauben. Es ist aber die Erfahrung mit Sterbenden, dass sie immer wieder Möglichkeiten finden, seelisch am Leben zu bleiben. Die Kraft zum Leben vergeht offensichtlich nicht so einfach. Darauf

dürfen die Helfer vertrauen, auch wenn sie Menschen mit schwierigen Wahrheiten konfrontieren. Sie dürfen darauf vertrauen, dass Hoffnung ein vielschichtiger Prozess ist, der nicht nur von medizinischen Fakten bestimmt wird – so sehr diese natürlich Ursache für Erschütterung aber auch Zuversicht sind. Hoffnung begründend sind oft sogar mehr psychische, soziale und spirituelle Faktoren, die im Patienten zwar selten sofort, wohl aber im Laufe der Zeit wach werden und als Gegengewichte aktiviert werden können.

Was bedeutet dies nun konkret für die begleitenden Berufe, Ansatzpunkte für Hoffnung zu finden, wenn das medizinisch Machbare sich allmählich erschöpft oder ganz ausgeschöpft ist?

Vier Stufen von Hoffnung

Es ist eine wesentliche Hilfe für den konkreten Umgang mit dem Thema, dass man die Hoffnung mehrstufig sehen kann: Danach gibt es

- als erste Stufe: die Hoffnung als Erwartung
- als zweite Stufe: die Hoffnung mit „mittlerer Reichweite“
- als dritte Stufe: Hoffnung in großer Perspektive
- als vierte Stufe: Hoffnung mit jenseitiger Perspektive

Hoffnung als Erwartung

Die erste Art von Hoffnung richtet sich auf konkrete Inhalte: dass etwas ganz Bestimmtes erreicht werden kann. Die erste intensive Hoffnung ist mit beobachtbaren und absehbar realisierbaren Erfüllungen verbunden. In der Regel heißt das für den Patienten und seine Angehörigen, dass in seinem Krankheitsverlauf eine positive Wendung eintritt. Diese Hoffnung haben Schwerkranke oft auch noch auf der Palliativstation und im Hospiz. Wenn bei starken Schmerzen eine deutliche Besserung eintritt, sehen viele das als Zeichen, dass es wohl doch nicht so schlimm sei, wie zu befürchten war. Der Mensch kann sich offensichtlich nicht vorstellen, nicht mehr am Leben zu sein. Er ist rational aufgeklärt, aber es gibt wohl eine Kraft im Menschen,

an immer weiteres Leben zu glauben. Gegenüber den medizinischen Behandlern ist im Hintergrund immer die Hoffnung, dass „diese Operation den ganzen Krebs entfernt hat“, dass „bei dieser Chemotherapie alle, auch die verstreuten Krebszellen vernichtet wurden“. In der Tat beginnt sich die Erwartung der neueren Medizin zu erfüllen, viele früher schnell tödlich verlaufende Krankheiten, in eine Art „chronische Krankheiten“⁴ zu verwandeln, bei denen man hoffen darf, noch sehr lange damit leben zu können: „Ich habe zwar eine tödlich verlaufende Krankheit, aber daran sterbe ich nicht.“

Erwartungen dienen als kleine und größere Rettunginseln im Meer einer vom Tod bedrohten Zukunft. Auch Illusionen haben die Funktion von Inseln, auf die sich der Patient retten kann, um im Kampf mit den hohen Wellen wieder zu Atem zu kommen und psychisch am Leben zu bleiben. Die Medizin ist in Versuchung, durch immer neue Behandlungsangebote die Aufmerksamkeit des Schwerkranken auf immer weitere Behandlungsschritte zu konzentrieren, die Zukunftsängste zu beschwichtigen und letztlich von der tödlichen Wahrheit abzulenken. Die Erwartungshoffnung kann der Arzt aber nur „machen“, wenn berechtigte Aussichten auf Besserung bestehen. Zugleich darf der Mediziner Hoffnung durch Relativierung wecken: „Es muss nicht das Schlimmste eintreten“ und damit den Patienten in seinen Befürchtungen auffangen. Wenn allerdings Ärzte unter „Hoffnung“ nur verstehen, trotz negativer Aussichten immer weitere Therapien anzubieten, dann kann sich die Hoffnung des Schwerkranken nicht wandeln. Sie nehmen dem Menschen dann die Möglichkeit, sein Sterben mit Leben in einem tieferen Sinn zu füllen.

Den Umschwung in der Erwartungshoffnung leitet oft erst die Verlegung auf die Palliativstation ein. Dort sagt z. B. die Anästhesie-Ärztin: „Dieses Medikament geben wir Ihnen gegen die Schmerzen. Das Fortschreiten Ihrer Krebserkrankung kann dadurch nicht aufgehalten werden.“ Ähnliches gilt, wenn der Patient von einem „Wunder“

spricht. Die Sehnsucht dieses Menschen sollte der Arzt nicht einfach abtun. Er kann sagen: „Das wäre natürlich das Schönste, was Ihnen passieren könnte.“ Und weiter: „Welches Wunder wäre das größte, auch wenn Ihre Krankheit sich nicht heilen lässt?“ Dies ermöglicht es dem Patienten, seine Hoffnung auf andere Ziele zu richten und damit sein Sterben zu gestalten. Bei diesem Wandlungsprozess der Hoffnung braucht es allerdings Begleitung und Begleiter.

Hoffnung mittlerer Reichweite

Diese wird umso wichtiger, je weniger sich Erwartungshoffnungen erfüllen. Es geht dabei, kurz gesagt, um die Selbstvergewisserung des Patienten als Subjekt, die ihn auch durch den weiteren Krankheits- und Sterbeprozess hindurchträgt. Hoffnung heißt hier nicht: „Es wird schon wieder werden“. Ich gehe hier von der These aus: *Es gibt im Menschen einen inneren Geist, eine integrierende Kraft, die ihn – auch bei weniger werdenden körperlichen Möglichkeiten – als Ganzes, als Subjekt immer noch leben lässt.* Jeder Mensch hat Ressourcen, mit denen er sich in die Zukunft hinein entwirft: soziale, psychische, mentale und spirituelle Integrationskräfte. Die Erfahrung mit Sterbenden zeigt, dass sich Hoffnungen mit anderen Perspektiven auf tun, wenn die Hoffnung, dass es doch noch Mittel gegen das Fortschreiten der Krankheit gibt, nicht in Erfüllung geht.

Zu dieser Kategorie von Hoffnung gehören auch ganz kurzfristige Ziele: z. B. in physischer und sozialer Hinsicht,

- dass man diese Nacht einmal schmerzfrei durchsteht oder sogar durchschlafen und man so endlich einmal „zu sich kommen“ kann,
- dass meine Familie mich an diesem Wochenende besucht,
- dass das Gespräch mit meiner Tochter einen guten Ausgang nimmt,
- dass man vielleicht noch einmal den Campingplatz sehen kann, „der uns über viele Jahre so viel bedeutet hat“.

So können Arzt und Ärztin Menschen ohne medizinische Aussichten dennoch Hoffnung vermitteln: „Wir können zwar nichts mehr gegen das Fortschreiten Ihrer Krankheit machen, aber wir können noch viel anderes tun. Wir können Schmerzen und andere Belastungen lindern. Wir können dafür sorgen, dass Sie sich hier auf der Station gut aufgehoben fühlen (oder bei ambulanter Palliativbetreuung: dass Sie medizinisch gut versorgt sind und dass wir Sie nicht im Stich lassen). Wir können Ihren Angehörigen ermöglichen, dass ... Und vielleicht kriegen wir sogar das mit dem Campingplatz hin...“. Und: „Wir tun alles, dass Sie auch bei dieser Krankheit eine gute Lebensqualität haben können.“

Die ärztlichen und pflegerischen Begleiter werden bereits durch qualifiziertes berufliches Verhalten zu Hoffnungsträgern:

- durch Terminvereinbarungen, die den Patienten Verlässlichkeit erleben lassen und Stress reduzieren,
- durch empathische Nähe, durch die der Patient die positive Erfahrung macht, angenommen und verstanden zu werden, mit der er auch auf seinem weiteren Weg rechnen darf,
- durch ihre Wahrhaftigkeit und dadurch, dass sie den Fragen ihrer Patienten nicht ausweichen. Z. B. wenn diese fragen, wie lange sie noch zu leben haben: „Wir glauben, dass Ihnen noch Wochen (oder Tage) bleiben.“ Palliativmediziner machen die Erfahrung, dass es für viele Patienten tröstlich ist, wenn sie ihnen in der terminalen Phase sagen können: „Ich glaube, das ist jetzt das Sterben.“ Für Schwerkranke bedeutet das keineswegs Hoffnungslosigkeit, sondern die Aussicht, dass ein leidvoller Weg endlich zu Ende geht.

Selbstverständlich sind eine gute Symptombekämpfung und die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse elementare Voraussetzungen auch dafür, dass Patienten sich mit spirituellen Fragen nach Sinn, Versöhnung, Dankbarkeit und mit transzendenten Sinnquellen und seelsorglichen Angeboten auseinandersetzen können.

Dann speist sich die Hoffnung auch aus „kleinen“ Bausteinen, die in existenzieller Hinsicht jedoch riesig groß sein können. Solche „geschöpflichen Hoffnungen“ haben zwar vielfach „nur“ eine materielle Seite, zugleich aber sind sie mehr als Alltäglichkeiten. Sie sind auch spürbare Zeichen, mit denen der Weg in die unsichere Zukunft gestaltet werden kann. Auch im letzten Lebensabschnitt kann die betreuende Umgebung realisierbare Erfüllungen in Aussicht stellen:

- die Wahl der Sterbeumgebung,
- die Wahl der Menschen, die in der terminalen Zeit anwesend sein sollen,
- eine Dosierung der Schmerzmittel, die noch Kommunikation (vielleicht sogar unter Schmerzen) möglich macht,
- im äußersten Fall die palliative Sedierung.

Hoffnung durch Identitätsvergewisserung

Es gibt aber *über diese physische und psychosoziale Dimension hinaus* auch noch *eine andere wichtige Unterstützungsmöglichkeit*: die Identitäts- und Lebenserzählungen der Patienten, die sie selten in einer strukturierten Biografiearbeit, viel öfter aber nebenbei dem Begleiter mitteilen.⁵ Schon die Aussage über den Campingplatz bedeutet für den Schwerkranken mehr als eine Orts- und Zeitangabe, mehr als eine Sehnsucht oder Trauer. Sie ist auch ein Symbol für seine Identitäts- und Sinnerfahrung: So hat er das Leben als gut und sinnvoll erfahren, so hat er sich selbst in Verbindung mit der Natur, mit den Mitmenschen, mit den Jahreszeiten, mit der Schöpfung erfahren. Das macht (nicht machte!) ihn aus, so empfindet er sich als Subjekt seines Daseins. Diese Subjekterfahrung ist in ihm, auch wenn er real nicht mehr campen kann. Durch solche – oft unscheinbaren – Alltagserzählungen versichert sich der Mensch seines Selbstwertes. Und dies enthält die Hoffnung, dass dieser Selbstwert nicht verloren geht, sondern durch die kommende Zeit erhalten bleibt.

Hoffnung hat etwas mit Sinnerfahrung zu tun. So haben viele Lebenserfahrungen nicht nur einen

Erinnerungswert. Sie weisen vielmehr auf innere Qualitäten, die den Menschen erfüllen und die bei ihm bleiben und die ein unschätzbare Potenzial von Hoffnung bilden. Sie gehören zu den integrierenden Kräften, die auch einen Schwerkranken als Subjekt immer noch leben lassen („Das bleibt als Erfahrung bei mir, das kann mir niemand nehmen.“ Das darf ein Mensch auf dem Weg in den Tod mitnehmen – religiös gesprochen: vor seinen Schöpfer tragen, wo es unverlierbar geborgen ist.).

Der Thanatotherapeut Hilarion Petzold⁶ sagt, dass Menschen in der Kraft der eingeholten Lebensspanne „leichter“ sterben können. Dieses „Einholen“ geschieht allerdings nicht erst in einer therapeutischen Biografiearbeit, sondern viel alltäglicher über die symbolische Kommunikation („Campingplatz“), bei der die Begleitenden durch qualifiziertes Zuhören und eine gute Resonanz zur Hoffnungsgestaltung beitragen können. Im Einholen der Lebensspanne vergewissert sich der Mensch zudem über die bestandenen und durchgestandenen Krisen und Sinnherausforderungen der Potenziale, die sein Leben bisher möglich gemacht haben. Er ist sozusagen „nach hinten“ mit diesen Kräften verbunden und kann sich auf dieser Basis hoffnungsvoll nach vorne in die Zukunft hinein ausstrecken, auch wenn diese Zukunft vermutlich noch bisher unbekannte Herausforderungen bereithält. Übrigens: Auch gescheiterte Lebensträume und ein viel zu frühes Sterben haben nicht nur ihre Defizit-, sondern auch ihre Ressourcenseite. In qualifizierten Begleitungen können sich auch Gescheiterte als „ganz“ empfinden, weil auch das Unerfüllte einen Platz in ihrer Selbstvergewisserung findet und zu ihrem Selbstwert gehört.

„Für gewöhnlich sieht der Mensch nur das Stoppfeld der Vergänglichkeit; was er übersieht, sind die vollen Scheunen der Vergangenheit.“⁷

Schwerkranke tragen oft eine ganze Reihe von Träumen in sich, die sich oft erst durch die Begrenzung des Lebens bewusst melden. Es ist dann weiterführend, mit ihnen eine Unterscheidung zu

finden: welche von den Träumen noch in Erfüllung gehen können („Was wäre gut, dass es noch geschieht?“) und welche sie werden umwandeln („Was ist unter den Umständen Ihrer Krankheit möglich?“) oder ganz aufgeben müssen.

Die Begleitung bei Identitäts- und Sinnvergewisserung, die zur Integritätserfahrung des Subjekts beiträgt, ist eine multiprofessionelle Aufgabe. Arzt und Ärztin, Pflege, Psychotherapie und Seelsorge können sie jeweils in ihrer Rolle verwirklichen. In der Art, wie sie einen Menschen wertschätzen, verbreiten sie wenigstens implizit ein Hoffungsklima, in dem der Patient auf weitere seelische Lebensmöglichkeiten hoffen darf. Hier helfen sie mit, den Weg des Sterbens begehbar zu machen: ob ein Mensch nur auf den Tod wartet oder ob er darauf gespannt ist, was ihm zum Leben bleibt und was das Geheimnis der Zukunft noch an vertieften Selbst- und Lebenserfahrungen bringt.

Hoffnung mit großer Reichweite

Über den Horizont der Identitätsvergewisserung hinaus wächst auch eine Hoffnung auf Sinn-erfüllung, die auch in Zukunft nicht vergeht. Menschen können dann „gut“ sterben, wenn sich über die Heilungserwartung hinaus die Hoffnung weitet und vertieft in die Hoffnung

- noch möglichst viel kostbare Zeit mit den Menschen zu haben, die man liebt und sich dieser Liebe auch über den Tod hinaus gewiss zu sein,
- dass Wichtiges noch geordnet werden kann, damit das Leben für die Nahestehenden auch nach dem Tod gut weitergeht,
- dass die Kinder ihren Weg schon machen werden, man als Sterbender ihnen sein Zutrauen in ihr Leben mitgeben kann und man sie gesegnet weiß,
- dass auch ihr eigenes Leben sein „Heiliges“ hatte und hat, das sich in der Familie, im Beruf, in ihrer Lebensleistung ereignet hat und das als unverlierbarer Kern „bleibt, obwohl man vergeht“.

Es ist gut, wenn für solche Wandlungsprozesse Begleiter zur Verfügung stehen, die sie moderieren können, z. B. „Haben Sie Ihrer Frau schon einmal gesagt, dass Sie sie sehr gern haben?“ Es kann eine gute Hoffnungsquelle und Hilfe für Sterbende sein, wenn – möglichst unter Begleitung – ein Vermächtnis des Sterbenden an die Hierbleibenden entsteht und damit die Perspektive über den Tod hinaus geöffnet wird.

Hoffnung mit transzendenter Perspektive

Zur symbolischen Integration im Krankheits- und Sterbeprozess gehört wesentlich auch die spirituelle Dimension. Die Spiritualität⁸ eines Menschen ist nicht nur ein abgrenzbarer Teil in seiner mentalen Verfassung. Sie ist vielmehr der „innerste Geist“, der die Dimensionen des Physischen, Psychischen, Rationalen und Sozialen zu einem Ganzen integriert. Die spirituelle Dimension kann man heutzutage nicht erst dann einem Menschen zusprechen, wenn er ausdrücklich religiös ist, sondern sie ist in jedem Lebensentwurf als das ganz persönliche Strickmuster eines Menschen explizit oder „nur“ implizit vorhanden. Implizit z. B. in den Symbolen (Familie, Lebensleistung, Campingplatz), die etwas von seinem „Heiligen“ darstellen, explizit natürlich in seiner Religion und seinem Glauben. Das Palliativkonzept der Weltgesundheitsorganisation betrachtet die Spiritualität als wesentlich für die Versorgung, weil dort Quellen der Hoffnung sind, die die Medizin mit ihren instrumentellen Möglichkeiten nicht bereitstellen kann.

Spiritualität und Religion eröffnen eine vierte Kategorie von Hoffnung, die transzendente. *Diese Hoffnung geht davon aus, dass jenseits des überschaubaren Horizonts noch eine sinngebende Zukunft auf den Menschen wartet.* „Transzendent“ im spezifischen Sinn heißen Hoffnungen, wenn sie in die religiöse Dimension hineinreichen, also über die Hoffnung auf ein Fortleben in den geleisteten Taten und in der Erinnerung der Weiterlebenden hinaus. Solche Hoffnung beinhaltet, dass man am Ende in ein großes, von Gott erfülltes Geheimnis hineingeht. Dass

man also aufgehoben ist in einer großen Liebe, in einem bergenden Du, in einer heiligen Ordnung, in einem ewigen Licht: bei Gott.

Diese Hoffnung mit überweltlicher Transzendenz muss nicht abgehoben und abstrakt sein; sie hat in der Regel durchaus Anschluss an die mit mittlerer und großer Reichweite: z. B. wenn Menschen hoffen,

- dass aus ihren Kindern etwas wird und sie mit ihnen über die transzendente Welt verbunden bleiben,
- dass sie vom Himmel her für die Weiterlebenden in ganz anderer Weise (z. B. wie Engel) da sein und sie beschützen können,
- dass sie mit den Vorausgegangenen vereint sein werden und dass sie auch denen, die sie gehasst haben, verwandelt begegnen,
- dass sie mit allen Unfertigkeiten und aller Schuld bei Gott angenommen sind und eine tiefste Vergebung erfahren, sodass sie jetzt auch versöhnt mit Gott und der Welt sterben können,
- dass Gottes Geist und seine Engel auch durch die Bewusstlosigkeit des Sterbens und das Dunkel des Todes geleitet werden,
- dass alles Leid und alles Schmerzhafte in Gott verschwinden und dass am Ende alles gut wird.

Hoffnung können die Helfer nicht „machen“ oder einem Menschen wie ein Medikament verabreichen, auch Seelsorge kann das nicht. Wenn die medizinischen Helfer von der Vorstellung ausgehen, Hoffnung „geben“ zu müssen, dann überfordern sie sich entweder oder sie versuchen, die Illusion der Heilung durch immer neue Therapieangebote und ausweichende Kommunikation aufrecht zu erhalten. Helfer – auch die Seelsorgenden – können Menschen jedoch bei ihrer Hoffnungsfindung begleiten. Das ist auch bei der Hoffnung mit transzendenter Perspektive möglich. Sie können durchaus Patienten nach deren Hoffnung und ihren religiösen Vorstellungen z. B. vom Jenseits des Todes fragen und deren Ideen moderierend begleiten.

Helfer, die selbst religiös sind und mit deren religiöser Unterstützung der Patient einverstanden ist, können dem Sterbenden auch *Hoffnung zusagen*, müssen aber dem Patienten überlassen, was er daraus an Zuversicht schöpft. Hoffnung hat wesentlich mit der Angst vor Beziehungsverlust zu tun, der sich am radikalsten im Tod ereignet. Deshalb können die Helfer, die den Sterbenden durch den Tod aus ihrer menschlichen Beziehung entlassen müssen, eine das Soziale transzendierende Beziehung anbieten, die über den Tod hinausreichende, die religiöse (re-ligio heißt „Rückbindung“):

- „dass wir Sie bis zum Tor begleiten können, dort holen Engel (oder holt Christus) Sie ab“,
- dass Sterben ein Weg ins Licht ist,
- dass der Himmel die Befreiung von allem Leid durch Gott bedeutet,
- dass das Sterben in das Geheimnis Gottes hinein geschieht,
- dass Gott keinen Menschen, den er einmal ins Leben gerufen hat, aus einer Beziehung herausfallen lässt.

Der Arzt, der keine ausdrücklich religiösen Vorstellungen verwenden will, weil er sich religiöser Neutralität verpflichtet weiß, kann sagen:

„Meine Überzeugung ist, dass wir in einem größeren Leben aufgehoben sind, wenn wir sterben.“ Er kann ruhig den terminalen Patienten aber auch trösten: „Es wird alles gut“⁹ und damit das anthropologisch angelegte „Jenseits des Todes“ ins Spiel bringen. Dieses „es“, „alles“ und „gut“ muss nicht näher (psychologisch oder religiös) erklärt werden. Auch ein so einfaches Wort: „Wir schaffen das schon.“¹⁰ ist nicht psychologisch einlösbar zu verstehen. „Wir“ und „das“ sind mehr als Sachbegriffe. Sie lassen offen, wer das „wir“ eigentlich ist: irdischer oder himmlischer Beistand. Und das „das“ umfasst auch das große Geheimnis der Zukunft, zu der das Sterben gehört. Beide Hoffnungsworte sind durchaus keine reinen Floskeln. Sie sind Formeln für das Unsagbare, und sie artikulieren den Trost und die Hoffnung, in die jedes Leben eingebettet ist und die in jedem

Leben aufblitzen und in jeder Situation in Anspruch genommen werden können. Die Begleiter beziehen sich dann auf eine Ur-Hoffnung, die im Ur-Vertrauen gründet.¹¹ Die Seelsorge bietet große und jenseitige Hoffnungen mit Bildern, Ritualen und Weisheitsworten an. Die große – auch die religiöse – Hoffnung lässt sich nicht konkretistisch („Morgen ist alles besser“) behaupten, sondern nur in poetischer Sprache mit Metaphern und Geschichten „hinhalten“. Diese „machen“ nicht Hoffnung, sondern sie bieten Symbolräume an, in denen sich der Patient umschaun, einfühlen und daraus Impulse für seine Hoffnung finden kann.

Der Palliativgedanke impliziert Hoffnung

Wenn man die Palliatividee nicht nur der Arbeit auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz zugrunde legt, sondern jeder Begleitung von Kranken und Angehörigen, dann ist die Palliativkultur eine Kultur der Hoffnung. Wer Kranken auch in Krisen zugewandt bleibt, lebt eine Spiritualität, weil er ein „Mehr“ über den medizinischen Vordergrund hinaus glaubt und von daher dem Kranken treu und ein verlässlicher und wahrhaftiger Partner bleiben kann.

Man kann „Hoffnung“ in spiritueller Perspektive definieren: *Dem Leben, auch unter Einschränkung, sein – letztlich heiliges – Geheimnis zutrauen, von dem auszugehen und auf das zuzugehen sich lohnt.* Wenn die Helfer davon überzeugt sind und in vielen Begleitprozessen schon erfahren haben, dass auch das Sterben ein Geheimnis (zum hier verwendeten Verständnis von „Geheimnis“¹²) ist, in das hineinzugehen und das zu begleiten sich lohnen kann, dann können sie diese Hoffnung bei jedem Patienten neu ausstrahlen. Sie stehen dann für die Überzeugung, dass Sterben und Tod in einer größeren Hoffnung stehen. Diese Hoffnung können sie nicht explizit im Munde führen – sie können sie aber durch ihre Arbeit an der Grenze des Lebens darstellen, auch wenn sie nicht alles Leid und schon gar nicht den Tod verhindern können. Ein Palliativteam, ein Hospiz verkörpern, dass auch

das Sterben in ein größeres Ganzes, in eine höhere Ordnung eingebettet ist, in deren Dienst und Kraft auch die Helfer stehen. Insofern sind alle Begleiter – auch die Seelsorgenden – „nur“ Katalysatoren für Hoffnungsfindung. Indem sie Sterbende und Angehörige nicht sich selbst überlassen oder warten, bis die Natur die Sache erledigt hat, sondern dem Sterben und dem Sterbenden ein großes Geheimnis, ein Mysterium, glauben, können sie der „Natur“ mit einer „Kultur der Hoffnung“ begegnen. Dann ist es möglich, auch das Sterben mit Leben und Sinn zu füllen und die Hoffnungslosigkeit nicht mit Argumenten und klugen Worten, sondern mit einer spirituellen Kultur aufzufangen. Religiöse Helfer müssen Hoffnung nicht entweder herstellen oder, wenn das nicht möglich ist, verzweifeln – sondern sie dürfen dem spirituellen Geheimnis vertrauen, in das alles Leben und Sterben seit Gottes- und Menschengedenken eingebettet ist. Dort kann der Helfer selbst Halt und Hoffnung finden, wenn Menschen sterben und letztlich alles Leben durch den Tod gehen muss.

Referenzen

- 1 Kappauf H., Art. *Krankenhaus*, in: Student J.-C. (Hrsg.), *Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende*, Verlag Herder, Freiburg/ Basel/ Wien (2004), S. 129-135, hier S. 134 f.
- 2 Pieper J., *Über die Hoffnung*, Verlag Kösel, München (1949), S. 29
- 3 Aulbert E., *Kommunikation mit Patienten und Angehörigen*, in: Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin*, 3. Aufl., Schattauer, Stuttgart (2012), S. 1037-1058, hier S. 1050
- 4 Kappauf H., *Hoffen und Heilen. Aber um welchen Preis? Wie viel Ehrlichkeit verträgt der Mensch?* Abstractband zum 4. Bremer Kongress der Palliativmedizin 11. – 12.03.2005 (2005), S. 37-39, hier S. 38
- 5 Zum Konzept der „Symbolischen Kommunikation“ siehe Weiher E., *Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*, Verlag Kohlhammer, Stuttgart (2008, 3. Aufl. 2011), S. 88 ff.
- 6 Petzold H., *Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen*, in: Spiegel-Rösing I. (Hrsg.), *Die Begleitung Sterbender*, Verlag Junfermann, Paderborn (1984), S. 431-497
- 7 Frankl V. E., *Ärztliche Seelsorge*, Verlag Fischer, Wien (1982)
- 8 Zur Definition und Diskussion von „Spiritualität“ siehe Weiher E. (3. Aufl. 2011), siehe Ref. 5, S. 23 ff.
- 9 Berger P. L., *Auf den Spuren der Engel*, Verlag S. Fischer, Frankfurt a. M. (1970)
- 10 Rössler D., *Der Arzt zwischen Naturwissenschaft und Metaphysik*, in: Stulz P. (Hrsg.), *Theologie und Medizin*, Verlag Chronos, Zürich (2004), S. 177-191, hier S. 191
- 11 Kast V., *Freude, Inspiration, Hoffnung*, Verlag Patmos, Düsseldorf (ppb-Ausg.) (2008), S. 175 f.
- 12 vgl. Weiher E., *Wenn das Geheimnis die Lösung ist, Spiritual Care – Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen* (2012); 1(1): 82-83

Matthias Beck

Zur Beziehung von Geist, Genetik und Epigenetik

The Relations of Spirit, Genetics and Epigenetics

Zusammenfassung

Die moderne Genetik zeigt, dass die genetische Information für den Körper und für Krankheiten nicht allein in den Genen liegt. Die Gene sind nur ein Teil der Gesamtinformation. Gene müssen aktiviert und inaktiviert werden. Daher ist die Frage entscheidend, welche Zusatzinformationen aus der Umgebung die Gene an- und abschalten. Nur ein aktiviertes Gen entfaltet seine Wirkung, dass Eiweißstoffe synthetisiert oder Krankheiten manifest werden. Diese Schaltinformationen nennt man epigenetische Faktoren oder einfach Epigenetik. Diese Faktoren liegen zum Teil auf den Chromosomen in den Bereichen zwischen den Genen, sie liegen aber auch in den Proteinen, im Cytoplasma und den Zellmembranen, schließlich auch im gesamten Innenleben des Menschen mit seinem Denken und Fühlen sowie seinen zwischenmenschlichen Beziehungen. Der vorliegende Artikel will zeigen, dass für die genetisch-epigenetischen Verschaltungen auch die religiöse und spirituelle Ausrichtung des Menschen eine Rolle spielt.

Schlüsselwörter: Genetik, Epigenetik, Spiritualität, Krankheit, Heilung

Abstract

Modern genetics shows that the information for the body and for diseases is not only fixed in the genes. Genes are only a part of the information. They have to be switched on and off. Therefore it is much more interesting, to know which the additional factors for these switch-on and switch-off mechanisms are. Only a switched-on gene expresses its function. The additional information in the environment can be found in the sections between the genes, in the cytoplasm, the membranes, but also in the whole organism up to the brain, the thinking and feeling of a person as well as interpersonal relationships. These additional influences are called epigenetic factors or epigenetics. This article wants to show that also the religious and spiritual life of a person is involved in these genetic-epigenetic interactions.

Keywords: Genetics, Epigenetics, Spirituality, Disease, Healing

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. theol. Mag. pharm.
Matthias Beck
Institut für Systematische Theologie
Theologische Ethik, Forschungsschwerpunkt
Medizinische Ethik
Schenkenstr 8-10, A-1010 Wien
Matthias.Beck@univie.ac.at

1. Hinführung

Will man die verschiedenen Ebenen von Spiritualität und Medizin betrachten, die in dem einen Menschen miteinander verschränkt vorkommen, muss man sie wissenschaftlich zunächst strikt voneinander trennen. Die Fragen der Spiritualität gehören in den Kontext der Theologie und sind damit ein geisteswissenschaftliches Gebiet, während die Medizin in den Bereich der Naturwissenschaften und im Kontext der psychosomatischen Medizin in jenen der Psychologie gehört.

Es ist der eine Mensch in seiner Einheit von Geist, Seele und Leib, der krank ist. Krank sind nicht Organe, sondern Menschen. Und doch gibt es in dem einen Menschen verschiedene wissenschaftliche Zugänge, die versuchen, die Krankheitsphänomene menschlichen Lebens zu erfassen. Im vorliegenden Fall ist es die nach wie vor weithin naturwissenschaftliche Medizin, die auch psychosomatische Hintergründe beleuchtet, aber kaum Fragen des menschlichen Geistes – zumal in seiner Ausrichtung auf das Absolute – in Augenschein nimmt. Rainer Tölle, emeritierter Ordinarius für Psychiatrie hat es in der 12. Auflage seines Psychiatrie Lehrbuches so auf den Punkt gebracht:

„Während die Psychiatrie von den philosophisch-anthropologischen Bemühungen profitierte, lässt sich Entsprechendes für die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Theologie nicht feststellen. Von den Weltreligionen ist wenig Einfluß auf die Psychiatrie ausgegangen, und die Psychiatrie befaßte sich wenig mit der Religiosität der Patienten... Die heutige klinische Psychiatrie versucht, die Religiosität des Patienten in ihrer existentiellen Bedeutung zu beachten.“¹

Allerdings sind die Begriffe Religion und Spiritualität zu unterscheiden. Unter Spiritualität wird eher eine „frei flottierende“ Wendung des Individuums nach innen verstanden, während „Religion“ ein Begriff ist, der mehr für religiöse Gemeinschaften verwendet wird, die eine Struktur und Organisation haben.

So haben wir einen naturwissenschaftlichen und einen geisteswissenschaftlichen Zugang zum

Phänomen Krankheit und müssen zusehen, wie diese beiden Zugänge zusammengehören. Beide sind zu unterscheiden und doch ist es der eine Mensch, in dem die Phänomene aufeinanderstoßen. Es stellt sich die Frage, wie sie gemeinsam zu interpretieren sind.

2. Wissenschaftstheoretische Zugänge

Das Paradigma der naturwissenschaftlichen Medizin ist es zu messen, was zu messen ist. Schon René Descartes unterschied in seiner Philosophie die *res extensa* (das ausgedehnte Ding) wie einen Tisch oder ein Haus, das man in seiner Länge, Breite und Ausdehnung messen kann, und die *res cogitans* (die denkende Sache) wie Gedanken, Geist, Verstand, Vernunft, die keine Ausdehnung haben und insofern zunächst nicht messbar sind. Allerdings versucht man heutzutage im Zuge der Hirnphysiologie auch Gedanken messbar und damit sichtbar zu machen. Allerdings ist dieses Messen von Potentialschwankungen im Gehirn nicht das Erfassen der Gedanken selbst, sondern nur deren Korrelation mit bestimmten Vorgängen im Gehirn.² Wenn der Mensch denkt, verändern sich bestimmte Areale im Gehirn. Das kann man messen und sichtbar machen, aber damit ist nicht der Gedanke als Gedanke erfasst, sondern nur dessen „Außenseite“.

So geht es in der Medizin zunächst einmal um die ausgedehnten Dinge, die messbar sind: Zellveränderungen, Blutdruck, Hormonhaushalt, elektrische Ströme im Herzen (Elektro-Kardio-Gramm, EKG), elektrische Ströme im Gehirn (Elektro-Enzephalo-Gramm, EEG) oder im Muskel (Elektro-Myo-Gramm, EMG). Neben diesen messbaren Anteilen versucht die psychosomatische Medizin, auch seelische Hintergründe von Krankheiten zu erfassen: Ängste, Abhängigkeiten, ungelöste Konflikte, das Unbewusste.

Diese Phänomene sind schwerer zu messen, sie sind aber intersubjektiv zwischen verschiedenen Personen mit ähnlichen Symptomen und vergleichbaren seelischen Nöten zu vergleichen. Mittels Statistik können bestimmte Korrelationen zwi-

schen seelischen Hintergründen und bestimmten Krankheiten hergestellt werden. Insofern sind auch die Zusammenhänge zwischen seelischen Problemen und Krankheiten in gewissem Sinne messbar. Noch schwieriger messbar sind geistige und geistliche Hintergründe von Krankheiten. Sie sind zunächst indirekt erschließbar aufgrund philosophisch-theologischer Überlegungen, aber es gibt auch schon viele valide Studien zur Frage von Spiritualität und Medizin.³ Wenn hier über Spiritualität und Medizin gesprochen wird, dann soll nur die christliche Spiritualität betrachtet werden. Die Verbindung zu anderen Spiritualitäten kann vom Leser selbst gezogen werden.

Der Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin ist ihre Universalisierbarkeit. Die messbaren Anteile im Menschen sind überall auf der Welt in ähnlicher Weise zu erfassen. Man kann dieselben Messungen in China, Südamerika und Europa durchführen. Das gilt auch für die Biologie: Zellkulturen wachsen in China ähnlich wie in Wien oder New York. Seelische Hintergründe und geistige Kontexte hingegen unterscheiden sich in den Kulturen erheblich. Sie hängen von der Kultur ab, von der Religion, von den gesellschaftlichen Normen, von den Familienstrukturen und vielem mehr.

Sind naturwissenschaftliche Daten weithin verallgemeinerbar, geht es bereits in der psychosomatischen Medizin mehr um Einzelbiographien, die mit anderen Einzelbiographien verglichen werden (mit Hilfe der Methode der Statistik). Noch mehr um den Einzelnen geht es bei der Betrachtung der geistig-geistlich-spirituellen Dimension. Hier geht es um die individuelle Biographie des Einzelnen und seine Fragen zu seiner je einzigartigen Berufung, die nicht mehr mit anderen Biographien vergleichbar ist. Jeder hat seinen eigenen Weg durch dieses Leben, jeder hat letztlich auch seinen eigenen Tod. So gibt es das allgemeingültig Vergleichbare im Menschen, das partiell Vergleichbare und das nicht mehr Vergleichbare. Jeder hat seine individuelle Krankheit. Selbst wenn sie äußerlich ähnlich mit anderen Krankheiten ist,

ist sie doch etwas ganz Individuelles. Es ist meine Krankheit, ich bin krank.

Interessant ist, dass sich auch die naturwissenschaftliche Medizin immer mehr dem Individuum zuwendet. Man spricht von individualisierter oder auch personalisierter Medizin. Dabei muss gesagt werden, dass der Begriff der personalisierten Medizin nicht zutreffend ist, da es bei dieser gegenwärtigen Forschungsrichtung gerade nicht um die Person als Ganzes in ihrer Umgebung und ihrer Innenwelt geht, sondern vornehmlich um die individuelle genetische Ausstattung des einzelnen Menschen und sein Ansprechen auf Arzneimittel aufgrund seiner spezifischen genetischen Grundausstattung: Pharmacogenomics heißt diese neue Forschungsrichtung: Sie erforscht einerseits komplexere Zusammenhänge und Ganzheiten innerhalb des Genoms (daher das Suffix -omics) und andererseits die ganz individuelle genetische Ausstattung des Menschen. Hier werden Antworten gefunden auf lange gestellte Fragen, etwa warum einige Menschen auf bestimmte Arzneimittel ganz anders reagieren als andere, obwohl das Krankheitsbild relativ ähnlich zu sein scheint. Diese unterschiedliche Reaktionsweise hat mit der ganz individuellen genetischen Grundausstattung des Individuums zu tun.

Diese Forschung der Pharmacogenomics und die anderen Forschungszweige der individualisierten Medizin bleiben weithin auf der genetischen Ebene und damit wiederum auf einer ganz naturwissenschaftlichen Ebene stehen. Eine wirklich personalisierte Medizin müsste sich um den ganzen Menschen kümmern in seiner Umwelt, seinem Selbstverhältnis und seiner Innenwelt. Denn auch diese Umgebungsbedingungen des Menschen, sein Verhältnis zu sich selbst sowie seine ganze Innenwelt haben Einfluss auf die Gene und die genetischen Verschaltungen.

3. Genetik und Epigenetik

Im Kontext der genetischen Verschaltungen tut sich ein weiterer großer Forschungszweig auf.

Es ist seit einiger Zeit bekannt, dass Gene nicht nur die Grundausrüstungen des Menschen darstellen, sondern auch, dass Gene an- und abgeschaltet werden müssen. Sie müssen aktiviert und inaktiviert werden. Diese zusätzlichen Schaltinformationen nennt man epigenetische Einflüsse oder einfach nur die Epigenetik.

Diese epigenetischen Zusatz- und Schaltinformationen liegen zum Teil in den Bereichen zwischen den Genen, die man bisher für cheap junk (sinnloses Zeug) gehalten hat. Man hielt diese Abschnitte lange Zeit für informationsloses Material. Seit einiger Zeit weiß man aber, dass diese Bereiche zwischen den Genen nicht nur nicht sinnlos sind, sondern ganz zentral mitverantwortlich sind für die genetischen Verschaltungen. Es wird immer gesagt, der Mensch habe 98% gemeinsame Gene mit der Maus und 99% mit dem Affen. Das trifft zu, entscheidend ist aber vielmehr, wie auf dieser Klaviatur der genetischen Grundinformation gespielt wird. Wichtiger als die genetische Grundinformation ist die Frage, welche Gene wann und durch welche Einflüsse aktiviert oder inaktiviert werden. Und für diese Schaltung spielen verschiedene Ebenen eine entscheidende Rolle.

Genannt wurden schon die Bereiche zwischen den Genen. Diese Bereiche stellen beim Menschen viel größere Anteile dar als bei Tieren.⁴ Diese Areale sind mitverantwortlich für die Komplexität der Verschaltung der Gene. Also spielt weniger die genetische Grundausrüstung des Menschen eine Rolle, sondern vor allem die Komplexität der genetisch-epigenetischen Verschaltungen. Ein krankes Gen macht noch nicht krank, sondern eine Krankheit entsteht erst, wenn ein krankes Gen aktiviert wird. Welches die epigenetischen Einflüsse auf die An- und Abschaltmechanismen sind, wird derzeit intensiv erforscht.

Denn nicht nur der Bereich zwischen den Genen ist für die Aktivierung und Inaktivierung von Genen verantwortlich, sondern auch das Cytoplasma, die Proteine, die Membranen zwischen den Zellen, die Interaktionen der Gene mit den Protei-

nen, letztlich die Beziehung der Gene zum ganzen Organismus. Schließlich spielt sogar die Umwelt des Menschen und seine Innenwelt, seine Ernährung, seine Lebensgewohnheiten, seine Lebensstile bis hin zu seinem Denken und Fühlen eine Rolle. „Auch das Gehirn ... nimmt direkten Einfluß darauf, welche Gene einer Zelle aktiviert und welche Funktionen von der Zelle infolgedessen ausgeführt werden.“⁵ Der Untertitel eines Werkes von Joachim Bauer lautet: Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern.⁶

Die Psychoneuroimmunologie hat schon längere Zeit erkannt, dass dauerhafte seelische Ungleichgewichte negativen Einfluss auf das Immunsystems haben und es unterdrücken können, so dass Krankheiten leichter entstehen. Heute kennt man sogar einige genetische Schaltmechanismen im Hintergrund des Immunsystems, die für dessen Schwächung verantwortlich sind. Im Kontext von Depressionen hat man erkannt, dass „der seelische Stress der Depression mehrere Gene des Immunsystems ab[stellt], die für die Produktion von Immunbotenstoffen zuständig sind.“⁷

Inzwischen sind etliche Zusammenhänge zwischen Lebensstilen und der Veränderung der Hirnphysiologie sowie der Veränderung der genetischen Verschaltungen gefunden worden. Die Palette der neuesten Erkenntnisse ist groß: Das menschliche Verhalten wird neu erklärt, Erbanlagen und Umwelt beeinflussen sich gegenseitig.⁸ Es werden zunehmend verschiedene Schalter im Gehirn gefunden, die für die Entwicklung des Gehirns und für Krankheiten eine besondere Rolle spielen.⁹ Auch die Epigenetik von neurodegenerativen Erkrankungen wie Morbus Alzheimer wird genauer erforscht.¹⁰ Schließlich wird das Sozialverhalten der Menschen in ihren Auswirkungen auf das Genom untersucht.¹¹ Etwas zu kurz kommt bei diesen Untersuchungen die Betrachtung der Innenwelt des Menschen mit seiner spirituellen Dimension und seinem Bezug zum Absoluten. Was diese Dimension bedeutet, soll im Folgenden für das Christentum entfaltet werden.

4. Was ist christliche Spiritualität?

4.1. Der Hinweg zum Christentum

Bevor auf das Christentum und seine Spiritualität eingegangen wird, muss kurz etwas über die Entwicklung hin zum Christentum und die Entwicklung des Menschen mit seiner Suche nach den letzten Dingen gesagt werden. Der Mensch als Wesen des Geistes fragt nicht nur nach dem Warum seines Lebens und nach dessen Sinn, sondern er ist als geistbegabtes Wesen immer schon auf das Absolute ausgerichtet. Sonst könnte er das Relative nicht als relativ erkennen, so hat es der Philosoph Hegel formuliert. Der Mensch steht immer schon im Raum des Absoluten, und Menschen haben daher immer auch nach diesem Absoluten gesucht. Sie versuchten es zu finden in Schicksalsmächten, in der Natur, in den Göttern. Die griechische Philosophie des Aristoteles sprach vom unbewegten Bewegten, der allem Bewegten in der Welt zugrunde liegt.

Das Absolute ist entweder Es-haft, Du-haft oder A-personal. Zur Erklärung dieses Absoluten, aber auch des Unerklärlichen in der Welt wurden in der Geschichte Göttergestalten eingeführt. In Mythen und Göttergeschichten wurden die Wirkkräfte von Göttern und ihr konkretes Wirken in der Welt beschrieben. Die Verbindung von Unerklärlichem in der Natur mit verschiedenen Götternamen machte es möglich, diese Götter anzubeten, ihnen zu opfern und sie gnädig stimmen.

Die Suche der Menschen nach dem letzten Grund der Welt sowie die „Vergöttlichung“ von manchem, was man sich nicht erklären konnte, verlief über den Vielgötterhimmel des Hinduismus (und in anderer Weise der griechischen Philosophie) und anderer Kulturen schließlich hin zum Ein-Gott-Glauben des Volkes Israel. Dieser eine Gott tritt aus seinem dunklen und unergründlichen „Versteck“ hervor und offenbart sich dem Volk Israel, dem Abraham, dem Jakob, dem Mose, den Propheten. Moses fragt ihn nach seinem Namen, auch Jakob fragt danach, erhält aber keine Antwort.¹²

Mose wird gesagt, er solle dem Volk sagen, dass der Name des unbekanntes Absoluten ist: „Ich-bin-da“.¹³ Mit dieser Selbstoffenbarung tritt Gott erstmals in der Geschichte aus seinem Versteck hervor.

Geschichtlich gesehen ist dieses Geschehen noch nicht so lange her. Die Welt ist etwa dreizehn Milliarden Jahre alt, der Mensch existiert erst seit 200.000 Jahren, und erst vor etwa 3.500 Jahren fängt Gott an, sich der Welt zu zeigen und sich zu offenbaren. Eine recht kurze Zeit. Offensichtlich war der Mensch erst jetzt in der Lage, die Wucht einer personalen Gottesbegegnung zu ertragen. Jakob ringt mit Gott und wird dabei verletzt.¹⁴ Er sagt, er habe mit Gott gerungen, ihn von Angesicht zu Angesicht gesehen und sei doch mit dem Leben davongekommen.¹⁵ Allerdings bleibt insgesamt die Gottesbegegnung mit dem Volk Israel noch recht schemenhaft. Der Gott Israels, der Gott Jahwe, zeigt noch nicht sein ganzes Wesen. Niemand hat Gott je gesehen, heißt es im Alten Testament, und bleibt am Leben, oder anders: wer Gott sieht, stirbt. Eine Ausnahme bildet Jakob, der mit Gott ringt und sagt, er habe Gott ins Angesicht geschaut.¹⁶

Gott scheint sich also in der Weltgeschichte in „kleinen Dosen“ Schritt für Schritt zu offenbaren. Der Mensch seinerseits beginnt langsam, sich auf diesen personalen Gott einzulassen. Gott wiederum bestätigt die Suche des Menschen, indem er seinen Namen preisgibt, es ist ein dialogisches Geschehen: „Ich-bin-da“ heißt einfach ausgedrückt: Es gibt mich. Ihr Menschen habt so lange nach mir gesucht, und nun zeige ich mich und offenbare der Welt, dass es mich gibt. Erst jetzt könnt ihr mich in dieser „Direktheit“ ertragen.

Dieser Gott führt das Volk Israel durch die Wüste in die Freiheit. Aber das Volk versteht nicht genau, was Gott von ihm will, es murrte. Da entschließt sich Gott – wenn man das so menschlich sagen darf – sich noch genauer der Welt zu zeigen: Er wird Mensch. Das ist die Auffassung des Christentums, dass Gott Mensch wird, genauer, dass der Logos Gottes, das Wort Gottes sich in der Person Jesu Christi inkarniert und sich der Welt zeigt.

Auch hier heißt es: Als die Zeit erfüllt war,¹⁷ schickte Gott seinen Sohn. Vielleicht war jetzt eine neue Stufe der Reifung des Menschen erreicht, die ihn fähig machte zu dieser Begegnung. Diese Person Jesu Christi spricht nun den Gott Jahwe als seinen Vater an und gibt kund, was sein Auftrag in dieser Welt ist: Den Willen seines Vaters zu erfüllen. Meine Speise ist es, den Willen des Vaters zu erfüllen.¹⁸

4.2. Christliche Spiritualität für den Menschen

Diese Grundhaltung Jesu Christi, den Willen seines göttlichen Vaters erfüllen zu wollen, sollte auch Vorbild sein für jeden Christen. Die Frage ist, warum der Mensch das tun sollte und was er dabei gewinnt (so fragen oft Jugendliche). Was bedeutet das konkret? Ist das nicht Fremdbestimmung, wenn der Mensch den Willen eines anderen erfüllen soll? Innerhalb dieser Welt ist das so. Wenn der Mensch den Willen eines anderen erfüllen muss (im Büro, in der Familie, im Geschäftsleben), dann ist das oft ein Stück Fremdbestimmung.

Bei Gott aber ist es genau umgekehrt. Gott ist nicht der Raum-nehmende, wie der Mensch, sondern Gott ist Raum-gebend. Daher wird der Mensch überall dort, wo er den Willen Gottes findet und in die Tat umsetzt, mehr er selbst, er findet mehr seine Identität und mehr seine je individuelle Berufung. Durch die täglich neue Erfüllung des göttlichen Willens, wird der Mensch immer mehr er selbst. Das heißt, er kann und sollte sich immer neu überschreiten auf diese andere göttliche Person hin, um sich selbst zu finden und bei sich zu sein. Im Inneren des Menschen und nach außen hin wohnt ein dialogisches Prinzip.

Nach innen hin formuliert es Augustinus so, dass Gott ihm innerlicher ist, als er sich selbst je sein kann, und Pascal ergänzt, dass der Mensch den Menschen um ein Unendliches überschreitet. Das heißt, der Mensch darf nicht bei sich selbst stehen bleiben, sondern muss sich immer neu überschreiten in eine unbekannte Zukunft hinein. Er soll ganz konkret aus drei Talenten sechs machen und aus zwei Talenten vier, das heißt er soll mitschöpferisch in dieser Welt

tätig sein und in etwas für ihn noch Unbekanntes hineinwachsen sowie Neues hinzugewinnen, was er bisher noch nicht hatte. Er ist für sich selbst nicht genug, er soll wachsen und zunehmen, er soll immer tiefer hineinwachsen in diese andere Dimension des Göttlichen. Was gewinnt er dabei, könnte man noch einmal fragen. Und die kurze Antwort kann lauten: Durch dieses je neue sich selbst Überschreiten nach innen hinein und auf den anderen zu, kommt er in einen dynamischen Prozess, der ihn sich selbst schrittweise finden lässt und ihn seine innere Freiheit, seine Berufung, seinen inneren Frieden und seine Identität finden lässt. Und hier kommen wir wieder zum zentralen Thema dieses Artikels zurück: Medizin und Spiritualität, Heil und Heilung, Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft.

5. Genetik, Epigenetik und die Geiststruktur des Menschen

Der Mensch kann nur leben, weil in jeder Sekunde milliardenfache physiologische Abläufe miteinander koordiniert werden: Das Herz schlägt von selbst, die Verstoffwechslung der Nahrung geschieht von selbst, die Reparatur und Aussonderung von schadhafte Zellen im Körper geschieht von selbst, das Immunsystem wehrt in jeder Sekunde Bakterien, Viren, Pilze und andere Schadstoffe ab, auch das geht von selbst. Gesundheit und Krankheit sind also immer ein dynamisches Geschehen, Gesundheit muss immer wieder neu hergestellt werden, es ist ein dauernder Auseinandersetzungsprozess mit der Umwelt und der Innenwelt des Menschen.

Ganz physiologisch gibt es im Menschen Bakterien, die zum Teil sehr nützlich sind (Darmbakterien), aber auch schädlich sein können. Die schädlichen müssen vom Immunsystem bekämpft werden. Das Immunsystem ist an den meisten Krankheiten beteiligt. Bei Infektionskrankheiten und zum Teil auch bei Krebserkrankungen reagiert es relativ zu schwach, bei Allergien reagiert es zu stark und bei Autoimmunerkrankungen richtet es sich gegen den eigenen Körper.

Manche dieser Mechanismen sind bekannt, andere sind unbekannt. Man kennt zum Teil die genetischen Hintergründe der Funktionen des Immunsystems und auch manche genetischen Hintergründe von Krankheiten. Zum Beispiel hat jede Krebserkrankung einen genetischen Hintergrund.¹⁹ Gene aber müssen aktiviert und inaktiviert werden, d. h. nicht jede genetische Veränderung führt auch schon zu einer Krankheit. Nur aktivierte angeschaltete geschädigte Gene lösen eine Krankheit aus. Und die zentrale Forschungsfrage heute ist, wer die „Hand am Schalter“ hat, d. h. welche Einflüsse die Aktivierung und Inaktivierung von Genen steuern.

Nun wurde oben schon ausgeführt, dass die Umgebung der Gene (sowohl die direkte Umgebung auf den Chromosomen als auch die weitere Umgebung in der Umwelt) Einfluss hat auf die Schaltungen der Gene. Was noch zu wenig untersucht ist, ist der Einfluss der Innenwelt des Menschen mit seinem Denken und Fühlen auf die genetischen Verschaltungen. Gerade zu diesen Einflüssen des Innenlebens auf die Gene gibt es noch einen großen Forschungsbedarf. Man weiß allerdings schon ganz allgemein, dass der menschliche Geist die Materie verändert. Zum Beispiel wusste man schon vom sogenannten Lügendetektor, dass der Mensch, der lügt, anfängt leicht zu schwitzen. Und dieses Schwitzen kann man durch Messung des Hautwiderstandes sichtbar machen und dadurch indirekt auf die Lüge schließen. Heute kann man mit Computertomographien Vorgänge im Gehirn darstellen und zeigen, wie sich die Gehirnaktivität beim Denken und beim Fühlen verändern. Geist also verändert Gehirnstrukturen und diese Veränderungen wirken sich aus bis in die genetischen Verschaltungen hinein.

Wenn man jetzt von der naturwissenschaftlichen Sicht den Überstieg wieder zurück macht in die oben beschriebene geistige Dimension des Menschen und nicht mehr nur vom materiellen Gehirn spricht, sondern vom Geist und von den Gedanken des Menschen, die schon immer auf

das Absolute ausgerichtet sind, kann man die Zusammenhänge folgendermaßen zusammenfassen: Das Absolute ist aus christlicher Sicht ein lebendiges personales Gegenüber. Dieses Gegenüber findet sich als Grund allen Seins als Schöpfer der Welt, und es findet sich auch im Inneren des Menschen als göttlicher Geist (Heiliger Geist). Dieser Geist ist dem einzelnen Menschen innerlicher als er sich selbst ist. Und dieser göttliche Geist zeigt sich auch in zwischenmenschlichen Beziehungen. Biblisch heißt das: Wo zwei oder drei in meinem Namen versammelt sind, da bin ich mitten unter ihnen.²⁰ Wenn es dieses Absolute gibt, dann ist es überall (indirekt) da: als Grund der Welt und als tiefster Grund im Menschen als Seelengrund (daher kommt auch der Begriff „Grund“: vom Seelengrund im Menschen).

6. Der letzte Grund – der personale Gott

Wenn dieser Grund „da“ ist, dann kommt es für den Menschen darauf an, ob er sich diesem letzten Grund zuwendet und sich ihm gegenüber öffnet oder verschließt. Das ist in gewisser Weise seine freie Entscheidung, allerdings ist diese Freiheit nur relativ, denn wenn das Leben des Menschen gelingen soll, sollte er sich dem Positiven und Guten zuwenden: Denn es macht auch in den Auswirkungen einen Unterschied, ob der Mensch sich auch in alltäglichen Dingen mehr der Wahrheit öffnet oder der Lüge, ob er sich mehr dem Guten zuwendet oder dem Bösen.

So macht es auch einen Unterschied, ob der Mensch sich dem guten Gott zuwendet oder sich ihm verweigert. Der Mensch kann – schon von der Logik menschlichen Denkens her – das Böse nur als Abweichung vom Guten interpretieren und nicht umgekehrt das Gute als Abweichung vom Bösen. Und so kann er auch die Lüge als Lüge nur von der Wahrheit her beurteilen lernen. Der Orientierungsmaßstab ist immer das Positive, selbst wenn man es nicht immer genau bestimmen kann. Wenn aus christlicher Sicht das Gute eine gute Person ist (Warum nennst Du mich gut, niemand ist gut au-

ßer Gott dem Einen),²¹ und die Wahrheit ebenfalls eine Person ist (Ich bin die Wahrheit),²² dann hängt das Gelingen des Lebens unter anderem davon ab, ob der Mensch sich diesem Guten und der Wahrheit zuwendet oder nicht.

Der Mensch ist ein Stück weit seines Glückes Schmied. Schon aus sich selbst heraus ist er zum Guten unterwegs, weil er – allem Anschein zum Trotz – doch mehr nach dem Guten als nach dem Bösen und mehr nach der Wahrheit als nach der Lüge strebt, weil sonst der Alltag kaum zu bewältigen ist. Wenn der Mensch mehr lügt als die Wahrheit spricht und wenn er mehr nach dem Bösen trachtet als nach dem Guten, werden seine Beziehungen nicht glücken und wird sein Leben nicht gelingen.

7. Die innere Stimmigkeit als epigenetischer Einfluss

Dieses personale Gute und die personale Wahrheit sind also „da“, sie bewirken etwas in der Welt und der Mensch kann sich dieser Wahrheit zuwenden oder sich von ihr abwenden. Wenn er sich der absoluten Wahrheit, die nach christlicher Auffassung in der Person Jesu Christi in dieser Welt erschienen ist, öffnet und sich schrittweise auf einen Dialog mit dieser letzten Wahrheit einstellt, findet er seine eigene Wahrheit, seine Identität, sein eigenes Gutsein, seinen inneren Frieden, seine Freude, sein Fruchtbringen im Leben. Und dieser innere Friede, diese innere Stimmigkeit, die eine innere Lebensdynamik in sich enthält, führt auch zu einer Stimmigkeit zwischen Geist und Materie, zwischen Seele und Leib.

„Es ist Gestimmtsein als Übereinstimmung mit dem Rhythmus Gottes selbst, deshalb Zustimmung nicht nur zu seinem Sein, sondern zu seinem freien, je neu dem Menschen zuwehenden Wollen. Und erst durch diese Fügsamkeit ist es zuletzt auch das Stimmen im Menschen selbst, seine augustianische *rectitudo*, die ihn selber zum Werk des göttlichen Künstlers macht.“²³

Es ist das sich je neue Einstimmen in den Rhythmus und den Willen Gottes. Dieses Einstim-

men assoziiert Hans Urs von Balthasar mit den Begriffen „Schönheit“ und „Herrlichkeit“.

So wie die Gesundheit immer wieder neu hergestellt werden muss, so muss auch diese Stimmigkeit immer wieder hergestellt werden. Aus dieser Sicht der je neu zu erreichenden inneren Stimmigkeit definiert Balthasar den christlichen Glauben als ein Einstimmen der gesamten Existenz auf Gott und nennt ihn von daher Gehorsam. „Ist der Glaube Einstimmung und Anpassung der gesamten Existenz auf und an Gott, dann kann man den Glauben ebensovogut Gehorsam nennen, und er ist es auch.“²⁴ Dies ist aber weniger ein Gehorsam einer äußeren Autorität gegenüber, sondern Gehorsam der inneren Autorität des göttlichen Geistes gegenüber im Innersten des Menschen. „In existentieller Hingabe verlässt sich der Mensch auf einen anderen hin, verliert sich dabei aber nicht, sondern gewinnt in der Erfahrung des Geistes die tiefstmögliche Selbsterfahrung, Identität und Freiheit.“²⁵

So gibt es einen geisteswissenschaftlichen Bereich und einen naturwissenschaftlichen, in dem es immer wieder um ein neues Einjustieren des Menschen geht: Spirituell gesehen sollte sich der Mensch immer wieder neu einstellen auf das Wirken des Geistes in ihm, und naturwissenschaftlich gesehen stehen Krankheit und Gesundheit in einem dauernden Wechselverhältnis. Gesundheit muss immer wieder neu hergestellt werden. Womöglich besteht nun zwischen beiden Bereichen eine Beziehung: Wenn der innere Geist auf die Materie einwirkt, dann sollte auch der innere Frieden und die innere Stimmigkeit auf der einen Seite sowie die innere Zerrissenheit, Angst, Unruhe, Unfrieden auf der anderen Seite auf das Immunsystem und die genetische Verschaltung einwirken. Somit hätte auch die Ausrichtung des Menschen auf einen letzten Grund sowie seine Spiritualität Einfluss auf Krankheit und Gesundheit.

Mit diesem Ansatz könnte man nun auch die anderen Spiritualitäten vergleichen: den achtfachen Weg des Buddhismus, eine Zen-Meditation, esoterische Praktiken. Dabei mag es um Versen-

kung gehen, um das rechte Denken und Beten, um Wachsamkeit im Alltag, um das Üben des Meditierens, das Still-Werden, das in Sich-Hineinhorchen. Deshalb soll hier noch einmal zusammengefasst werden, was christliche Spiritualität meint: ein Still-Werden und In-Sich-Hineinhorchen, Sich-öffnen für den, den die Christen Gott nennen, fragen, was der Wille Gottes ist und diesen Willen je neu in den Alltag umsetzen (wie im Vater Unser gebetet wird: Dein Wille geschehe). Dieser Wille zeigt sich als äußerer Rahmen in den Zehn Geboten, dann aber auch im Innern des Menschen als innerer Friede, Stimmigkeit, Freude, Wahrhaftigkeit, Authentizität.

Es kommt darauf an, dass der Mensch seinen je eigenen Weg findet, seine Talente vermehrt, seinem Ruf folgt und so seine Identität und Berufung findet. Dies alles soll er tun auch im Dienst am Armen, Kranken und Benachteiligten.

Der Mensch soll zum Finden des göttlichen Willens auf seine inneren Seelenregungen achten und versuchen, dem guten Geist (dem Heiligen Geist) zu folgen. Dazu ist es sinnvoll, mehrmals am Tag etwas Stille von zehn oder fünfzehn Minuten einzulegen, um zu schauen, ob der Weg und die Richtung noch stimmt. Der Mensch kann leibhaftig erfahren, ob er mit dem göttlichen Willen eins ist, indem er dem tiefen Frieden des Herzens, der Freude, dem Enthusiasmus (en theos, in Gott sein) traut und folgt.

Die anderen Seelenregungen im inneren des Menschen stammen aus dem Egoismus und der Egozentrik sowie aus jenem Geist, der den Menschen vom Weg abbringen will. Es ist dies jener Geist, der stets verneint (Goethe). Diese letztgenannten „Geister“ bringen keinen inneren Frieden, sondern Getriebenheit, Angst, Trägheit, Lauheit, innere Entfremdung und Zerrissenheit. Ignatius von Loyola benutzt für die erste innere Seelenverfassung den Begriff des „Trostes“ und des inneren Friedens und für die zweite jenen der „Trostlosigkeit“, der Getriebenheit und der Unruhe. Gerade letztere Gemütslage der inneren Leere, Trägheit

und Selbstentfremdung findet man auch bei der Beschreibung von Depressionen, die inzwischen Volkskrankheit Nummer eins zu werden drohen.²⁶

Der Mensch hat es ein Stück weit in der Hand, diesen guten Geist herauszufinden und die Geister in seinem Inneren, d. h. seine Seelenregungen unterscheiden und interpretieren zu lernen. Die guten und friedentiftenden Bewegungen der Seele soll er aufnehmen und jene, die ihn in Unruhe, Angst und Getriebenheit versetzen, beiseite lassen. Die innere Stimmigkeit, die innere Ausgeglichenheit und die innere Freude werden sich auch auf die Materie des Immunsystems und die genetischen Verschaltungen auswirken. Das heißt nicht, dass man mit „positivem Denken“ die genetischen Verschaltungen beeinflussen könnte (das mag im Einzelfall gelingen), sondern umgekehrt, dass man sein Leben neu ausrichten muss, um von dort her wieder den inneren Frieden zu finden. Ein zentraler Satz könnte lauten: Ohne Umkehr keine Heilung.

Das heißt nun nicht, dass ein „richtig ausgerichteter“ Mensch immer gesund ist und ein „falsch“ ausgerichteter immer krank wird. Krankheiten haben viele Ursachen, und es gibt viele Fremdeinflüsse durch die Umwelt und die Umgebung. Daher müssen organische Erkrankungen womöglich zunächst auch einer Operation, einer Bestrahlung oder einer medikamentösen Behandlung zugeführt werden. Die innere Umkehr allein vermag oft keine Heilung zu bewirken. Andererseits greift auch eine rein naturwissenschaftliche Therapie zu kurz, wenn der Mensch nicht auch sein Leben ändert. Dazu bedarf er womöglich einer Aufarbeitung der psychischen Hintergründe und der Grundfragen nach dem Sinn des Lebens und der Ausrichtung auf das Absolute, christlich gesprochen auf den göttlichen Willen, mit dem der Mensch in Einklang kommen sollte.

Ein Mensch, der im inneren dynamischen Frieden lebt, hat günstigere Voraussetzungen, dass auch sein Immunsystem und seine genetischen Verschaltungen besser funktionieren. So kann eine innere Umkehr zur Heilung beitragen, muss es

aber nicht. Aber auch ohne Heilung ist eine innere Umkehr von Bedeutung, weil es sinnvoll ist, dass der Mensch sein Leben ordnet und möglicherweise seine Handlungsweise und seine Entscheidungen besser verstehen lernt. Im letzten geht es darum, über die organische, seelische und auch geistige Heilung hinaus als ganzer Mensch in allen Dimensionen des eigenen Lebens heil und ganz zu werden. Der Begriff „Heil“ im theologischen Sinn geht über eine irdische Heilung hinaus und meint das Heilsein und Ganzsein im Angesicht des ganz Heilen, des Heilands, des ewigen Gottes.

8. Zusammenfassung

Christliche Spiritualität bedeutet, sich auf eine tiefere Dimension des Lebens einzulassen. Diese Dimension zeigt sich nach christlicher Auffassung als ein personales Gegenüber. Der Mensch soll sich diesem personalen Gegenüber öffnen und sich von ihm führen lassen. Vorbild für ein solches sich Einlassen ist der Menschensohn, er lässt sich ein auf den Willen seines Vaters. So soll auch jeder Christ den göttlichen Willen suchen und finden. Nicht um einem fremden Über-Ich zu folgen, sondern um zu seiner tiefsten Identität, inneren Stimmigkeit, Berufung und Wahrheit zu finden.

Die Wahrheitsfindung des Menschen hat also dialogischen Charakter. Der Mensch soll hinhören auf das, was in ihm vorgeht, auf die „Stimme“ der Wahrheit in seinem Inneren. Wenn hier von „Stimme“ die Rede ist, dann ist das im übertragenen Sinne zu verstehen. Es hat nichts zu tun mit den Stimmen, die ein Schizophrener zu hören meint oder tatsächlich hört. Diese Stimme, von der hier die Rede ist, redet in der Weise des Schweigens, wie Heidegger es formuliert hat.

Diese innere „Wahrheitsstimme“ ist auch von anderen Stimmen des Vaters, der Mutter, des Über-Ich geprägt. Sigmund Freud meinte, diese Stimmen des internalisierten Über-Ich seien schon das ganze Gewissen. Theologisch muss man sagen, dass innerhalb dieser vielen Stimmen des Über-Ich auch die Stimme des Absoluten, die Stimme

Gottes zu vernehmen ist. Sie kann und sollte von den anderen Stimmen unterschieden werden. Die geistliche Tradition nennt dies die Unterscheidung der Geister.

Der Mensch kann und soll diese Geister unterscheiden lernen, d.h. er kann die inneren Seelenregungen (also das, was in ihm vorgeht), daraufhin verstehen lernen, aus welcher Ebene seines Seins, aus welchem Geist sie aufsteigen: aus der Stimme des Ich, der Eltern, des Über-Ich, des Geistes, der stets verneint, oder aus dem göttlichen Geist. Die Stimme des göttlichen Geistes führt den Menschen, wenn er ihr folgt, zu tiefem inneren Frieden und Freude. Die anderen Stimmen führen ihn womöglich in innere Zerrissenheit, Fremdheit, Unfrieden, Angst.

Will man christliche Spiritualität mit den Erkenntnissen der Naturwissenschaften und der psychosomatischen Medizin zusammendenken, dann muss man – wissenschaftstheoretisch gesehen – zunächst die verschiedenen Zugänge zur Interpretation von Krankheiten auseinanderhalten und klar den naturwissenschaftlichen und psychosomatischen Zugang von den spirituellen Zugängen, die von der Theologie reflektiert werden, trennen. Dann aber sollte man sie komplementär wieder zusammendenken, da die verschiedenen Ebenen in dem einen Menschen gemeinsam ineinander verwoben vorkommen. Dies wollte der vorliegende Artikel versuchen: die spirituelle Dimension des Menschen mit der Frage der Interpretation von Krankheit und Gesundheit zu verknüpfen. Dazu wurden die aktuellen Erkenntnisse von Genetik und Epigenetik herangezogen und weiter gedacht.

Referenzen

- 1 Tölle R., *Psychiatrie. Einschließlich Psychotherapie. Kinder- und jugendpsychiatrische Bearbeitung* von R. Lempp, Zwölfte, neu verfasste und ergänzte Auflage, Berlin/Heidelberg/ New York u. a. (1999), S. 12
- 2 vgl. dazu Beck M., *Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie*, Schöningh Verlag, Paderborn u. a. (2003), S. 31 f.
- 3 So z. B. im deutschsprachigen Raum: Hefti R., Bee J., *Spiritualität und Gesundheit. Ausgewählte Beispiele im*

- Spannungsfeld zwischen Forschung und Praxis*, Peter Lang Verlag, Bern (2012); Büssing A., Kohls N. (Hrsg.), *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg (2011).
- 4 vgl. dazu: Mattick J. S., Das verkannte Genom-Programm, in: *Spektrum der Wissenschaft (Dossier), Das Neue Genom*, 1/2006, S. 26-33, hier S. 29 (Tabelle)
 - 5 Huether G., Doering St., Rüger U., Rütter E., Schüssler G., *Psychische Belastungen und neuronale Plastizität. Ein erweitertes Modell des Stressreaktionsprozesses für das Verhältnis zentralnervöser Anpassungsprozesse*, in: Kroppnigg U., Stacher A., *Ganzheitsmedizin und Psychoneuroimmunologie. Vierter Wiener Dialog*, Wien (1997), S. 126-139, hier S. 126
 - 6 Bauer J., *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*, Eichborn Verlag, Frankfurt a. M. (2002)
 - 7 ebd., S. 136
 - 8 vgl. Riemann R., *Neue Erklärungen für menschliches Verhalten*, in: *Spektrum der Wissenschaft Spezial 2/2013*, S. 6-10
 - 9 vgl. Nestler E. J., *Verborgene Schalter im Gehirn*, *Spektrum der Wissenschaft Spezial 2/2013*, S. 23-29
 - 10 vgl. Fischer A., *Die Epigenetik neuro-degenerativer Erkrankungen*, *Spektrum der Wissenschaft, Spezial 2/2013*, S. 42-50
 - 11 Shanahan M. J., Freeman J., *Vom Sozialverhalten zur DNA und zurück*, *Spektrum der Wissenschaft, Spezial 2/2013*, S. 52-61
 - 12 Gen 32,30
 - 13 Ex 3,13-20
 - 14 Gen 32,26
 - 15 Gen 32,31
 - 16 ebd.
 - 17 Gal 4,4-7
 - 18 vgl. Joh 4,34
 - 19 vgl. dazu Beck M., *Der Krebs und die Seele: Gen-Geist-Gehirn-Gott*, Schöningh Verlag, Paderborn u. a. (2010)
 - 20 vgl. Mt 18,20
 - 21 Mk 10,18
 - 22 Joh 14,6
 - 23 Balthasar H. U. v., *Herrlichkeit. Eine theologische Ästhetik*, Bd. I, *Schau der Gestalt*, Johannes Verlag, Einsiedeln (1961), S. 242
 - 24 ebd., S. 212
 - 25 ebd., S. 233
 - 26 So der Titel eines Buches als Frage formuliert: Kasper S., Möller-Leimkühler A. M., *Volkskrankheit Depression?* (hrsg. von Ehalt H. Ch.) Picus Verlag, Wien (2009)

Robert Buder, Dominik Hartig

Hospitalität: Christliche Spiritualität in der Krankenpflege

Hospitality: Christian Spirituality in Medical Care Institutions

Zusammenfassung

Schon in der Antike wie im Judentum stellte Gastfreundschaft einen hohen Wert dar. In Leben und Lehre Jesu Christi und seiner Kirche ist die Zuwendung zum Kranken und Armen das Kriterium glaubwürdiger Nachfolge. Dementsprechend wurden Werke der Nächstenliebe und Barmherzigkeit organisiert, zum Beispiel als Krankenhäuser, Behinderteneinrichtungen oder Altenheime. Der Orden der Barmherzigen Brüder versucht, in seinen Einrichtungen Hospitalität – verstanden als christliche Gastfreundschaft – zu etablieren und zu fördern. Im täglichen Arbeiten zeigt sich das in zahllosen Gesten und Worten, wodurch dem Dienst eine besondere Qualität verliehen wird. Hospitalität muss dazu auf institutioneller Ebene ermöglicht und auf individueller Ebene gelebt werden im Sinne einer persönlichen Begegnung mit dem Hilfesuchenden.

Schlüsselwörter: Hospitalität, Barmherzigkeit, Heiliger Johannes von Gott

Abstract

In ancient times as well as in Judaism, hospitality represented a high value. In Christianity, the care for the sick and poor is the criterion for an authentic imitation of Christ. Hospitals, facilities for handicapped persons, retirement homes etc. – they all are works of mercy. The Brothers of St. John of God try to motivate all co-workers in its institutions to live Christian hospitality in daily work. In a spiritual sense, hospitality can give a special quality even to routine work. There is necessity for an institutional support for the individual initiative to meet those who are requiring help. In German “Hospitalität – Hospitality” is a strange term and needs a special explanation for understanding.

Keywords: Hospitality, Mercy, Saint John of God

Dr. Robert Buder
Konventhospital der Barmherzigen Brüder
Interne Abteilung
Seilerstätte 2, A-4020 Linz
robert.buder@bblinz.at

Mag. Dominik Hartig
Provinzialat der Barmherzigen Brüder
Taborstraße 16, A-1020 Wien
dominik.hartig@bbprov.at

Wer Schwerkranke behandelt und betreut, wird sehr bald mit ihren tiefsten Nöten und Sehnsüchten konfrontiert. Aufgrund dieser besonderen Nähe zum Menschen kann die Arbeit am Krankenbett eine große Herausforderung darstellen. Die tiefen Begegnungen sind jedoch vor allem eine Bereicherung; ein Privileg, wie es sonst nur den allernächsten Verwandten zuteil wird. Deshalb benötigen Ärzte und Krankenpflegepersonen mehr als eine profunde professionelle Ausbildung: „Berufliche Kompetenz ist eine erste, grundlegende Notwendigkeit, aber sie allein genügt nicht. Es geht ja um Menschen, und Menschen brauchen immer mehr als eine bloß technisch richtige Behandlung. Sie brauchen Menschlichkeit. Sie brauchen die Zuwendung des Herzens. Für alle, die in den karitativen Organisationen der Kirche tätig sind, muss es kennzeichnend sein, dass sie nicht bloß auf gekonnte Weise das jetzt Anstehende tun, sondern sich dem Andern mit dem Herzen zuwenden, so dass dieser ihre menschliche Güte zu spüren bekommt.“¹

Das Leid gehört zum menschlichen Leben, auch wenn manchmal der Eindruck erweckt wird, es ließe sich aus der Welt schaffen.² Diese harte Wahrheit ist für die Betroffenen schmerzlich. Anders betrachtet lässt sich auch sagen, dass eine Welt ohne Kranke um vieles ärmer wäre. „Denn sie wäre ärmer an gelebter Mitmenschlichkeit, ärmer an selbstloser, ja mitunter heroischer Liebe.“³

Auf den Spuren des Ordensgründers, des hl. Johannes von Gott (1495 – 1550), bemühen sich die Barmherzigen Brüder und viele ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darum, der Mitmenschlichkeit ein Gesicht zu geben. Der „Geist der Hospitalität“, den sie in ihren Einrichtungen verbreiten, soll überall Einzug halten – vor allem überall dort, wo es Personen gibt, „die Hunger und Durst leiden; denen Kleider, Medikamente und Unterkunft fehlen; die von Drangsalen und Krankheit heimgesucht werden“.⁴

Hospitalität ist eine menschliche Grunderfahrung

Hospitalität leitet sich vom lateinischen „hospes“ (=Gast) ab und bedeutet übersetzt „Gastfreundschaft“.⁵ Damit ist eine menschliche Grunderfahrung ausgesagt, mit der jede und jeder etwas anfangen kann: Wir alle sind Gastgeber und Gast zugleich. Als Menschen mit Stärken und Schwächen sind wir einerseits immer auf die Hilfe unserer Mitmenschen angewiesen, auf Annahme und Aufnahme, andererseits aber sind wir selbst es, die den anderen beistehen. Im Laufe des Lebens sind wir immer zunächst „Gast“, am Beginn ganz auf Hilfe, Angenommensein und Pflege Angewiesene, oft auch wiederum am Ende des Lebens. Dazwischen dürfen wir der sein, der sich anderen zuwendet, der gibt, der geben kann. Als Gastgeber im ursprünglichsten Sinn stellt sich die Frage: Wie gehe ich mit meinen Gästen um? Wie bewirte ich sie, wie kümere ich mich um ihre Bedürfnisse? Raum geben und Zeit schenken, das sind zwei Grundvoraussetzungen, um Gastfreundschaft pflegen zu können.

Die Aufnahme von Kranken stellt eine besondere Form von Gastfreundschaft dar. Hospitalität im Gesundheitswesen muss – bei aller nötigen Wirtschaftlichkeit – mehr und anders sein als die professionelle und kommerzielle Gastfreundschaft des Gastwirtes oder Hoteliers. Das ist eine dauernde Herausforderung, gerade angesichts der immer kürzeren Verweildauer im Krankenhaus. Ein „Mehr an Zuwendung“ muss möglich sein und trägt in vielen Fällen ganz wesentlich mit bei zur Genesung. Nicht umsonst heißt es, dass ein Lächeln bzw. ein aufmunterndes Wort die „beste Medizin“ ist.

Wie weit Hospitalität als menschliche Grunderfahrung geht, wird an einem Gedanken deutlich, der dem Theologen Romano Guardini zugeschrieben wird: „Dies ist aller Gastfreundschaft tiefster Sinn: dass ein Mensch dem anderen Rat gibt auf der großen Wanderschaft zum ewigen Zuhause.“ Ganz in diesem Sinn trug die Festschrift eines Krankenhauses der Barmherzigen Brüder auch den Titel: „Herberge am Weg“.⁶

Die spirituelle Dimension von Hospitalität: Gebot und Verheißung

Mit dem Wort vom „ewigen Zuhause“ wird die spirituelle Dimension von Hospitalität angesprochen, wie sie im „Buch der Bücher“, der Bibel, an verschiedenen Stellen beschrieben wird. Aber schon bei den alten Griechen war die Ausübung der Gastfreundschaft ein Gebot der Stunde und ein wichtiger Gradmesser dafür, wie zivilisiert eine Gesellschaft ist.⁷ „In der Begegnung von Kulturen (...) kommt der Gastfreundschaft eine entscheidende Rolle zu. (...) Der Gastgeber übernimmt die Schutzverpflichtung, indem der Gast formal zum Mitglied seiner Familie wird. Erzählungen von unerkannten Göttern, die die Gerechtigkeit der Menschen darin prüften, ob sie Fremde oder Bettler freundlich aufnehmen, schaffen eine Norm, wo das positive Recht nicht ausreicht.“⁸ Sätze und Einstellungen, die vielleicht auch im staatlichen Umgang mit Fremden und Asylanten bedenkenswert wären.

Im Alten Testament wird das Volk Israel immer wieder dazu angehalten, den Fremden aufzunehmen. Im Buch Levitikus wird es dabei an die eigenen harten Erfahrungen in der Fremde erinnert: „Wenn bei dir ein Fremder in eurem Land lebt, sollt ihr ihn nicht unterdrücken. Der Fremde, der sich bei euch aufhält, soll euch wie ein Einheimischer gelten und du sollst ihn lieben wie dich selbst; denn ihr seid selbst Fremde in Ägypten gewesen.“⁹

Dass Hospitalität keine schöne Theorie ist, sondern konkretes Tun im Hier und Jetzt, wird klar, wenn man die Erzählung von der Begegnung Abrahams mit den drei Männern – ein Bild für Gott – bei den Eichen von Mamre in Genesis 18,1-33 liest. Hier wird geschildert, mit welcher Herzlichkeit und Fürsorge sich Abraham um seine Gäste kümmert: Als er sie sieht, springt er auf, läuft ihnen entgegen, um sie zum Bleiben zu bewegen, damit sie ein wenig ausruhen und sich verwöhnen lassen. Seine gute Tat wird hier ebenfalls mit einer Verheißung belohnt: Die Männer kündigen ihm an, dass seine Frau Sarah in einem Jahr einen Sohn bekommen wird – den lang ersehnten! Mit Blick auf diese Bi-

belstelle schreibt der Apostel Paulus: „Vergesst die Gastfreundschaft nicht; denn durch sie haben einige, ohne es zu ahnen, Engel beherbergt.“¹⁰

Das Beispiel des barmherzigen Samariters

Das Modell der Hospitalität, an dem der hl. Johannes von Gott Maß genommen hat, ist Jesus Christus. Deshalb heißt es in einem wichtigen Dokument der Barmherzigen Brüder auch: „Wer die Wege der Hospitalität beschreiten will, muss sich mit ihm konfrontieren.“¹¹ Deshalb wird in den deutschsprachigen Ordensprovinzen der Barmherzigen Brüder der (in angelsächsischen oder frankophonen Provinzen unmissverständliche) Begriff „Hospitalität“ mit „Christliche Gastfreundschaft“ übersetzt: Gastfreundschaft, angereichert mit Jesus-Qualität.

Im Neuen Testament gibt es zahlreiche Stellen, in denen die Einstellung Jesu zu den kranken und bedürftigen Personen zum Ausdruck gebracht wird: „Er nimmt innigst am existenziellen Erleben des Kranken und seiner Angehörigen teil.“¹² Weder widerspricht er, noch kritisiert er seinen Wunsch nach Heilung. Oft ergreift er als erster die Initiative.¹³ Er verneint jeden Zusammenhang zwischen individueller Sünde und aktueller Krankheit.¹⁴ Er heilt den ganzen Menschen.¹⁵

Das bekannte Gleichnis vom Barmherzigen Samariter¹⁶ ist für unzählige Personen zu einer „praktischen Anleitung zur Hospitalität“¹⁷ geworden. Die unmissverständliche Aufforderung Jesu, angesichts der Not des anderen nicht untätig zu bleiben, sondern zu handeln, hat sie im guten Sinn des Wortes „erschüttert“ und veranlasst, die eigenen Bedürfnisse hintanzustellen und sich ganz für andere einzusetzen. Sie sind es, die die Hauptrolle in der noch lange nicht abgeschlossenen Geschichte der christlichen Nächstenliebe spielen – und einer von ihnen ist Johannes von Gott.

Mitleiden ist mehr als Mitleid

Auch wenn mit dem barmherzigen Samariter zunächst Christus selbst gemeint ist, steht diese

herausragende Gestalt für jeden Menschen, „der vor dem Leiden eines Mitmenschen, was auch immer es sein mag, innehält“.¹⁸ Wer „für das Leiden des anderen empfänglich ist“, hat also die besten Voraussetzungen. Allerdings muss er nach dem ersten Schritt – dem Mit-Leiden – auch noch den zweiten gehen: den der Hingabe. Denn zu einem barmherzigen Samariter wird nur „der zu dieser Selbsthingabe fähige Mensch“.

Barmherzigkeit, Offenheit für fremdes Leid, Mitleiden wird auch vielfach in der Literatur artikuliert, so zum Beispiel bei Stefan Zweig: „Es gibt eben zweierlei Mitleid: Das eine, das schwachmütige und sentimentale, das eigentlich nur Ungeduld des Herzens ist, sich möglichst schnell freizumachen von der persönlichen Ergriffenheit von einem fremden Unglück, jenes Mitleid, das gar nicht Mit-leiden ist, sondern nur instinktive Abwehr des fremden Leidens von der eigenen Seele. Und das andere, das einzig zählt – das unsentimentale, aber schöpferische Mitleid, das weiß, was es will, und entschlossen ist, geduldig und mitleidend alles durchzustehen bis zum Letzten seiner Kraft und noch über dieses Letzte hinaus.“¹⁹

Johannes von Gott macht sich verantwortlich

Den Grundgedanken der Hospitalität fasste Johannes von Gott im Jahr 1539 während der leidvollen Zeit seiner eigenen „Krankenhausbehandlung“: „Und wenn er sah, wie die anderen Kranken, die zusammen mit ihm als Geisteskranke eingeschlossen waren, geächtigt wurden, sprach er: ‚Jesus Christus möge mir die Zeit schenken und die Gnade gewähren, dass ich ein Hospital habe, in dem ich die armen Menschen, die verlassen und der Vernunft beraubt sind, sammeln kann, um ihnen zu dienen, wie ich es wünsche.“²⁰

Gemeint ist mit diesem Gedanken der Hospitalität das persönliche Verantwortlichmachen für jeden, der sich dem Werk – ob Krankenhaus, ob Pflegeheim, ob Behinderteneinrichtung, ob Nachtsyl... – und damit einem Einzelnen – ob Bruder, ob Krankenschwester, ob Pfleger, ob Arzt,

ob Röntgenassistentin, ob Krankentransporteur... – anvertraut oder anvertraut wird. Es geht um Vertrauen einer Einrichtung gegenüber, aber vor allem immer einer konkreten Person gegenüber. Immer treten sich zwei einzigartige Menschen persönlich gegenüber. Christliche Gastfreundschaft kann nichts Anonymes sein, keiner kann sich hinter der „Institution“ verstecken. Die individuelle Verwirklichung von Hospitalität muss die täglich gelebte Seite dieser Idee sein.

Gemeint ist mit dem Gedanken der Hospitalität, dass jedem, der mitarbeitet, bewusst ist: „Das Ziel ist der Mensch! Das Ziel der Religion ist nicht die Religion. Das Ziel des Krankenhauses ist nicht das Krankenhaus. Das Ziel des Evangeliums ist nicht das Evangelium. Das Ziel des Christentums ist nicht das Christentum. Das Ziel der Kirche ist nicht die Kirche. Das Ziel ist der Mensch.“²¹ Diese Forderung wurde in gleicher Weise auch vom 2. Vatikanischen Konzil formuliert: „Ursprung, Träger und Ziel aller sozialen Institutionen ist und muss sein die menschliche Person.“²²

Wo bleibt die Menschlichkeit?

Ein Krankenhaus stellt – ebenso wie ein Pflegeheim oder eine Behinderteneinrichtung – ein hochkomplexes Gebilde dar, in dem unterschiedlichste Fachdisziplinen zusammenarbeiten. Die zunehmende Spezialisierung, ja Subspezialisierung in der Medizin und die enorm gewachsenen Möglichkeiten technischer Natur haben den Krankenhausalltag in den letzten Jahrzehnten massiv verändert. Kurzaufenthalte dominieren den Alltag vieler Stationen, menschliche Kontakte müssen sich dem anpassen. Einzelne Fächer sind fast gänzlich zu einem tagesklinischen Betrieb übergegangen. Daneben dominieren oft ökonomische Überlegungen den stark angewachsenen Verwaltungsbereich. Entsprechend wichtig sind alle institutionellen Rahmenbedingungen, die Hospitalität ermöglichen und absichern.

Bereits 1982 konstatierte der damalige Generalprior der Barmherzigen Brüder, Frater Pierluigi

Marchesi, dies mit drastischen, auch an den eigenen Orden gerichteten Worten: „Ein großer Mangel an menschlicher und christlicher Achtung vor der Würde des Menschen war es, der zur Unmenschlichkeit des Krankenhauses geführt hat und es schließlich langsam zu einem Gefängnis werden ließ, einem Ort des Todes, nicht der Hoffnung und der Barmherzigkeit.

Wir haben dabei in unserem Betriebsdenken – und das ist in jedem Betrieb eine gesunde Voraussetzung – primär auf die Leistungsfähigkeit gesehen, den Heilerfolg des kranken Menschen aber in den Hintergrund treten lassen, wobei immer beides in seiner Gesamtheit gesehen werden muss: Heil und Mensch – leiblich, geistig, sozial und seelisch.

Ein Krankenhaus-Unternehmen wird als solches gleich erkannt: In ihm spricht man von Gewinn, Belegzahl, kostendeckenden Tagsätzen, Ausstattung der Zimmer, Teppichböden in den Büros, finanziellen Sorgen. *Nicht gesprochen wird vom Kranken*, es sei denn als von einem Faktor, der eine zufriedenstellende Wirtschaftsbilanz des Hauses garantieren muss (...).

Die Entmenschlichung eines Krankenhaus-Unternehmens ist auf den ersten Blick sehr schwer zu erkennen. Meist ist es ein sehr schönes, modernes, neu gebautes Krankenhaus, reich an Patienten. Aber wo ist die Menschlichkeit? Wo bleibt die Menschlichkeit, wenn man Stunden aufwendet, um Bilanzen zu erstellen, und kaum Minuten, um mit den Kranken zu sprechen, auch über ihre lebenswichtigen Probleme?²³

Warten auf die „gute Fee“

Drei Stellungnahmen dreißig Jahre später:

Kardinal Kasper in seinen Überlegungen zu den leiblichen Werken der Barmherzigkeit: „Die Aufforderung, Kranke zu besuchen, kann man leicht in Beziehung setzen zur gegenwärtigen Ökonomisierung und der damit gegebenen Anonymisierung des Krankenhauswesens.“²⁴

Ein Diplomkrankenschwester in einer Diskussion: „Oft stehen wir im Zwiespalt: Gut pflegen und

schlecht dokumentieren oder gut dokumentieren und schlecht pflegen. Mit Zweiterem sind wir auf der sicheren Seite.“

Und schließlich die persönlichen Erfahrungen eines „Gastes“: „Nur allzu leicht ist man als Patient in einem Krankenhaus mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein konfrontiert. Oftmals beginnt die Irritation bereits bei der Aufnahme. (...) In dem einen Fall beeinflusse ich die Situation selbst, in dem anderen ist es wohl eher wie mit dem Warten auf die ‚gute Fee‘.“²⁵

Wo sie als Unternehmenskultur verstanden wird, muss Hospitalität daher stets neu interpretiert und vermittelt werden. Als urmenschliches Anliegen der Zuwendung zum Nächsten werden alle eingeladen, ihr Bestes zu geben und damit auch sich selbst zu bereichern: „Wer tut sich selbst Gutes? Tuet Gutes aus Liebe zu Gott, meine Brüder in Jesus Christus!“²⁶

Arbeiten im Zeichen der Hospitalität

Damit soll kein Mitarbeiter religiös vereinnahmt werden. Er wird eingeladen, am großen „Werk des Guten“ mitzumachen und sich selbst damit auch zu bereichern. So sehen das auch die Generalstatuten des Ordens der Barmherzigen Brüder:

„Die Mitarbeiter können das Charisma, die Spiritualität und die Sendung des Ordens auf einer oder mehreren der drei folgenden Ebenen mittragen:

- auf der Ebene guter professioneller Zusammenarbeit;
- auf der Ebene der Identifikation mit der Sendung des Ordens, getragen von ihren menschlichen Werten und/oder ihren religiösen Überzeugungen;
- auf der Ebene eines vom katholischen Glauben getragenen Engagements.“²⁷

Christliche Gastfreundschaft erfordert jedenfalls fachliche Kompetenz, aber eben auch ein Mehr. „In der Nachfolge des Johannes von Gott zu stehen, bedeutet für uns also zweierlei: professionell zu handeln und im Lichte des Glaubens zu handeln.“²⁸ Wissend um die Schwierigkeit, das zeitgemäß zu

vermitteln, „kondensierte“ ein Diskussionsprozess im Orden der Barmherzigen Brüder die vielfachen Gedanken um diesen Begriff zu vier „Werten“, die für ihn stehen.

„Um diese Verbindung von Professionalität und Barmherzigkeit auch heute gelingen zu lassen wurde ‚Hospitalität‘ durch vier ‚Werte‘ eingegrenzt:

- durch Qualität, als Grundvoraussetzung unserer Dienstleistung und unseres Managements,
- durch Respekt vor dem jeweiligen Gegenüber, was unsere Dienstleistung und auch unsere Dienstgemeinschaft besonders auszeichnet,
- durch Verantwortung, die ein wesentlicher Maßstab für unsere Dienstleistung und unser Management ist,
- durch Spiritualität, die der Sehnsucht des Menschen nach Religion und Transzendenz eine Orientierung gibt.“²⁹

Wo dies in vielfacher Weise durchdacht und jeweils vor Ort konkretisiert und mit Geist erfüllt wird; wo die Organisation eines Hospitales die individuelle Verwirklichung von Hospitalität ermöglicht, unterstützt und absichert, dort wird Hospitalität gelebt.

Auf die Kleinigkeiten kommt es an

Das tägliche Bemühen, das schon bei Johannes von Gott aus viel Routine und vielen Sorgen bestand, setzt sich aus zahlreichen kleinen Gesten und scheinbaren Selbstverständlichkeiten zusammen:³⁰ Erst die Person ansehen, dann die Krankheit;³¹ Freundlichkeit; suchende Blicke wahrnehmen; auf gleicher Augenhöhe kommunizieren... Viele scheinbare Kleinigkeiten, die in ihrer Gesamtheit im Sinne der Botschaft Jesu das Reich Gottes wachsen lassen und davon künden. „Evangelienorientierte Praxis im alltäglichen Tun und Umgang mit den Patienten, Behinderten, Klienten etc., aber auch mit den Kollegen, innerhalb der Mitarbeiterschaft, Gästen, Angehörigen der Patienten, etc., ist ‚bereits stille, aber sehr kraftvolle und wirksame Verkündigung der Frohbotschaft‘.“³²

Dazu gehören Situationen wie die folgenden:³³

- wenn Menschen im alltäglichen Umgang Annahme und Wertschätzung vermittelt wird;
- wenn Mitarbeiter ihren Dienst gewissenhaft und mit Liebe zum Bedürftigen verrichten;
- wenn im kollegialen Umgang miteinander der Geist des Respekts und der Achtung voneinander spürbar wird;
- wenn Solidarität in Zeiten der Krise oder Trauer gelebt wird;
- wenn es Engagement für Gerechtigkeit gibt;
- wenn einander Zeit geschenkt wird;
- wenn Offenheit und Bereitschaft da ist, auf alle Sorgen, Lebens- und Sinnfragen der Betreuten einzugehen;
- wenn ohne großen Aufhebens im Alltag christliche humane Werte praktiziert werden; usw.“

Es ist zu bedenken, „dass es gerade im religiösen Bereich so etwas wie eine natürliche Zurückhaltung im Sprechen, eine Art sprachliche Feinfühligkeit gibt und geben muss, die es zu respektieren gilt. Der Gottesglaube gehört zu den intimsten Dingen des menschlichen Lebens. Deshalb gilt es, Formen und Räume zu finden und zu gestalten, in denen einerseits diese Intimität des Religiösen nicht verletzt, aber andererseits doch auch das ‚Wort des Lebens‘ dem Zeugnis des Lebens erklärend und deutend hinzugefügt werden kann. Dazu braucht es:

- Mut und Bereitschaft, über seinen Glauben Auskunft zu geben
- Sensibilität für die richtige Situation, den rechten Zeitpunkt
- Authentizität
- Auskunftsfähigkeit³⁴
- Sprachfähigkeit (einfach, lebensnah, in die Zeit „übersetzt“, deutend)
- Orte/Anlässe (Sonntagsgottesdienst, Feste im Kirchenjahr, Wallfahrten, moderne Formen von Liturgie, Gesprächskreise, Taufe/Beerdigung, ...)
- Bildungsangebote (Vorträge, Medien, Seminare, ...) etc.“³⁵

Wesentlich ist es, ein Betriebsklima der Hospitalität zu schaffen und zu erhalten. Ein Be-

triebsklima wird von vielen getragen, trägt aber auch und prägt den neu Dazukommenden. Die Worte Senecas, die er über Philosophie formulierte, lassen sich hervorragend auf diesen Gedanken übertragen: „Wer in die Sonne geht, wird braun, auch wenn das gar nicht seine Absicht ist; wer sich in eine Parfümerie setzt und eine Zeit lang dort bleibt, nimmt den Duft des Ladens mit sich. So ist es auch bei denjenigen, die bei einem Philosophen waren: Sie nehmen unweigerlich etwas mit, was sie fördert, auch wenn sie gar nicht so recht darauf achten.“³⁶ So soll es bei jedem sein, der in einem von christlicher Nächstenliebe getragenen Team mitarbeitet. Er wird bereichert. Er wird den „Duft“ gelebter Nächstenliebe annehmen. Er oder sie wird frei für ein „Mehr“ im täglichen Dienst und kann damit auch die Arbeit am Kranken und Leidenden als Selbstverwirklichung im besten Sinne dieses Wortes erleben.³⁷

Referenzen

- 1 Papst Benedikt XVI., *Enzyklika Deus caritas est*, Abschnitt 31a
- 2 vgl. *Leben in Fülle*, Band 6 der Schriftenreihe „Die österreichischen Bischöfe“, S. 8, Anmerkung 6: „Das zweifelhafte Ziel, Leid ‚abzuschaffen‘, wird unter anderem erkaufte durch sublimale Gewaltanwendung (vgl. die Euthanasiefrage), durch Manipulation des Menschlichen (z. B. durch die gentechnische ‚Korrektur‘ des Menschen) und die Ausblendung wesentlicher Erfahrungen (wie der Kontingenz). Völlig leidfreies Leben auf Erden ist unmöglich und wäre sogar unmenschlich.“
- 3 Papst Johannes Paul II., *Apostolisches Schreiben Salvifici doloris*, 11. Februar 1984, Abschnitt 4
- 4 *Konstitutionen der Barmherzigen Brüder*, Rom (1985), Abschnitt 23
- 5 *Duden – Das große Fremdwörterbuch: Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter*, Dudenverlag, Mannheim/ Leipzig/ Wien/ Zürich (2003)
- 6 *Herberge am Weg*, Festschrift anlässlich der Fertigstellung des Neu- und Umbaus des St. Veiter Krankenhauses (1980)
- 7 vgl. *Reallexikon für Antike und Christentum (RAC)*, Bd. VIII, Stuttgart (1972), 1061-1083
- 8 *Gastfreundschaft*, in: *Lexikon für Theologie und Kirche*, Herder-Verlag, Freiburg im Breisgau (1995)
- 9 Lev 19,33-35
- 10 Hebr 13,2
- 11 Barmherzige Brüder, *Charta der Hospitalität. Die Betreuung kranker und hilfsbedürftiger Menschen im Stil des heiligen Johannes von Gott*, Abschnitt 2.3.1
- 12 vgl. Mt 14,14; 15,32; Lk 7,13; Joh 11,36
- 13 vgl. Mk 10,49; Lk 8,49; Joh 9,1-3
- 14 vgl. Joh 9,1-3
- 15 vgl. Mt 9,1-7; Barmherzige Brüder, siehe Ref. 11 Abschnitt 2.1.3
- 16 Lk 10,25-37
- 17 Barmherzige Brüder, siehe Ref. 11, Abschnitt 2.3.4
- 18 vgl. hier und in der Folge: Papst Johannes Paul II., siehe Ref. 3, Abschnitt 28-30
- 19 Zweig S., *Ungeduld des Herzens*, S. Fischer-Verlag (1982)
- 20 Castro F. de, *Geschichte des Lebens und der heiligen Werke des Johannes von Gott*, Kap. IX
- 21 Baumgartner I., *Berufen zur Hospitalität – Was unsere Einrichtungen zu Anders-Orten macht*, bei der Pastoraltagung 2012 im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
- 22 Zweites Vatikanisches Konzil, *Gaudium et spes*, Abschnitt 25,1
- 23 Fr. Pierluigi Marchesi OH, *Vermenschlichung*, Rom/ Wien (1982)
- 24 Walter Kardinal Kasper, *Barmherzigkeit*, Freiburg (2012), S. 195
- 25 Hochgerner C., *Wie sag ich´s bloß?*, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien (2005)
- 26 Castro F. de, siehe Ref. 20, Kap. XII
- 27 *Generalstatuten des Hospitalordens des hl. Johannes von Gott*, Rom (2009), Abschnitt 22
- 28 P. Provinzial Ulrich Fischer OH bei einem Pastoraltreffen des Ordens 2009
- 29 Generalprior Donatus Forkan, *Rundschreiben „Werte des Ordens“* vom 11. Februar 2010
- 30 Zweiter Brief des hl. Johannes von Gott an Gutiérrez Lasso: „Da dies ein Haus für alle ist, werden alle Arten von Kranken aufgenommen und auch alle Arten von Menschen. Es gibt hier deshalb Versehrte, Verletzte, Aussätzige, Stumme, Verrückte, Gelähmte, mit Krätze Behaftete, sehr alte Menschen und viele Kinder; überdies viele Pilger und Reisende, deren Weg zu uns führt. Man gibt ihnen Feuer, Wasser, Salz und Kochgeschirr, um sich ihr Essen zu bereiten. Für all dies brauchen sie nichts zu bezahlen, aber unser Herr Jesus Christus sorgt für alles; es gibt keinen Tag, an dem nicht für die Versorgung des Hauses viereinhalb und manchmal fünf Dukaten nötig sind; dies alles allein für Brot, Fleisch, Geflügel und Holz, ohne die Extra-Ausgaben für Medizin und Kleidung mitzurechnen. An Tagen,

an denen das Almosen nicht zur Deckung aller Kosten ausreicht, nehme ich Geld zu leihen, und an anderen Tagen wird gefastet. Und so Sorge ich mich hier allein um Jesus Christus, denn ich schulde mehr als 200 Dukaten an Ausgaben für Hemden, Mäntel, Schuhe, Leintücher, Decken und viele andere Dinge, die notwendig sind in diesem Haus Gottes, und auch die Erziehung der Kinder, die man uns hier lässt.“

- 31 vgl. Dörner K., *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, 2. Auflage, Stuttgart (2003)
- 32 Papst Paul IV., *Apostolisches Schreiben Evangelii Nuntiandi* (1975)
- 33 Die folgende Auflistung findet sich im Dokument: *Pastoral im Stil des heiligen Johannes von Gott*, Generalkommission für Pastoral des Hospitalordens des heiligen Johannes von Gott, Rom (2012), Abschnitt 2.2.3., S. 26
- 34 1 Petr 3,15
- 35 *Pastoral im Stil des heiligen Johannes von Gott*, siehe Ref. 33
- 36 Lucius Annaeus Seneca, *ad Lucilium epistulae morales*, 108,4; Übersetzung: Weeber K.-W., in: *Auf einen Wein mit Seneca*, Primus Verlag, Darmstadt (2012)
- 37 vgl. Maslow A. H., *Motivation and Personality* (dt. „Motivation und Persönlichkeit“), Rowohlt-Verlag, Hamburg (1981)

Enrique H. Prat

Alpbacher Gesundheitsgespräche 2013: Wer entscheidet Gesundheit?

Health Symposium 2013 Alpbach: Who Decides Health?

Entscheidungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit müssen getroffen werden. Der Vorgang ist allerdings komplexer, erfordert die Einbeziehung aller Beteiligten, oft lassen sich die Konsequenzen nicht sicher vorhersagen. „Wer entscheidet Gesundheit?“ war die Frage der diesjährigen Gesundheitsgespräche von 16. – 19. 8. im Rahmen des Europäischen Forum Alpbach 2013.

Der britische Epidemiologe Sir Michael Marmot, Direktor vom *Institute of Health Equity* am *UCL Research Department of Epidemiology and Public Health* in London stellte als Keynote-Speaker den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in einer Gesellschaft eindrücklich dar. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit besteht, lässt sich die Ungleichheit der Gesundheit nicht allein durch effiziente Armutsbekämpfungsprogramme sowie durch Entwicklung und Modernisierung des Gesundheitssystems reduzieren. Man müsse, so Marmot, komplementär dazu auf die sogenannten sozialen Determinanten der Gesundheit direkt einwirken. Die zehn Determinanten nach Marmot, die er in zahlreichen Publikationen¹ dargestellt hat, lauten: soziales Gefälle, Stress, Frühe Kindheit, soziale Exklusion, Berufsleben, Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung, Sucht, Ernährung, Transport.

Der Epidemiologe kritisierte an europäischen Politikern, dass sie in Krisenzeiten vor allem die ökonomischen Aspekte im Fokus hätten, die Auswirkungen der Krise auf die Gesundheit jedoch ziemlich außer Acht ließen. Daraus lasse sich ableiten, dass wir heute auch in Europa von der Umsetzung des unter Gesundheitspolitikern be-

liebten Grundsatzes „Health in all policies“ weit entfernt sind, so Marmots Resümee.

John Ioannidis, Direktor des *Stanford Prevention Research Centers*, hatte im Jahr 2005 mit seinem Aufsatz „Why Most Published Research Findings Are False“² großes Aufsehen erregt. In Alpbach knüpfte er als Keynote-Speaker unter dem Titel „Wie verlässlich ist Evidenz in der Medizin?“ daran an. Seine These, wonach ein hoher Prozentsatz der in wissenschaftlichen Journalen nach allen Regeln der Kunst veröffentlichten Daten falsch sei, dürfte dem Mitveranstalter der Gesundheitsgespräche, dem Verband der Pharmaindustrie PHARMIG, nicht besonders gefallen haben. Dennoch: Ioannidis hat seine These nicht einfach so aus dem Ärmel geschüttelt. Seine akribische Analyse der verschiedenen systematischen Fehler (Bias), die in den meisten Studien vorkommen, ermöglichten die nötige Dokumentation, um daraus klare Schlussfolgerungen zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Forschung zu ziehen.

Das Generalthema war von den Veranstaltern in zahlreiche Fragestellungen aufgefächert, die im Anschluss an die Hauptvorträge in parallel laufenden Workshops behandelt wurden. Gibt es soziale Determinanten der Gesundheit, wie hoch ist ihr Einfluss? Wer und wie setzt man Prioritäten? Wie verlässlich ist das Wissen der evidenzbasierten Medizin (EBM)? Wer bestimmt, was geforscht wird? Ist die medizinische Forschung wirklich frei? Wie kann Gesundheitskompetenz für und mit Patienten geschaffen werden? Welche Rolle spielt Kommunikation in der Medizin? Was darf Gesundheit kosten, was wollen wir uns leisten?

Parallel zum Hauptthema gestaltete die

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) als Präventionsproponent in Österreich ein Partnerprogramm, das langfristig zum Ziel hat, eine Präventions-Charta für Österreich zu erstellen.

Die Arbeitskreise des Hauptthemas haben insgesamt elf Vorschläge ausgearbeitet, über die im Plenum abgestimmt wurde. Die sechs Vorschläge, die die meisten Stimmen erhielten, wurden am letzten Tag der Gesundheitsgespräche mit Politikern im Plenum diskutiert, unter ihnen Gesundheitsminister Alois Stöger, Sozialminister Rudolf Hundstorfer sowie Vertretern der Sozialpartnerschaft. Die Vorschläge waren: Ende der Eitelkeiten – Kooperation zwischen Gesundheitsberufen als gesundheitspolitisches Ziel (74,6% der Stimmen); Qualitätssprung in der Gesundheitskompetenz (74,1%); Health in all policies in der laufenden Gesundheitsreform tatsächlich umsetzen (71,7%); Stärkung der Bürger durch mehr „Einblick ins System“ (68,2%); Kommunikationsfähigkeit als Knock-out Kriterium für alle Gesundheitsberufe (59,7%); Verbesserung der Qualität der gesundheitspezifischen Forschung (57,9%). Die relativ schwachen Abstimmungsergebnisse nach drei Tagen intensiver Diskussionen dürften darauf zurückzuführen sein, dass die Ergebnisse zu allgemein gehalten waren und auch darauf, dass sie keine echten originellen Vorschläge enthielten. Die Politiker werden wohl beruhigt gewesen sein, denn eine echte Kursänderung wurde nicht vorgeschlagen.

Anders hingegen die Einschätzung des Partnerprogramms zur Präventions-Charta für Österreich: Dieser Teil der Gesundheitsgespräche war stark praktisch und umsetzungsorientiert. Renate Römer, Obfrau der AUVA, hatte ein klares Ziel vor Augen: Bei den Gesundheitsgesprächen sollte als erster Schritt in Zusammenarbeit mit Vertretern des Bundes, der Länder, der anderen Sozialversicherungsträger, den Sozialpartnern und weiteren Experten des Gesundheitssystems ein gemeinsames Arbeitsverständnis der Begriffe zur Prävention geschaffen werden.

Walter Eichendorf, stv. Hauptgeschäftsführer

der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DG), hielt das Impulsreferat über Präventionsbemühungen in unserem Nachbarland. Zwei seiner Botschaften seien hier angeführt: Zum einen habe Österreich früher mit Prävention angefangen und sei Deutschland darin um einiges voraus. Zweitens seien Präventionskampagnen wichtig und lohnend, obwohl die Ergebnisse nicht leicht zu evaluieren sind.

In vier Workshops wurde dann eine gemeinsame Begrifflichkeit erarbeitet, die die weitere Zusammenarbeit der Institutionen des Gesundheitswesens erleichtern soll. Bekanntlich ist das Zusammenspiel der verschiedenen Sozialversicherungsträger ja nicht immer harmonisch. In punkto Prävention schien jedoch Einigkeit in der Unterstützung von Römers Initiative und der AUVA. Die Ergebnisse dieser Arbeitskreise: eine Vereinheitlichung von Definitionen, Präventionsgrundsätzen und Präventionsstrategien, soll eine solide Basis für eine fruchtbare Weiterführung des Projektes darstellen.

Im Jänner 2014 ist im Rahmen einer Sonderveranstaltung die Festlegung der Präventions-Charta vorgesehen. Danach soll eine österreichische Präventionslandkarte zur Ermittlung etwaiger Überschneidungen bzw. Parallelitäten erstellt sowie eine Priorisierung evaluierter Best-Practice-Modelle festgelegt werden. Im Europäischen Forum Alpbach 2014 sollen dann die gemeinsamen langfristigen Ziele bis 2020 diskutiert und fixiert werden. Wenn dieses Ziel einmal erreicht ist, wird sich das Europäische Forum Alpbach rühmen können, gemeinsam mit den Stake Holders des Gesundheitswesens der Gesundheitsförderung in Österreich einen großen Dienst geleistet zu haben.

Referenzen

- 1 Wilkinson R., Marmot M., *Social determinants of health: the solid facts*, WHO, 2003, vgl. auch http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf (letzter Zugriff am 28. August 2013)
- 2 Ioannidis J. P. A., *Why Most Published Research Findings Are False*, PLoS Med (2005); 2(8): e124, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0020124> (letzter Zugriff am 1. September 2013)

Public Health: Billiges Rauchen hat teure Folgen

Anlässlich des Weltnichtrauchertags der WHO am 1. Juni forderte der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Artur Wechselberger, einen umfassenden Nichtraucherschutz, bessere Prävention und ein flächendeckendes Rauchverbot, insbesondere in der Gastronomie. Getrennte Bereiche für Raucher und Nichtraucher in der Gastronomie seien kein ausreichender Schutz, im Gegenteil: „Wir wissen dank umfangreicher Tests der Medizinischen Universität Wien, dass die Feinstaubbelastung in abgetrennten Nichtraucherbereichen fast halb so hoch ist wie in den Raucherbereichen. Von Gesundheitsschutz kann man daher nicht sprechen“, erklärte Wechselberger, selbst Arbeitsmediziner. Die einzig gangbare Lösung sei folglich ein striktes Rauchverbot im öffentlichen Raum, im Speziellen in der Gastronomie, wie es in anderen europäischen Ländern längst umgesetzt sei.

Das Lungenkarzinom ist von allen Krebsarten die tödlichste. Europaweit sterben jedes Jahr mehr Menschen daran als an Darm-, Brust- und Prostatakrebs zusammen. In Österreich verstarben im Jahr 2010 laut Statistik Austria mehr als 3.600 Personen an Lungenkrebs. Laut Georg Christian Funk, Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP), werden neun von zehn Lungenkrebstoten durch Tabakrauchen verursacht. „Rauchen erhöht das Lungenkrebsrisiko um das 10- bis 30-Fache. Ein wichtiger Faktor ist dabei die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten“, betonte Funk. Dass auch Passivrauchen die Entstehung von Lungenkrebs erhöht, wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen. Das Erkrankungsrisiko steht dabei in Relation zur „Lebensdosis“ an Zigaretten. Experten schätzen, dass in Österreich jährlich 1.000 Menschen an den Folgen des Passivrauchens sterben. Zentraler Kritikpunkt für Sophie Meingassner von der Beratungsstelle Rauchertelefon: Die Zigaretten seien in Österreich viel zu billig. Gerade bei Jugendlichen sei der Kostenfaktor das wichtigste Argument, um das Rauchen bleiben zu lassen. Laut Meingassner wäre ein Preissprung von zwei Euro oder mehr nötig, um Jugendliche vom Rauchen abzuhalten. Das wäre umso wichtiger, als der Einstieg ins Rauchen vor allem im Kindes- und Jugendalter erfolge.

Auch US-Ärzte der Mayo Clinic fordern zur Verhaltensänderung eine Steuererhöhung auf Tabak, alkoholische Getränke, aber auch auf zuckerhaltige Getränke und fetthaltige Nahrungsmittel. Allein durch eine Erhöhung der Tabaksteuer um 50 Cent pro Packung könnten in den nächsten 10 Jahren fast 80 Milliarden US-Dollar eingenommen werden. Sie sollten für Public-Health-

Maßnahmen und Forschung eingesetzt werden.

ÖÄK-Presseaussendung, 30. Mai 2013

Mayo Clinic Proceedings (2013); 88(6): 536-539

orf.at, 2. Juni 2013

Der Standard, 28. Mai 2013 (online)

Ethik: Medizin braucht neue Aufwertung von Zeit für Zuwendung

Zeit hat in der Medizin durchaus eine ethische Dimension. Anlässlich der Eröffnung des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit 2013 in Berlin, in der das Thema „Ethik und Ökonomie: Würde des Patienten – Lebensqualität am Ende des Lebens“ behandelt wurde, ging es dabei nicht um Apparatemedizin, Patientenverfugung oder Euthanasie, sondern schlicht um – Zeit.

Ältere Patienten begreifen langsamer, verstehen möglicherweise schlechter und brauchen mehr Zeit, um sich auszuziehen; schon einfache Verrichtungen dauern im Alter länger, so der Medizinethiker Thomas Heineemann aus Vallendar, der Mitglied des Deutschen Ethikrates ist. Diese Zeit ist im Gesundheitssystem aber nicht vorgesehen. Im Gegenteil: Mit der Abrechnung nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) werde gerade derjenige besser vergütet, der weniger Zeit für den Patienten braucht. „Der Arztberuf verliert seinen Kern“, so der Philosoph, nämlich den Fürsorgegedanken. Im hohen Zeitdruck sieht er einen Grund für den Ansehensverlust des Heilberufs.

Vertreter von Pflegeeinrichtungen kritisierten ferner einen unverhältnismäßigen Zeitaufwand durch Dokumentation und Bürokratie, wodurch Zeit für die Patienten fehle und eine Mentalität verstärkt werde, die eine handlungsorientierte Medizin höher schätzt als eine zuwendungsorientierte. Nötig sei deshalb eine grundsätzliche Diskussion über die Prioritäten in der Medizin.

Deutsches Ärzteblatt, 6. Juni 2013 (online)

UNO-Bericht: Schleichende Gefahr durch neue Designerdrogen

Neue chemische Drogen überschwemmen den Markt. Das geht aus dem Weltdrogenbericht 2013 der Vereinten Nationen hervor, der am 26. Juni 2013 in Wien vorgestellt wurde. Vor allem Designerdrogen – genannt „Legal Highs“ oder „Badesalzdrogen“ – erleben einen gefährlichen Boom. Während der allgemeine Drogenkonsum weltweit stabil geblieben sei, gebe es erstmals mehr NPS (Neue Psychoaktive Substanzen) genannte Designerdrogen als „traditionelle“ illegale Rauschmittel, heißt es in der Bilanz der UN-Behörde für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC).

Die neuen Drogen würden oftmals als legale Stimmungsaufheller verkauft oder als Gewürz, Badezusätze oder Räuchermittel auch über das Internet vermarktet. Von Ende 2009 bis Mitte 2012 wuchs die Zahl der synthetischen Drogensorten dem Bericht zufolge von weltweit 166 auf 251 – ein Anstieg von mehr als 50 Prozent. Weil durch ihre Abwandlung schnell neue synthetische Drogen entwickelt werden können, falle es sehr schwer, ihren Konsum zu kontrollieren oder ihre Verbreitung zu verbieten. „Das internationale Drogenkontrollsystem gerät erstmals durch die Geschwindigkeit und die Kreativität dieses Phänomens ins Schwimmen“, warnte die UNODC. Um des Problems Herr zu werden, müsse die internationale Zusammenarbeit verbessert werden.

Herstellungsgebiete sind vorwiegend in Europa und Asien. Die genauen Auswirkungen und das Suchtpotenzial der neuen Drogen seien wegen der kurzen Zeit am Markt bisher nur schwer absehbar. Konsumiert werden die Designerdrogen vor allem von jungen Menschen: Knapp fünf Prozent der 15- bis 24-Jährigen in der EU haben schon einmal damit experimentiert.

In Europa werden dem Bericht zufolge 75 Prozent der Designerdrogen in nur fünf Ländern konsumiert: Dabei handelt es sich um Großbritannien, gefolgt von Polen, Frankreich, Deutschland und Spanien. Weltweit bleibt laut UNODC Cannabis die mit Abstand am häufigsten konsumierte Droge. Knapp 4 Prozent der weltweiten Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren konsumieren das aus der Hanfpflanze gewonnene Rauschmittel. Die medizinische Fachzeitschrift *Lancet* hatte in den vergangenen Jahren mehrfach in Studien die Langzeitschäden durch Cannabis-Konsum aufgezeigt und für ein Maßnahmenpaket plädiert, um der Verharmlosung von Cannabis entgegenzuwirken.

World Drug Report 2013, http://www.unodc.org/unodc/se-cured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf

Die Zeit, 26. Juni 2013 (online)

Euthanasie: Niederlande erlaubt Tötung von Neugeborenen, Schweiz wehrt sich gegen EGMR-Urteil

Ärzten ist es ab sofort in den Niederlanden erlaubt, den Tod von Neugeborenen herbeizuführen, sofern diese schwer und unheilbar krank sind. Die Königliche Niederländische Ärztevereinigung (KNMG) hat entsprechende Regeln erlassen, berichtet das Deutsche Ärzteblatt. Demnach dürfen Mediziner die Behandlung von Neugeborenen vorzeitig abbrechen (= direkte Sterbehilfe durch Unterlassung) bzw. deren Tod direkt durch die Verabreichung einer Überdosis von Muskelrelaxanzien herbeiführen. Drei Prozent aller Todesfälle (2011:

3.695 Menschen) gehen in Holland inzwischen offiziell auf Euthanasie zurück. Die Dunkelziffer liegt allerdings höher, da Ärzte zugeben, auch aus Mitleid und ohne Wunsch des Patienten Sterbehilfe geleistet zu haben – oder diese nicht gemeldet zu haben, weil ihnen der bürokratische Aufwand schlicht zu mühsam war.

Die Schweiz, in der assistierter Suizid bei kranken Menschen erlaubt ist, wehrt sich gegen ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR). Schweizer Ärzte hatten sich geweigert, einer gesunden 82-jährigen Frau, die Selbstmord begehen wollte, das tödliche Mittel Natrium-Pentobarbital (NAP) auszuhändigen. Die Straßburger Richter in erster Instanz hatten sich auf die Seite der Klägerin gestellt mit der Begründung, ihr Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens sei verletzt worden. Das Schweizer Bundesamt für Justiz sieht mit dem Urteil allerdings eine schwerwiegende Frage der Auslegung bzw. Anwendung der Europäischen Menschenrechtskonvention aufgeworfen und legte dagegen Berufung ein.

Im Gegensatz zum obengenannten Urteil hatte der EGMR im Jänner 2011 in einem Streit um Beihilfe zum Suizid entschieden, dass ein Staat nicht zur Selbstmord-Beihilfe verpflichtet ist und deshalb keine tödliche Medikamentendosis zur Verfügung stellen muss, urteilten die Richter.

In Belgien, wo Euthanasie ebenfalls erlaubt ist, beschwerten sich jüngst Ärzte darüber, dass sie für ihre Sterbehilfe-Dienste unterbezahlt seien, so einer der führenden belgischen Euthanasie-Ärzte, Wim Distelmans, Vorsitzender des Lebensende-Informationsforums LEIF. Die Zahl der Euthanasie-Fälle ist in Belgien im Jahr 2012 um 25 Prozent angestiegen.

400 Ärzte, die als professionelle Lebensbeender ausgebildet sind, müssten mehrere Stunden in Zweitgutachten bzw. Fahrten zu den Sterbewilligen investieren, um ihnen die tödliche Injektion zu verabreichen. In den Niederlanden würden sie für Zweitgutachten 330 Euro erhalten, was laut Distelmans angemessen sei, in Belgien wären 160 Euro vorgesehen, aufgrund der steigenden Nachfrage sei aber das zur Verfügung stehende Budget längst ausgeschöpft.

Deutsches Ärzteblatt, 13. Juni 2013 (online)

Swissinfo, 25. Juni 2013 (online)

De Krant, 24. Juni 2013 (online)

Forschung: Japan genehmigt erste klinische Studie mit IPS-Stammzellen

Japan hat grünes Licht für die weltweit ersten Klinikversuche mit Netzhautzellen gegeben, die aus induzier-

ten pluripotenten Stammzellen (IPS) gewonnen wurden. Das neue Verfahren soll an Patienten mit altersbedingter Makuladegeneration (AMD) getestet werden. Ein Regierungsausschuss billigte entsprechende Testreihen des naturwissenschaftlichen Forschungsinstituts Riken. Allein in Japan sind von diesem bisher behandelbaren, aber unheilbaren Rückgang der Sehschärfe durch absterbendes Netzhautgewebe rund 700.000 – vor allem ältere – Menschen betroffen.

Die Entwicklung von IPS-Zellen geht auf den Japaner Shinya Yamanaka zurück, der für deren Erzeugung, die ohne Klonen und Zerstörung von Embryonen auskommt, im Dezember 2012 den Nobelpreis erhielt. Körperzellen lassen sich dank Yamanakas Methode so zurückprogrammieren, dass sie quasi-embryonale Fähigkeiten besitzen und sich prinzipiell in jedes Gewebe entwickeln können. In der Stammzellforschung erreichten Behandlungen mit adulten Stammzellen bereits große Erfolge. In anderen Bereichen befindet man sich noch in der Grundlagenforschung.

Für den ersten klinischen Versuch mit IPS-Zellen will nun das japanische Forschungsinstitut sechs AMD-Patienten im Alter von mindestens 50 Jahren gewinnen und Zellproben ihrer Haut entnehmen. Diese sollen dann zu IPS-Zellen umprogrammiert werden, die die Forscher zu Netzhautzellen entwickeln und sie nach zehnmonatiger Züchtung ins Auge der Patienten transplantieren möchten. Laut jüngster Studien gibt es keine Anzeichen immunologischer Abstoßung, da diese Zellen von IPS-Zellen aus dem körpereigenen Gewebe der Patienten hergestellt werden.

Das Institut will die behandelten Probanden vier Jahre lang beobachten, um festzustellen, inwiefern die Implantate helfen, ob der Körper sie annimmt und ob Krebsgefahr besteht. „Das sind respekteinflößende Aussichten, aber sie machen Freude“, sagte Riken-Sprecherin Masayo Takahashi der Tageszeitung Mainichi. Zumindest in den ersten klinischen Versuchen werde aber nur mit geringfügigen Verbesserungen der Sehkraft gerechnet. „Wir wollen nicht, dass sich Menschen übertriebene Hoffnungen machen“, dämpfte Takahashi die Erwartungen. Riken gibt sich realistisch: Flächendeckende Behandlungserfolge kämen frühestens in einigen Jahren in Frage.

Der Standard, 27. Juni 2013

Studie: Facebook senkt die Motivation zur positiven Leistung

Wie wirkt sich das soziale Kommunikationsnetzwerk Facebook auf seine Benutzer aus? Welche psycho-

logischen Effekte und Veränderungen sind erkennbar? Facebook stärkt das Selbstwertgefühl, sagen die einen. Empirische Studien haben aber auch mögliche negative Auswirkungen von medialem Überkonsum auf zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstwahrnehmung, seelische Gesundheit und schulische Leistung beschrieben.

Nun zeigt eine aktuelle Studie einen neuen Zusammenhang: Das Betrachten des eigenen – häufig idealisierten – Facebook-Profiles stärkt zwar vorübergehend das eigene Selbstwertgefühl, senkt jedoch die Leistungsbereitschaft: Statt Selbstbestätigung in der Erfahrung der eigenen positiven Leistung zu suchen und darin das Selbstwertgefühl zu festigen, dürfte sich dieses bloß durch Betrachten der eigenen Informationen über sich selbst (Profil, Fotos) einstellen – und ist dementsprechend kurzlebig.

Die Folge beschreibt Studienleiterin Catalina Toma, von der University of Madison: „Facebook fördert das Aufschieben des Erledigens der eigenen Aufgaben – und begünstigt Zaudern im Verhalten“, sagt die Medienpsychologin.

In der Studie wurden 159 Studenten einer US-amerikanischen Universität (Durchschnittsalter: 20 Jahre) aufgefordert, ihr eigenes Facebook-Profil und das einer fremden Person 5 Minuten zu begutachten. Die Auswertung nach dem Verfahren des sog. „Implicite Association“-Tests zeigte einen deutlichen Schub an Selbstwertgefühl nach Betrachten des eigenen Facebook-Profiles. Doch der Anstieg des Selbstwerts nach der ersten Aufgabe ging in der zweiten, kognitiven Aufgabe nach hinten los: Den Benutzern fehlte die Motivation, gute Leistungen im nachfolgenden Kopfrechentest mittleren Schweregrads zu erbringen und taten sich dabei signifikant schwerer als die Kontrollgruppe.

Die Psychologen vermuten, dass nach einiger Zeit Menschen in der Regel aufgrund von Facebook ein so gutes Bild von sich selbst hatten, dass ihnen (unbewusst) die Motivation fehlt, ihren Selbstwert auch noch durch Anstrengung zu erhöhen. Die Studie zeige, wie Social-Network-Seiten (SNS) ihre User affektiv und später auch in den kognitiven Prozessen subtil beeinflussen, sagt Toma. Im März 2013 hatte Facebook weltweit über 1,11 Milliarden aktive Nutzer.

Media Psychology (2013); 16(2): 199-220, DOI: 10.1080/15213269.2012.762189

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

59/3, 2013

Abhandlungen:

Wolfram Höfling: Prekäre Selbstbestimmung. Das Institut der Patientenverfügung;

Jan P. Beckmann: Das Recht auf Erstellung auf Vorausverfügungen aus ethischer Sicht;

Peter Dabrock: Den Spielraum des Gesetzes gemäß den Vorstellungen des Guten nutzen. Genealogie und Ansatz der „Christlichen Patientenversorgung“ von 2011 – eine Würdigung aus evangelisch-theologischer Perspektive;

Georg Marckmann, Jürgen in der Schmitt: Patientenverfügungen und Advance Care Planning: Internationale Erfahrungen;

Jürgen in der Schmitt, Georg Marckmann: Sackgasse Patientenverfügung. Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel von bezeiten begleiten®.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch

13. Jahrgang, Heft 1, 2013

Articles:

Rev. Kevin L. Flannery, SJ: Thomas Aquinas and the New Natural Law Theory on the Object of the Human Act;

Steven A. Long: Fundamental Errors of the New Natural Law Theory;

John Goyette: On the Transcendence of the Political Common Good: Aquinas versus the New Natural Law Theory.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

20. Jahrgang, Heft 4, 2013

Wilhelm Bergthaler, Ferdinand Kerschner, Eva Schulev-Steindl:

Editorial: Verbot der Veränderung der natürlichen Abflussverhältnisse;

Wolfgang Kleewein: Naturgefahren im Bau- und Raumordnungsrecht; Ferdinand Kerschner: OGH bejaht Gefährdungshaftung bei Entwässerungsanlage mit Überlaufrohr.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di Bioetica

Halbjährliche Zeitschrift

2013/2

Articoli:

C. Casini, M. Casini: Una nuova riflessione sul significato dell'obiezione di coscienza alla luce di una sentenza ingiusta. Nota a Cass. n. 14979 del 2 aprile 2013;

V. Tambone, G. Piccinocchi,

M. A. Vitali: Studio pilota sui problemi etici emergenti fra i medici di base in Italia;

G. Gambino: Il moderno diritto al figlio. Riflessioni biogiuridiche a partire dal Giudizio delle due madri di Re Salomone;

G. Battimelli: Il dibattito in bioetica: Il „costo“ della prestazione sanitaria: un problema solo di informazione?

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch

12. Jahrgang, Heft 4, 2012

Articles:

John Butler: Truthfulness and Thomism in Medical Practice;

Sister Mary Diana Dreger, OP:

Autonomy Trumps All. Medicine Loses Its Grounding in Science;

Robert L. Kinney III: Contraception and Conscientious Objection. A Pharmacist's Reflection.

Entscheidungsfindung zur PEG-Sonde bei alten Menschen. Problemlagen und Entscheidungshilfe

Sabine Bartholomeyczik, Claudia Dinand (Hrsg.)
 Mabuse, Frankfurt am Main 2012
 271 Seiten
 ISBN 978-3-86321-010-6

In Deutschland geht man davon aus, dass jährlich etwa 140.000 PEG-Sonden (Percutane Endoscopische Gastrostomie) gelegt werden und dass etwa 65% der PEG-Sonden auf ältere Menschen entfallen. Über den Entscheidungsprozess zur Einleitung einer künstlichen Ernährung mit Hilfe der PEG-Sonde liegen kaum systematische Erkenntnisse vor.

Das Buch stellt die Ergebnisse eines Forschungsprojektes vor, das darauf ausgerichtet war, diese Prozesse näher zu beleuchten.

Das Projekt ist in drei Teilbereiche untergliedert: 1. Dokumentationsanalyse im akutstationären Bereich, 2. Dokumentationsanalyse in Altenpflegeeinrichtungen und 3. Experteninterviews in Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit Pflegepersonal und niedergelassenen Ärzten.

Zunächst wird ein kurzer Überblick über Zielsetzung, Hintergründe, Indikation, Problematik und Prozedur der PEG gegeben. Dabei wird darauf hingewiesen, dass insbesondere für die Patientengruppe mit fortgeschrittener Demenz der Nutzen der enteralen Ernährung durch eine Ernährungsonde heute in Frage gestellt wird. Auch rechtliche und ethische Aspekte werden angesprochen, wobei auf das Problem der Einverständniserklärung in einer Zeit, in der die Autonomie des Patienten oberste Priorität hat, eingegangen wird. Danach werden die Ergebnisse aus den drei befragten Gruppen vorgestellt.

In drei Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen wurden Daten aus den Akten von 277 Patienten erfasst, bei denen eine PEG-Sonde gelegt wurde (Dokumentationsanalyse). Die Mehrzahl der PEG-Empfänger (50 – 75%) war bereits vor der Krankenhauseinweisung pflegebedürftig. Wider Erwarten spielte bei der stationären Einweisung der Zielauf-

trag einer PEG-Anlage eine völlig untergeordnete Rolle. Die konkrete Indikation für eine PEG-Sonde im Krankenhaus ist überwiegend eine Dysphagie (= Schluckstörung, mehr als 70%) wegen altersneurologischer oder Tumor-Erkrankungen. Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten werden Betreuer und beteiligte Angehörige regelmäßig in den Entscheidungsprozess einbezogen. Der inhaltliche Ablauf, der zur Entscheidung für eine PEG-Sonde geführt hat, war jedoch in den meisten Fällen nicht rekonstruierbar, weil die Dokumentation weitgehend unzureichend war. Die Ergebnisse über soziodemographische Merkmale, Art der Betreuung, Grundkrankheit usw. sind in zahlreichen Tabellen und Abbildungen aufgelistet. Es werden auch konkrete Fallbeispiele angeführt und am Ende eine ausführliche Diskussion über die Ergebnisse abgewickelt.

Der Entscheidungsprozess in Altersheimen wurde anhand von 72 Dokumentationen in elf Altenpflegeheimen analysiert. Mehr als die Hälfte der Patienten mit PEG-Sonde waren älter als 80 Jahre. In der Hälfte der Fälle lag eine Demenz vor. In etwa der Hälfte der Fälle bedingte ein akutes Ereignis die Anlage der PEG-Sonde, bei ebenso vielen wird eine Dysphagie beschrieben. Ein einheitlicher Standard oder Richtlinien für die Vorgangsweise konnte praktisch nirgends gefunden werden.

Im dritten Abschnitt, in dem Pflegepersonen und Ärzte befragt wurden, werden die Befragten durchgehend wörtlich zitiert. Die wenigsten Bewohner in Alterspflegeheimen sind selbst entscheidungsfähig, noch ist ein mutmaßlicher Wille bekannt oder schriftlich fixiert. Familienangehörige werden zwar in die Entscheidungsfindung meist einbezogen, sind aber größtenteils überfordert und schlecht informiert. Jedenfalls wird es als schwieriger und komplizierter angesehen, eine Entscheidung gegen eine PEG-Anlage zu fällen als dafür.

Grundsätzlich sind die pflegenden Personen durch ihren engen und häufigen Kontakt die vorrangigen Informationsträger über den Zustand des Patienten und lösen auch initial den Entschei-

dungsprozess aus. Sie sehen sich aber ansonsten eher als Koordinatoren und im Hintergrund, wenn es um die konkrete Entscheidung geht. Letztlich bleibt die Entscheidung für eine PEG-Anlage an den behandelnden Ärzten hängen, die diese in erster Linie anhand der medizinischen Indikation stellen.

Bemängelt wird in diesem Zusammenhang von den Autoren, dass es im Gegensatz zu den anderen Indikationsstellungen in der Medizin für die Entscheidungsfindung zur Anlage einer PEG-Sonde kaum brauchbare Richtlinien gibt. Am Ende des Buches wird daher von den Autoren eine durchaus brauchbare Broschüre als Entscheidungshilfe zur künstlichen PEG-Ernährung im Alter vorgestellt. Als Vorlage dienten Leitlinien, die am Ottawa Health Research Institute Canada entwickelt wurden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Buch auf der einen Seite bei der Dokumentationsanalyse viele interessante, wenngleich für die Praxis vielleicht weniger relevante Details über die Entscheidungsfindung zur PEG-Anlage liefert, während die Experteninterviews für Ärzte und Pflegepersonen nicht nur interessant, sondern in dem einen oder anderen Aspekt ausgesprochen hilfreich sein können.

J. Bonelli

Medizin, Moral und Gefühl. Emotion im ethischen Diskurs

Andreas Frewer, Florian Bruns, Wolfgang Rascher (Hrsg.)
Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK) Band 5
Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg 2012
364 Seiten, 8 Abb.
ISBN 978-3-8260-5088-6

Dem Editorial von Andreas Frewer (Erlangen) mit einer Standortbestimmung von Emotionen und ihrer Bedeutung für eine praktische Ethik (Verhältnis ratio zu emotio) setzt der Medizinethiker Günter Fröhlich (Ulm) mit einer „Philosophie“ der Emotionen nach. Er erkennt, dass Gefühle als basale Funktion der Handlungsorientierung gelten und daher in Beratungsprozessen stärkere Berücksichtigung erfahren sollten.

Dies greift Susanne Michl (Ethikerin in Göttingen) in ihrem Beitrag auf und fragt, wie viel Gefühl die Medizin wohl brauche, wobei ihr das „Training“ einer „emotionalen Intelligenz“ der 1990er Jahre am Herzen liegt, welches sie dem Osler'schen Ideal des distanzierenden Arztes („detached doctor“) gegenüberstellt.

Es ist bekannt, dass spektakuläre, gerichtsanhängige Schicksale von Kranken in der Öffentlichkeit für massive Emotionen sorgen, die sich oft schon weit von der Sachlichkeit entfernt haben. Doch sind Ärzte mitunter nicht unschuldig daran, wenn die Sensationspresse das Fühlen über das Denken, den aufkochenden Affekt über die Klugheit stellt (Sentimentalismus bei Fragen und unreflektierten Meinungen rund um den Beginn und das Ende des Lebens). Man kann sich häufig des Eindrucks nicht erwehren, dass der schillernden öffentlichen Meinung die Rolle einer „Ethikberatung“ zugebilligt und der emotio ein Vorrang vor der ratio eingeräumt wird.

So wirbt auch Ralf Lutz, Theologe und Psychiater in Tübingen, für eine Überbrückung der Diskrepanz zwischen einer praktischen Philosophie (auf antiker Tugendethik basierend) und den Emotionen im Rahmen (bio)ethischer Diskurse (frei nach G. Pöltner 2002).

Hervorzuheben ist der Beitrag von Sylvia Agbii, Ethikdozentin in Winterbach, die sich der schwierigen Definition von Emotionen bzw. Gefühlen widmet. Sie kommt zu dem Schluss, dass Emotionen in der klinischen Ethik zutiefst mit der Involviertheit von Leib und Seele verbunden und schon daher für die „Geschichte des Leibes“ unverzichtbar sind. Die kompetenten Reflexionen der Autorin über Emotion, Narration und Ethik, sind besonders lesenswert.

Das Phänomen Angst stellt sich für Roland Kipke und Ruth Tietjen (Tübingen) einerseits als Angst vor einem Übel (Krankheit, Schmerzen, Verlusten etc.) dar, andererseits als Motiv für Handlungsweisen des medizinischen Personals (Ängste vor Behandlungsfehlern, unvorherseh-

baren Komplikationen, straffällig zu werden etc.), immer in Verbindung mit der Bewertung solcher Ängste (existenzbedrohende Gefahren oder überbewertete Lappalien?), die wieder zutiefst durch die Verwurzelung in der Person beeinflusst werden (Herkunft, Erziehung, soziales Umfeld etc.). Die Autoren mühen sich redlich um eine Definition der Angst – vom täglichen Sprachgebrauch bis hin zur Phänomenologie von S. Kierkegaard und M. Heidegger. Dabei wird zwar „Angst zu haben“ und „sich vor etwas zu fürchten“ zu Recht gleichgeschaltet, doch bleibt der interessante Fall der transitiven Furcht („etwas zu fürchten“) unerwähnt – jene positiv konnotierte (Ehr-)Furcht vor klar erkannten Gefahren, gegen welche (gestützt auf Klugheit und Tapferkeit) zeitgerecht etwas zu unternehmen ist.

Auch bleiben die Autoren dem Leser schuldig, über die – sehr positive – Angst *um jemanden* nachzudenken. Stattdessen erwähnen sie eher grenz-neurotische Ängste wie Flug-, Atom- und Spinnen-Angst.

Stefan Lorenz Sorgner, Ethiker in Erlangen, stellt sich der Diskussion eines Enhancement von emotionalen Fähigkeiten. Einerseits scheint er sich solch einen Fortschritt zu wünschen, analog etwa der natürlichen „Evolution“ der Gefühlswelt zwischen Kleinkind und Erwachsensein. Andererseits hat er berechtigte Vorbehalte gegenüber den umsichgreifenden Techniken des Enhancement (medikamentös, genetisch, mittels Cyborgs etc.), sobald sie Anspruch auf universelle Gültigkeit und Verfügbarkeit erheben würden. Erwähnt werden auch Projekte zum Enhancement von Ethik und Moral, doch bleibt der Verweis auf neueste Literatur (Persson/Savalescu, 2012) unbefriedigend: Dort wird lediglich dafür plädiert, die Erziehung zu einer höheren Moral durch die genannten neuen Methoden des Enhancement zu unterstützen. Der Autor schließt mit der nüchternen Vermutung, dass sich ohnedies moralische Menschen eher ein solches Enhancement bei den unmoralischen wünschen als umgekehrt.

Verträgt Liebe ein Neuroenhancement? Man ist erleichtert, wenn Utta Bittner, Ethikerin in Ulm, zu dem Schluss kommt, dass der Erfolg eines solchen Unterfangens ein schweres Authentizitätsproblem mit sich bringen würde.

Das Kapitel der konkreten Fallbesprechungen unter Einbindung eines Klinischen Ethikkomitees (KEK) wird von Herausgeber Andreas Frewer klug und differenziert eingeleitet, Mitherausgeber Florian Bruns steuert die Zusammenfassung bei.

Am Ende des Buches werden fünf Rezensionen von Büchern mit einschlägiger Thematik vorgestellt – eine an sich unübliche, wenn auch durchaus interessante Variante des Abschlusses eines Jahrbuchs.

Der Leser findet also im vorliegenden „Jahrbuch 2012“ eine abwechslungsreiche Analyse zum Thema Ethik und Gefühle – nicht nur in Klinik und Medizin. Emotionen und Gefühle sind unleugbare, wenn auch nicht unumstrittene Triebkräfte von persönlichen Handlungen mit einem wichtigen Impact auf die Tugend der Klugheit und Fähigkeit der Selbstreflexion.

F. Kummer

Symposium „Mental Health und Arbeitswelt“

8. November 2013, Pensionsversicherungsanstalt, Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 9. Stock, A-1021 Wien

In Österreich hat sich in 20 Jahren die Zahl der Krankenstandstage wegen psychischer Erkrankungen mehr als verdoppelt. Die Balance zwischen Arbeitswelt und Freizeitstress, zwischen Leistung und Lebenssinn scheint aus dem Ruder geraten zu sein. Der Preis dafür ist hoch - menschlich und wirtschaftlich.

Worin liegen die Ursachen der allmählichen Verschlechterung der seelischen Gesundheit? Reagiert der Mensch mit Krankheit auf kranke Umstände in seinem Arbeitsumfeld? Oder sinkt seine Belastbarkeit? Was können Betriebe präventiv für die seelische Gesundheit ihrer Mitarbeiter tun? Welche Rolle spielt dabei das private Umfeld?

Experten legen Fakten, Hintergründe und Auswege zum Spannungsfeld Arbeit und seelische Erkrankungen dar.

Veranstalter

IMABE

Mitveranstalter

Pensionsversicherung, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Österreichische Ärztekammer, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Anmeldung

Verbindliche Anmeldung bis 30.10.2013 unter anmeldung@imabe.org.

Bitte geben Sie folgende Daten an: Name, Titel, Institution, Funktion, Adresse, Email, Anzahl der Personen. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Anmeldungen nach Eingangsdatum berücksichtigt.

Die Österreichische Ärztekammer vergibt 5 DFP-Punkte.

Programm

- 09.00 Begrüßung
- 09.15 **Arbeit und Lebenssinn. Eine Phänomenologie der Arbeit im Zeitalter seelischer Erkrankungen**
Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz, Dresden
- 09.45 **Zahlen, Daten und Fakten zur Lage der psychischen Gesundheit österreichischer Arbeitnehmer**
Rudolf Müller, Wien
- 10.15 Kaffeepause
- 10.30 **Monokultur der Effizienz: Stressfaktoren in der Arbeitswelt als Auslöser psychischer Krankheiten**
Klaus Dörner, Hamburg
- 11.00 **„Und wie geht's zu Hause?“ Quellen und unterstützende Faktoren der mentalen Stärke - Resilienz im Alltag**
Christian Haring, Hall in Tirol
- 11.30 **Vorsorgestrategien für Mental Health im Unternehmen**
Joachim Burger, Wien
- 12.00 Podiumsdiskussion
- 13.00 Ende der Tagung

Download des Programms unter www.imabe.org.

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 in alle Sprachen.

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

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 - 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 900 Zeichen inkl. Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter auf Deutsch und Englisch

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

3. Literatur

Die Zitierung erfolgt in Form von Endnoten, wobei die Nummerierung fortlaufend und die Zitierungszahlen hochgestellt sein sollen.

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen oder erster Autorenname und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. abgekürzter Titel der Zeitschrift nach den internationalen Regeln (Index Medicus)
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

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

Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

1. General Remarks

Submission of an article for publication implies the transfer of the comprehensive copyright from the author to IMABE as publisher, including the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF).

2. Formation of Manuscripts

Length/ scale: 25.000 - 35.000 characters including whitespace characters

First page:

1. Short title in English and German
2. Name of the author/ the authors
3. Contact details
4. Abstract of the article in English (max. 900 characters including whitespace characters) and 3 - 5 keywords in English and German (can be provided by the editor)

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need

to be in print quality (high resolution).

The author will receive accordant copies of the published issue.

3. References

The quotation is effected in terms of endnotes, in which the numbering should be consecutive, the quotation numbers elevated.

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus "et al.", followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

Example: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897-903

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from - until)

Example: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9-10

IMABE-Info (www.imabe.org)

AIDS 1: Die Infektion und ihre Verbreitung
AIDS 2: Prävention und Therapie
Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Euthanasie 1: Definitionen und Klarstellungen
Euthanasie 2: Stellungnahmen Kath. Kirche
Familie und Krankheit
Fehlerkultur in der Medizin
Gender
Gentechnik in der Humanmedizin
Grenzen der Sozialmedizin
Hirntod
In-Vitro-Fertilisation
Kardinaltugenden und ärztliche Praxis
Klonen
Kommunikation und Vertrauen
Lebensqualität in der Medizin
Mifegyne. Die Abtreibungspille RU 486
Mitleid: Mitleiden und Mitleben
Neurowissenschaft
Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva
Ökonomie und Gesundheitswesen
Organtransplantation
Palliativmedizin
Der ethische Ruf der Pharmaindustrie
Pille danach
Pille versus Natürliche Empfängnisregelung
Placebo

Post-Abortion-Syndrom (PAS)
Präimplantationsdiagnostik
Pränatale Diagnostik
Pränatalmedizin
Prävention als moralische Tugend des Lebensstils
Reduktion von Therapie bei Terminalpatienten
Ethik in der Schönheitsmedizin
Schwangerschaftsabbruch in Österreich
Sinnorientierte Medizin
Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen
Risiken der späten Schwangerschaft
Stammzellen
Sucht und Alkohol
Tabakrauchen
Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten
Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht
Viagra. Medikament oder Lustpille?

Stellungnahmen (www.imabe.org)

13. 02. 2013: Stellungnahme zur Diskussion über die Wirkungsweise der „Pille danach“
24. 04. 2012: Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
04. 02. 2011: Stellungnahme zur „Kind als Schaden“-Judikatur
23. 03. 2009: Stellungnahme zur Empfehlung für eine Liberalisierung der Stammzellforschung

Erklärungen (www.imabe.org)

2011: Präimplantationsdiagnostik
2009: Stammzellen

Vorschau

Imago Hominis · Band 20 · Heft 4/2013
Schwerpunkt: Kommunikation in der Medizin

Editorial	159	
Current Issues	162	Enrique H. Prat Ethical Case Report: Drug Companies on behalf of Tamiflu
Current Issues	167	Monika Deak Ireland: New Law weakens Right to Life of the Unborn
Focus	173	Axel W. Bauer Historical Concepts in Medical Anthropology
	185	Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz An Anthropology of the Human Body
	195	Erhard Weiher Hope near the End of Life - Dimensions of Hope
	205	Matthias Beck The Relations of Spirit, Genetics and Epigenetics
	217	Robert Buder, Dominik Hartig Hospitality: Christian Spirituality in Medical Care Institutions
Conference Report	133	Enrique H. Prat Health Symposium 2013 Alpbach: Who Decides Health?
News	146	
Journal Review	149	
Book Reviews	151	
Announcement	143	Symposium "Mental Health and Work"