

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 21 · Heft 3 · 2014

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Ethik in der
Pädiatrie**
Ethics in Pediatrics

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 Marktl (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	163	
Aus aktuellem Anlass	166	Susanne Kummer Lebenshilfe statt Tötungslogik. Für eine neue Kultur des Beistands
Schwerpunkt	169	Reinhard J. Topf Krebs: Die Überschätzung psychologischer Faktoren als Krankheitsursache
	183	Christiana Justin Schmerzen bei Kindern – ethische Aspekte und Behandlungskonzept
Pädiatrischer Fall	193	Therapiereduktion bei genetisch schwer geschädigten Kindern
	195	Enrique H. Prat Kommentar zum Fall
Rechtskommentar	199	Jakob Cornides Gleichheit statt Ethik. Der VfGH entkernt das Fortpflanzungsmedizingesetz
Freies Thema	215	Margit Spatzenegger Endokrine Disruptoren - ein außer Kontrolle geratenes Experiment?
Nachrichten	226	
Zeitschriftenspiegel	228	
Buchbesprechungen	229	
Ankündigung	234	Symposium „Die Sprache des Schmerzes verstehen“

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

Ehrrw. Oberin Sr. Gabriela Trenker, Präsident Dr. Herwig Lindner, Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak,

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

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

Generalsekretär: Prof. Dr. Enrique H. Prat, Wien

Geschäftsführerin: 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 Feuchtnr

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

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtnr

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Feuchtnr

Bankverbindung: Unicredit Bank Austria AG

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: 2. September 2014

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Allgemeine Unfallversicherungsanstalt



Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Was hier wie eine Binsenweisheit klingt, hat doch in der Medizin seine eminente Bedeutung. Die Körperfunktionen betreffend gibt es gravierende Unterschiede zum Erwachsenen in der Metabolik, der Abwehrkräfte, aber auch der Reparationsvorgänge. Hier besteht eine enorme Bandbreite von Reaktionsmöglichkeiten des Organismus, die entlang der Lebenslinie eine große Varianz entwickeln, bedingt durch Lebensstil, Umwelttoxinen, Hormone, Genetik und Epigenetik.

Dies gilt gleichermaßen für die kindliche Psyche mit ihren mannigfaltigen Entwicklungsmöglichkeiten, Traumata und deren Verarbeitung (Resilienz), einem ständigen Sammeln und Abwägen von Erfahrungen – guten wie schlechten –, die zur Prägung eines ganzen Lebens hinreichen können.

Im Falle von mehr oder weniger akuten Schmerzen erfährt diese Evolution der psychosozialen Entwicklung einen Bruch: Das Kind leidet früher und anders als der Erwachsene. Je jünger das Kind, das Schmerz erleidet, desto weniger hat es die Möglichkeit, auf analoge Situationen und deren Ausgang in der Vergangenheit zurückzugreifen, wie dies regelhaft der Erwachsene tut. Dadurch gerät das Kind in eine bestürzende neue Situation, besetzt von Angst.

Bei schwerer Krankheit gibt es weder im noch kurzen Leben des Kindes noch bei den Eltern eine ernsthafte Entsprechung.

Eine besondere Variante des Schreckens ist die Diagnose einer malignen Erkrankung beim Kind. Die Familien (und es sind neben dem Patienten immer alle betroffen) erfahren dann in kürzester Zeit, was langes Leiden und Lebensbedrohung bedeuten. Damit ist ein tiefgreifender Lernprozess verbunden, dem sich nicht nur Kind und Mutter, sondern auch die übrige Familie unterziehen muss.

Nach zweifelsfreier Feststellung der kindlichen Krebserkrankung tauchen häufig natürliche, instinkthafte Fragen nach der Ursache auf und – äußerst belastend – nach etwaigem schuldhaften Verhalten, dem kausal die Ontogenese anzulasten sei. Bei vielen Eltern, insbesondere bei Müttern, wird schlech-

tes Gewissen verbalisiert. Schlimmer noch ist es, wenn eine Schuldzuweisung an Dritte oder krampfhaftige Erklärungsversuche von vermeintlichen Zusammenhängen in der Biographie des Patienten gesucht werden.

Hier setzt Reinhard J. Topf (Psychosoziale Abteilung, St. Anna Kinderspital, Wien) mit seinem Beitrag an, wenn er sich mit der Überschätzung von psychologischen Faktoren bei einer Krebsentstehung auseinandersetzt. Gerade in einer hochtechnisierten Kinderkrebsklinik wird dank des organisch gewachsenen, psychosozialen Dienstes in vielfältiger Weise auf die komplexen Nöte der betroffenen Familien eingegangen. Daher werden auch *prima vista* irrealer Ängste ernst genommen und müssen unter Respektierung der Würde dieser Menschen in Krisensituationen besprochen werden. Hier sind nicht nur die ethischen Prinzipien der Benevolenz und der Fürsorge gefordert, sondern auch eine Reihe von Tugenden wie Geduld, Klugheit, Beharrlichkeit und Einfühlungsvermögen.

Mit dem Problem des Schmerzes beim Kind, verbunden mit Objektivierungs-, Semiquantifizierungs-, und Therapieoptionen, befasst sich die Kinderanästhesistin Christiana Justin (Medizinische Universität Graz). Sie weist in die psychologischen und humanitären Probleme ein, die der Umgang mit dem Schmerz eines Kindes mit sich bringt. Beim Schmerz als zur Gänze subjektivem Erleben ist es wie mit einem Notruf, der nur vom Hilfsbedürftigen vernommen wird. Andere subjektive Missempfindungen wie Atemnot, Juckreiz oder Schwindelgefühl bieten dem geeigneten (und erfahrenen) Untersucher immerhin einige objektive Anhaltspunkte, die für die Diagnostik von spezifischem Wert sind.

Justin legt großen Wert auf das Phänomen des Schmerzerlebnisses, das nicht nur von der Heftigkeit des Schmerzempfindens, sondern auch der Erinnerung an ähnliche Schmerzen und der Angst vor einem unwägbaren, unbekannten, aber gefährvollen Zustand bestimmt wird. Die rechte „Einordnung“ eines Schmerzempfindens ist daher bei jüngeren Kindern ohne „Schmerzerfahrung“ besonders schwierig und stellt ein aggravierendes Moment dar. In der Therapie tritt sie für das Konzept eines modernen biosozialen Krankheitsmodells ein, das die große Varianz der Haupt- und Nebenursachen berücksichtigt. Sie plädiert für die bindende Verpflichtung zur kindlichen Schmerzerfassung und -therapie, da sich erlebter Schmerz als prägend für ein ganzes Leben dieser Kinder erweist.

Der Fallbericht beschäftigt sich mit einer ethisch brisanten Frage: der Therapiereduktion bei genetisch schwer geschädigten

Neugeborenen. Im vorliegenden Fall wird ein Kind mit Trisomie 18 (Edwards-Syndrom) unter Wissen und ausdrücklichem Wunsch der Eltern geboren. Welche medizinischen Maßnahmen sind für das schwerstgeschädigte Neugeborene, für das ein Überleben von wenigen Tagen oder Wochen prognostiziert ist, überhaupt sinnvoll? Wie klein müssen Überlebenschancen sein, um auf eine lebensverlängernde Therapie zu verzichten? Solche Situationen stellen für Eltern, Ärzte und das Pflegepersonal eine große Herausforderung dar, die nur dank einer medizinisch kompetenten, vorausschauenden und einfühlsamen Kommunikation zwischen diesen drei Personenkreisen gemeistert werden kann.

Häufig wird die Mutter mit dem Angebot konfrontiert, die Schwangerschaft vorzeitig zu beenden. Auch auf diese Frage – Was heißt es, die Menschenwürde in so einer dramatischen Situation zu achten? – geht der Fallkommentar von Enrique H. Prat (Ethik, IMABE) ein.

Weitere zwei Beiträge zu aktuellen Themen runden die vorliegende Ausgabe ab: Jakob Cornides (Jurist, Brüssel) diskutiert kritisch die in Österreich geplante Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes, wonach sich lesbische Paare via anonymer Samenspende einen Kinderwunsch erfüllen lassen könnten. Er zeigt die Konsequenzen und Hintergründe einer solchen Ausweitung auf.

Die Pharmakologin und Ethikerin Margit Spatzenegger legt die Problematik der Endokrinen Disruptoren (EDCs) dar. Mittlerweile werden EDCs u. a. von der Europäischen Umweltbehörde mit einer Reihe von gesundheitlichen Schädigungen des Menschen in Zusammenhang gebracht. Spatzenegger analysiert, welche Herausforderungen die Umwelt- und Tierethik für Lebensstil und Toxikologie bedeuten und plädiert für einen tugendethischen Ansatz.

F. Kummer

Susanne Kummer

Lebenshilfe statt Tötungslogik. Für eine neue Kultur des Beistands

For a New Culture of Assistance: Saving Lives Instead of Killing

Euthanasie oder Sterbehilfe: eine Sprachverschleierung

Euthanasie-Befürworter sprechen ungern von Euthanasie. Sie bezeichnen die beabsichtigte und gezielte Tötung eines Menschen euphemistisch lieber als „Sterbehilfe“. Zwei Rechtfertigungsgründe stehen dabei im Vordergrund: einerseits Motive der Barmherzigkeit und des Mitleids, etwa um jemandem „unnötiges Leiden“ oder ein „nicht mehr sinnvolles Leben“ zu ersparen – oder aber die Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht, wonach jeder sich frei und autonom zum Suizid entscheiden soll. Beide Begründungen zeigen eine offenbar gezielt betriebene Sprachverwirrung, die zu einer semantischen Veredelung führen soll. Auch die Verwendung des Wortes „Sterbehilfe“ für vorsätzliche Tötung kommt einer gefährlichen Sprachverschleierung gleich mit dem Ziel, Euthanasie gesellschaftsfähig zu machen.

Einige europäische Länder wie Belgien, die Niederlande und die Schweiz, haben bereits vor Augen geführt, wo diese Reise gesellschaftspolitisch endet: das Recht einer „Tötung auf Verlangen“ auch für Kinder in Belgien; in den Niederlanden dürfen Ärzte inzwischen auch Demente, Depressive und Neugeborene töten – 30 ambulante Todesteam und eine Lebensende-Klinik haben sich dort zusätzlich auf „aktive Sterbehilfe“ spezialisiert. In der Schweiz gibt es nun auch das Angebot eines „Altersfreitods“ für Pensionisten, die zwar an keiner lebensbedrohlichen Krankheit leiden, aber genug vom Leben haben. Der Sterbehilfe-Verein Exit will sich ab sofort gezielt um diese wachsende Klientel kümmern.

Jeder Mensch hofft auf ein menschenwürdiges Sterben. Doch ist der vorzeitige Tod als Dienstleistung für alle – Junge und Alte, Kranke oder lebens-

müde Gesunde, ausgeführt von staatlich geprüften Fachleuten – jene Zukunft des Sterbens, die wir uns wünschen? Echtes Mitleid zeigt sich nicht darin, den Leidenden zu beseitigen, sondern sein Leid zu lindern. Die Aufgabe des Arztes ist nicht Sterbehilfe im Sinne von Tötung, sondern Lebenshilfe im Sinne von Schmerzlinderung und Beistand.

Die Freigabe der Euthanasie ist ein Druckmittel auf Schwächere

Wer meint, ein Verbot der Euthanasie schränke die Autonomie des Individuums ein oder würde gar Ärzte zu einer Lebensverlängerung um jeden Preis zwingen, operiert mit einem wirklichkeitsfremden Autonomiebegriff bei Schwerkranken. Selbstverständlich gibt es einen ethisch und medizinisch berechtigten Behandlungsverzicht (wenn die Behandlung nutzlos ist, also keine Chance auf Heilung noch auf Lebensverlängerung besteht), oder das Abbrechen einer sinnlosen Therapie, die Möglichkeit, Sterben zuzulassen oder schmerzstillende Medikamente zu verabreichen, die als Nebenwirkung den Eintritt des Todes unter Umständen beschleunigen können. Gegen die direkte, also gezielte und absichtliche Tötung von Patienten zu sein, heißt nicht, einer Lebensverlängerung um jeden Preis das Wort zur reden. Das können in Palliativ Care geschulte Mediziner und Pflegekräfte aus der Praxis nur bestätigen.

Ist aber das Tabu der Tötung auf Verlangen einmal gebrochen, ist der Schritt zu einer gesellschaftlichen Normalität, die schließlich in eine soziale Pflicht mutiert, nicht weit. Kranke, schwache oder vulnerable Menschen fühlen sich in unserer dominierenden Leistungsgesellschaft ohnehin schon häufig als „Last“ für die anderen. Nun wächst der

gesellschaftliche Druck: Die Kosten an Kraft, Zeit und Geld, die ihr Zustand verursacht, sind plötzlich abhängig von ihrem freien Willen. Der Gedanke, dass sie das alles ja den anderen jederzeit ersparen könnten, schwingt stillschweigend mit oder wird anhand ökonomischer Kosten-Nutzen-Rechnungen illustriert. Der Pflegebedürftige gerät unter einen Rechtfertigungsdruck, aber auch ein Gesundheitssystem, das sich diese Pflege noch leistet. Wer möchte unter solchen Umständen weiterleben? Aus dem Recht auf den „begleiteten Selbstmord“ wird so eine Pflicht zum „sozialverträglichen Frühableben“.

Laut einer aktuellen Umfrage der Medizinischen Universität Graz und des IFES-Institut hat die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe im Sinne der Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid in Österreich stark abgenommen. Waren es 2010 noch 67% der Österreicher, die sich eine Tötung eines Patienten auf dessen Wunsch oder die Beihilfe zum Suizid vorstellen konnten, so ging diese Zahl 2014 auf 47% zurück.

Wer meint, es müsse jeder Generation demokratiepolitisch selbst überlassen werden, ob sie Tötung auf Verlangen erlaube oder nicht, argumentiert gefährlich. Der Schutz des Lebens ist ein vopolitisches Recht. Es steht also über der Demokratie, deshalb kann man darüber auch nicht abstimmen.¹

Die Heroisierung des selbstbestimmten Todes

In den allermeisten Fällen ist der Todeswunsch eines Patienten Ausdruck und Symptom einer schweren psychischen Krise. Von Freiheit und Selbstbestimmung in einer solchen Situation kann da keine Rede mehr sein. Erwin Ringel, bekannter österreichischer Psychiater und Suizidforscher, hat Selbstmörder generell als nicht zurechnungsfähig erachtet. Die Überhöhung der Autonomie und die Heroisierung des selbstbestimmten Todes übersieht die existentiell soziale Dimension des Menschen: seine fundamentale Angewiesenheit auf andere, sein Eingebundensein in Gemeinschaft. Suizid ist nicht bloß Privatsache. Kein Mensch wird für sich allein geboren, kein Mensch lebt für sich allein – und kein Mensch stirbt für sich allein. Es ist die mora-

lische Bankrotterklärung einer Kultur, die ihre Kompetenz im Umgang mit Leidenden verloren hat und im Rückzugsgefecht die legale Tötung als Befreiung feiert – selbst jener, die besonders vulnerabel und schutzbedürftig sind. Das Angebot des assistierten Selbstmords wäre der infamste Ausweg, den die Gesellschaft sich ausdenken kann, um sich der Solidarität mit den Schwächsten zu entziehen.

Todeswunsch aus ärztlicher Sicht und die Rolle der Medien

Ein Suizidgefährdeter will gar nicht dem Leben, sondern vielmehr dem Leiden entrinnen. Er oder sie will nicht nicht leben, sondern anders leben. Studien zeigen, dass das Hauptmotiv für den Todeswunsch nicht körperlicher Schmerz ist, sondern psychische Belastungen wie Depression, Hoffnungslosigkeit und Angst. Die Antwort auf Depressionen und Hoffnungslosigkeit kann aber nicht Tötung sein, sondern ruft nach medizinischer Hilfe, Beratung und Beistand. Der Todeswunsch ist häufig ein Hilfeschrei – und nicht die Forderung nach einem „kostenlosen Todesstoß“ (Axel W. Bauer). In einer Situation, wo gerade viele ältere Menschen vereinsamen, den sogenannten „Altersfreitod“ als Option anzubieten, halten Kritiker in der Schweiz für zynisch; diese werfe ein „düsteres Bild auf die Humanität unserer Gesellschaft“ (Ruth Baumann-Hölzle).

Während das Sterben weitgehend ein Tabuthema ist, berichten Medien geradezu euphorisch von einem „würdevollen“ und selbstbestimmten Tod, wenn Prominente heute Beihilfe zum Selbstmord in Anspruch nehmen. Studien belegen klar, dass dies bei gefährdeten Menschen einen Nachahmungseffekt auslösen kann (sog. „Werther-Effekt“). Die WHO hat deshalb 2008 eigene *Richtlinien zur Darstellung von Suizid in Medien* erlassen. Sie fordert darin Medienschaffende auf, sowohl eine „Sensationsprache“ als auch „normalisierende Darstellung von Selbstmord als Lösung für Probleme“ zu vermeiden, ebenso eine „prominente Platzierung von Geschichten über Selbstmord“ sowie eine „explizite Beschreibung der verwendeten Methode“.²

Ärzte haben keinen Auftrag als Tötungsgehilfen

Was soll aus einer Gesellschaft werden, in der Gesetze von Internisten, Palliativmedizinern oder Kinderärzten verlangen, Menschen zu töten? Dieser Vertrauensbruch ist durch nichts wettzumachen. Da hilft es auch nicht, von wenigen und streng durch Ärzte und Psychologen oder gar Ethiker geprüften gesetzlichen Ausnahmefällen zu sprechen. Es geht um ein Todesurteil. Wäre das etwa ein Argument für die Einführung der Todesstrafe – der Hinweis, es käme ohnehin nur einmal im Jahr zu einer Exekution?

Aus standesethischer Sicht ist für den Mediziner klar: Die ärztliche Unterstützung einer Selbsttötung ist nicht nur eine individuelle Angelegenheit, sondern trifft die gesamte Ärzteschaft. Niemals kann es Aufgabe des Arztes sein, den Tod als professionelle Dienstleistung anzubieten. Aus dem Recht auf Selbstbestimmung darf kein Recht auf Selbsttötung abgeleitet werden und schon gar nicht das Recht bzw. die Pflicht des Arztes zur Tötung seiner Patienten.

Die Identität des eigenen Berufsethos lassen sich Ärzte sicher nicht von außen aufkrotzieren, wie die Stellungnahmen der Österreichischen Palliativgesellschaft, der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin u.a. zeigen. Es wäre zu fragen, wie eine andere Berufsgruppe (z. B. die Polizei oder das Militär) reagieren würde, wenn man von ihnen verlangen würde, Selbstmordwillige zu exekutieren.

In Ländern mit Euthanasie-Tradition fühlen sich Ärzte außerdem zunehmend selbst als Herren über Leben und Tod, die Schwelle zur Tötungshürde sinkt: In einer von der niederländischen Regierung in Auftrag gegebenen Studie gaben Ärzte an, in 25% der Fälle aktive Euthanasie bei Patienten geleistet zu haben, die gar nicht darum gebeten hatten. Sie begründeten dies mit ihrer subjektiven Einschätzung einer „zu geringen Lebensqualität“ oder „unerträglichem Leiden“ des Patienten. Hier bahnt sich eine Herrschaft von Menschen über

Menschen an, die letztlich das Vertrauen zwischen Arzt und Patient, zwischen Patienten und Angehörigen, Eltern und Kindern zerrüttet.

Ein klarer Auftrag: Palliative Care, Hospiz und Kultur des Beistands

Der Auftrag ist klar: Was wir brauchen, ist eine neue Kultur des Sterbens und der Leidensbewältigung. Diese Kultur kann nicht darin bestehen, den Tod als professionelle Dienstleistung einzufordern. Hier schlägt die Sterbekultur in eine Kultur des Todes um. Dass die Debatte um die Legalisierung des Tötens auf Verlangen ausgerechnet dann geführt wird, wenn Österreich nach Ansicht von Experten noch nicht einmal seine Hausaufgaben in Sachen Palliativversorgung erfüllt hat, sorgt für Kritik. So müsste hierzulande erst einmal der Plan zur abgestuften Palliativ- und Hospizversorgung von 2004 umgesetzt werden. Während schon relativ viele Palliativbetten vorhanden sind, fehlt es noch an der mobilen Betreuung, hieß es bei der im April 2014 vom *Dachverband Hospiz* (DVHÖ) und von der *Österreichischen Palliativgesellschaft* (OPG) veranstalteten Enquete in Wien.

Eine Verankerung des Verbots von Tötung auf Verlangen in der österreichischen Verfassung wäre angesichts der erschreckenden Entwicklung einer eiskalten inneren Tötungslogik, die bereits in anderen europäischen Ländern um sich greift, ein deutliches Signal. Wir brauchen eine Kultur des Beistands – und keine Unkultur der Entsorgung.

Referenzen

- 1 Walterskirchen G., *Euthanasiedebatte: Übers Sterben kann man nicht abstimmen!* Die Presse, 1. 6. 2014
- 2 WHO, *Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals* (2008), http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

Reinhard J. Topf

Krebs: Die Überschätzung psychologischer Faktoren als Krankheitsursache

Cancer: The Overestimation of Psychological Factors as a Cause of Disease

Zusammenfassung

In der pädiatrischen Onkologie werden von den Eltern die ätiologischen Faktoren oft bei sich selbst oder in ihrer nächsten Umgebung gesucht. Es kommt zu einer teilweise außerordentlichen Überschätzung psychosozialer Faktoren. Die Folge sind einerseits schwere Selbstvorwürfe, andererseits wird immer wieder eine Suche nach einer „passenden alternativen“ Therapie ausgelöst, um die angeschuldigten Ursachen zu beseitigen. Die äußerst erfolgreiche klassische „schulmedizinische“ Behandlung, welche heute einem krebskranken Kind im Schnitt eine Überlebenswahrscheinlichkeit von ca. 85 % ermöglicht, wird aus diesen Überlegungen heraus in Zweifel gezogen. Dieser Beitrag versucht einerseits den psychologischen Hintergrund dieser Situation zu beleuchten, andererseits mögliche Argumentationshilfen für die Gesprächsführung in der Betreuung dieser Familien anzubieten.

Schlüsselwörter: Pädiatrische Onkologie, Psychoonkologische Überlegungen, Elternbetreuung, Ätiologie von Tumorkrankheiten, Systematische Wahrnehmungsfehler

Abstract

Quite often the parents of children with pediatric malignancies see themselves as a cause of the disease. This phenomenon originates from an overestimation of psychological factors. Consequently, parents of these children develop an attitude of heavy self-reproach, which compels them to search for “suitable alternative” treatments. Drawing from these considerations, they question today’s highly successful, classic “conventional medicine” treatment, which has a long-term success rate of 85% among cancer-stricken children. This article attempts to shed light on the psychological background of this phenomenon and offers possible talking points for discussions regarding the care of such families.

Keywords: pediatric oncology, psycho-oncological considerations, parental care, etiology of cancer, systematic error in perception

Dr. Reinhard J. Topf
Leiter der Psychosozialen Abteilung
St. Anna Kinderspital
Universitätsklinik für Kinder- & Jugendheilkunde
Medizinische Universität Wien
Kinderspitalgasse 6, A-1090 Wien
reinhard.topf@stanna.at

Verhältnis von Tumorerkrankungen im Erwachsenenalter und im Kindesalter

Es gibt ein seltsames Phänomen, wenn man Menschen spontan fragt, wie häufig kindliche Krebserkrankungen jährlich im Altersbereich vom 1. bis zum 18. Lebensjahr auftreten. Fast alle Menschen überschätzen zum Teil die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Krebs im Kindes- bzw. Jugendalter um das Zehn- bis Tausendfache. Der Autor hat es sich seit Jahren zur Gewohnheit gemacht, bei Vorträgen oder Aufklärungsgesprächen mit Eltern von krebserkrankten Kindern nach den Schätzungen der Gesprächspartner zu fragen. Die Schätzungen gehen dabei in der Regel von 1.000 bis 300.000 neu erkrankten Kindern jährlich in Österreich aus. Es tritt immer ein erhebliches Erstaunen ein, wenn man in der Folge die tatsächlichen Zahlen nennt: auf ungefähr 1,8 Millionen Kinder und Jugendliche in Österreich erkranken jährlich ungefähr 220 bis 260 Kinder neu.¹ Das macht auf 100.000 Kinder einer Bevölkerung ungefähr 12 bis 14 neuerkrankte Kinder pro Jahr. Diese Zahl ist übrigens in allen Staaten, bei denen es valide und transparente statistische Aufzeichnungen gibt, ähnlich.² Man könnte sagen, dass es ein Rätsel ist, wie bemerkenswert gleichförmig gleichverteilt über Jahrzehnte diese Erkrankungsrate ist.

Erklärungen der Überschätzung

Wie ist diese massive Überschätzung psychologisch zu erklären? Zum einen wahrscheinlich durch die Medienpräsenz der Krankheitsgeschichten krebserkrankter Kinder, welche den meisten Personen den Schluss nahelegt, es sei eine sehr oft auftretende Krankheit. Zum anderen aber sicherlich durch einen Generalisierungseffekt: Es wird von den eigenen Erfahrungen mit Erwachsenen, welche an Krebs erkrankten, auf die Kinder geschlossen. In Österreich treten jährlich bei ungefähr 38.000 Menschen Krebserkrankungen auf.³ Rechnet man diese Zahl auf das Lebensalter eines Menschen um, kann man das Lebenszeitrisiko bestimmen. Dieses liegt für Männer bei ca. 31%, für

Frauen bei ungefähr 24%, d. h. jede 3. bis 4. Person muss damit rechnen, von einer Krebserkrankung betroffen zu werden.⁴ Das bedeutet auf eine statistisch durchschnittliche Familie heruntergerechnet, dass bei dieser vorher erwähnten Inzidenz jede Kernfamilie zumindest zweimal, wenn nicht sogar dreimal, im Zuge der Spanne von 75 Jahren statistisch von einer Krebserkrankung betroffen sein könnte. Zugrunde gelegt wäre bei dieser Rechnung die Kernfamilie eines Kindes mit den Eltern und seinen Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits.

Dramatisiert man diese Rechnungen um die jährlichen ungefähr 20.000 Todesfälle, die auf Krebserkrankungen zurückzuführen sind,⁵ so wird deutlich, dass Krebserkrankungen üblicherweise gedanklich eng mit dem Tod assoziiert sind.

Die Zahlenspiele lassen außer Acht, dass sich im Zuge von 75 Jahren sowohl bei der Häufigkeit als auch bei der Mortalität sicherlich Änderungen ergeben werden. So sind heute bereits viele Krebsarten heilbar, bei denen vor Jahren noch wenig Hoffnung auf ein Überleben bestanden hat. Die Schulmedizin ermöglicht heute einem krebserkrankten Kind im Schnitt eine Überlebenschance von ca. 85%.⁶ Bei den derzeitigen Fortschritten der Medizin kann daher von einer weiteren Verbesserung der Situation ausgegangen werden.

Die sinnlichen lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit Krebs hängen des Weiteren vom Alter der Eltern der krebserkrankten Kinder ab. Da besagt wiederum die Statistik, dass die Wahrscheinlichkeit, von Krebserkrankungen betroffen zu werden, mit dem Alter steigt.⁷ Das heißt, dass sehr junge Eltern möglicherweise noch keine eigenen Erfahrungen mit den Folgen einer Krebserkrankung bei sich oder den Generationen davor gemacht haben. Ab einem Lebensalter der Eltern von ungefähr 45 Jahren aufwärts, steigert sich die Wahrscheinlichkeit enorm, mit Krebserkrankungen aus dem eigenen Personenkreis Bekanntschaft zu machen.

Die Rechnungen helfen in der Regel dem Psychologen in der Gesprächsführung mit Menschen,

um plausibel zu machen, dass fast jeder Mensch im Zuge seines Lebens mit Tumorerkrankungen in unmittelbarer Nähe Erfahrungen machen wird bzw. schon gemacht hat.

Die genannten konkreten Erfahrungen werden reflexartig auf die Häufigkeit bei Kindern übertragen und führen zu massiven Überschätzungen. Diese Wahrnehmungsverzerrungen der realen Verhältnisse haben nicht nur theoretische Auswirkungen auf das Seelenleben von Menschen, sondern auch praktische, wenn Elternteile mit einer Krebserkrankung ihres Kindes konfrontiert werden. Die Überschätzung der Häufigkeit bewirkt leicht eine Fehlinterpretation der Ursachen, da die Schlüsse aus dem jeweiligen Lebenszusammenhang eines Menschen genommen werden. Wie später noch kurz angesprochen, ist diese Vorgehensweise bei Erklärungsversuchen zur Entstehung von Krebserkrankungen bei Erwachsenen teilweise gar nicht so unrichtig – dort können tatsächliche gewisse Lebensweisen (z. B. Rauchen, Übergewicht, Alkoholkonsum, usw.) das Risiko für eine Erkrankung erhöhen.⁸

Ursachenerklärungen und deren Folgen

Nicht wenige Personen, insbesondere Eltern krebskranker Kinder, beginnen nach der Diagnosestellung eine intensive Ursachenforschung, wobei sich zeigt, dass die Mütter hier besonders intensive Anstrengungen unternehmen. Diese Ursachenklärung ist natürlich subjektiv, da sie regelhaft aus der eigenen Lebensgeschichte mit dem Kind erfolgt. Man spricht in der Psychologie deswegen auch von „subjektiven Krankheits- und Gesundheitserklärungen“.⁹

Die Eltern gehen im Grunde logisch vor, indem sie alle für sie selbst möglichen naturwissenschaftlichen und lebensgeschichtlichen Vorstellungen als Erklärungen heranziehen. Sie kommen dabei dem untenstehenden Modell (vgl. Abb. 1) von Christoph Hürrny (1986) sehr nahe, der in einem Modell zur Entstehung von Karzinomen versucht hat, die möglichen Ursachen systematisch darzustellen. Dieses Modell wird als theoretisches allgemeines Konstrukt für psychoonkologische Fragestellungen noch immer herangezogen.¹⁰ Insbesondere die in der wissenschaftlichen Psychoonkologie direkten psychosozialen postulierten Faktoren werden aber

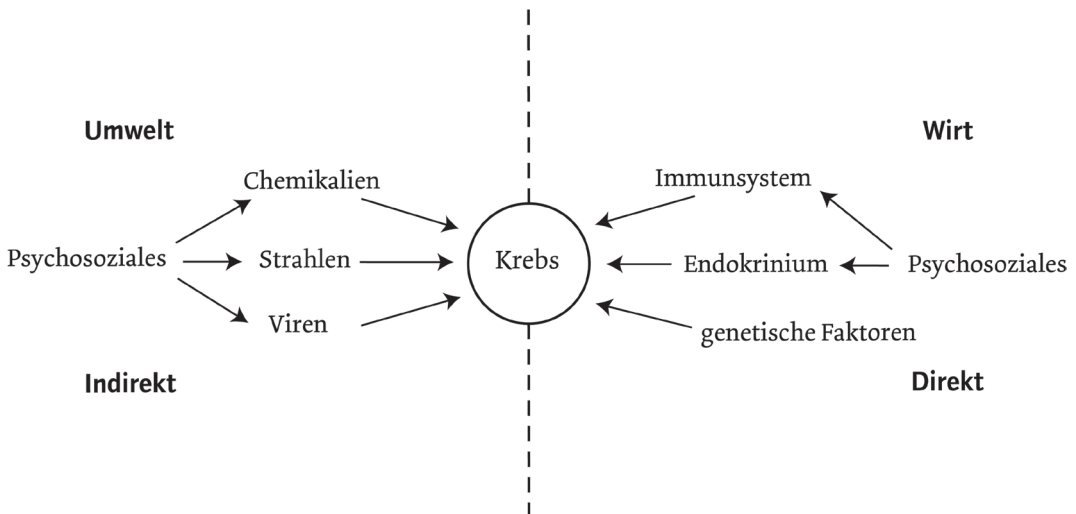


Abb. 1: Krebskrankheit. Multifaktorielle Karzinogenese. Grafik aus Hürrny Ch. (1986).¹² Das Modell postuliert, dass psychosoziale Faktoren indirekt durch unangepasstes Verhalten oder direkt (als Stressoren oder Persönlichkeitscharakteristika) auf die Krebsentstehung einwirken.

schon seit längerem aus nachvollziehbaren methodischen Gründen heftig kritisiert und als unwissenschaftlich abgeurteilt.¹¹ Die diesbezüglichen Vorstellungen halten sich allerdings hartnäckig. Der Hintergrund hängt wahrscheinlich mit dem unten ausgeführten Bedürfnis des Menschen nach Sinngebung dramatischer Ereignisse zusammen (vgl. weiter unten das „Prinzip der Nachträglichkeit“).

Die individuelle Ursachenforschung der Eltern soll das Verständnis für die eigene Vergangenheit erhöhen, um die zukünftige Lebensplanung besser steuern zu können. Viele Personen versuchen, durch das Verständnis der Vergangenheit die Kontrolle über die Zukunft zu erlangen. Im Grunde geht es bei diesen Fragen für die Eltern immer nur um die eine alles entscheidende Frage: „Wenn ich wüsste, wie der Tumor bei meinem Kind entstanden ist, könnte ich einen möglichen Rückfall vielleicht verhindern“. Die subjektiven Erklärungen haben somit Auswirkungen auf die angedachten Handlungsmöglichkeiten einer Familie bezüglich der Beseitigung angeschuldigter Ursachen. Sie beeinflussen in der Folge die Compliance des Patienten und der Familie mit dem Spital, da je nach angeschuldigter Ursache die Methode zur Behandlung gesucht werden wird, die Hoffnung auf Heilung verspricht. Methoden, die vorgeben, sie seien in der Lage, die verursachenden Faktoren zu eliminieren bzw. aufzulösen, sind damit für Betroffene attraktiv. Andere Methoden, die nur versprechen können, die Folgen zu beseitigen, können somit unter Umständen weniger anziehend sein als die vorhergenannten.

Man stelle sich vor, jemand hätte in der Erklärung ein eindeutiges psychosomatisches Konzept vor Augen. Diese Person würde natürlich die verabreichte Chemotherapie anders erleben, vielleicht eher ablehnen, da die chemotherapeutische Behandlung ja nicht an die Wurzel des Übels herankommt, sondern lediglich auf die Beseitigung der malignen Zellen abzielt, also symptom-orientiert im Therapieansatz ist. Es ist anzunehmen, dass diese Person eher psychologischen Therapiekon-

zepten gegenüber aufgeschlossener wäre, die von einer seelischen Traumatisierung des Kindes im Vorfeld, beispielsweise durch eine Scheidung der Eltern, ausgingen und diese kausal für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich machen würden. Die Therapie wäre dann logischerweise in der Bemühung zu sehen, die traumatisierenden psychosozialen Verhältnisse zu beseitigen. Es wäre in diesem Falle naheliegend, alternative psychologische Therapiekonzepte zu suchen, die Heilung auf der psychosozialen Ebene versprechen würden. Zweifel an der chemotherapeutischen Behandlung wären unter diesem Aspekt folgerichtig.

Aus der Erfahrung zeigt sich tatsächlich, dass manchmal die Überlegungen der Eltern, die eine schulmedizinische Therapie des Kindes ablehnen, auf solchen psychologischen Konzepten beruhen. Wie die klinische Erfahrung lehrt, hat eine alternative psychologisch orientierte Therapie ein krebskrankes Kind nie geheilt. Die sogenannten alternativen Therapien gibt es schon sehr lange Zeit, sie waren allerdings in diesem Bereich der Medizin schon immer machtlos. Der Durchbruch in der Heilung ist erst in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts durch den Einsatz der chemotherapeutischen Therapie erzielt worden. Davor ist der Tod des Kindes sehr wahrscheinlich gewesen.¹³

Diese Erkenntnis ist für alternativ-medizinisch orientierte Eltern bitter, da sie dadurch den Therapieansätzen der naturwissenschaftlichen Medizin mehr oder weniger ausgesetzt sind. Dieser naturwissenschaftliche Standpunkt ist logischerweise den meisten Eltern aus dem unmittelbaren eigenen Erfahrungshorizont nicht zugänglich, sondern kann ihnen nur im Rahmen der medizinischen Aufklärung vermittelt werden. Bei einer sehr ambivalenten Haltung der sogenannten „Schulmedizin“ gegenüber, ist der Zweifel an den Ausführungen der Ärzte allerdings schnell vorhanden. Es kann zu fatalen Auswirkungen auf den Behandlungsvertrag und zu massiven Kooperationsproblemen kommen – im schlimmsten Fall zum Behandlungsabbruch. Ich werde unten einen

Fall vorstellen, bei dem diese Einstellung fast den Tod des Jugendlichen herbeigeführt hat.

Es gibt aber auch Erklärungen von Eltern in Richtung einer direkten Vererbung, entsprechend dem Modell von Hürny (vgl. Abb. 1) wäre dies ein „direkter Faktor“. Diese Vorstellung kann zu einer überwertigen Ursachenerklärung führen, welche konkrete Auswirkungen zum Beispiel auf die Familienplanung haben kann: So werden unter Umständen keine weiteren Kinder mehr gezeugt, da gefürchtet wird, es könnte zu einem neuerlichen Auftreten der Krankheit bei einem weiteren Kind kommen. Statistisch gesehen ist dies aber genauso selten wie eine Neuerkrankung eines Kindes.¹⁴ Diese Angst vor einem möglichen „zweiten Schicksalsschlag“ durch eine Zweiterkrankung eines Kindes ist in Familien, in denen schon häufiger eine Krebserkrankung aufgetreten ist, häufiger aufzufinden. Es ist nachvollziehbar, dass die Frage nach einer schlechten genetischen Ausstattung in so einer Situation schneller gestellt wird. Die Auswirkung solcher Überlegungen kann bedenklich werden, wenn einzelne Mitglieder angeschuldigt werden, Träger „schlechter Genetik“ zu sein und in der Folge diskriminiert werden. Intensive medizinische Aufklärung ist in diesen Fällen dringend notwendig.

Eine andere Folge einer subjektiven Ursachenerklärung kann in Richtung der Schädlichkeit von sogenannten „Erdstrahlen“ gehen. Diese Erklärungen sind vor allem bei Familien aus dem ländlichen Bereich verbreitet und können in der Folge ebenfalls zu massiven Eingriffen in familiäre Systeme führen. Sind solche Vorstellungen vorhanden, kommt es zur Konsultation eines Energetikers, meistens eines sogenannten „Wünschelrutenkundigen“, der dann zu Hilfe gerufen wird. Dieser findet erfahrungsgemäß immer an zwei Orten des Hauses, in welchem das erkrankte Kind lebt, etwas: nämlich beim häufig benutzten Sitzplatz am Esstisch und beim Bett des Kindes. Der Autor hat in seiner Betreuungstätigkeit noch nie gehört, dass sogenannte „Kreuzungsadern von unterirdischen Erdströmungen“ im Bad, auf der Toilette oder an

einem anderen viel frequentierten Ort des Hauses gefunden worden wären. Ergänzt sei weiters noch, dass der Autor noch nie von Familien gehört hat, bei denen der Energetiker bei einer Konsultation nichts gefunden hätte.¹⁵ Die Eltern sind aber in der Folge bereit, hohe finanzielle Lasten auf sich zu nehmen, um ihre Häuser oder Wohnungen entsprechend den Anweisungen des Energetikers zu adaptieren. Das verständliche Motto ist: Es soll alles versucht werden, um das Überleben des Kindes langfristig zu sichern.

Für den wichtigsten Bereich der Ursachenerklärungen halte ich allerdings die bereits oben erwähnten direkten oder indirekten psychosozialen Vermutungen der Eltern, da sie die weitreichendsten Auswirkungen sowohl auf die weitere Lebensplanung, die subjektive Aufarbeitung der Krankheit und auf das Vertrauen in die Behandlung des Kindes haben.

Nicht selten erlebt man in der Betreuung von Familien mit einem krebserkrankten Kind abwehrend-ängstliche Reaktionen von Eltern in Bezug auf eine psychologische Betreuung, die sich als Überschätzungen der psychologischen Faktoren herausstellen. Manche Mütter formulieren im Verlauf der Betreuung, das Auftreten eines Psychologen zu Beginn der Diagnosestellung hätte reflexartig ihre inneren Sorgen und Nöte in Bezug auf ihre eigenen Phantasien über die seelischen Ursachen bestätigt. Nachdem diese Mütter sich regelhaft selbst anschuldigen, ist das Erscheinen eines klinischen Psychologen für sie auf einer mehr oder weniger unbewussten Ebene eine Bestätigung ihrer inneren Annahmen und kann zu einer Ablehnung von psychologischer Konsultation führen, da sie sich „aufgedeckt“ fühlen können. Gelingt es, diese verständliche Abwehrreaktion durch das Gespräch zu überwinden, kann diesen Eltern durch die psychologische Aufklärung im Gespräch recht gut geholfen, seelische Erleichterung und Entlastung geschaffen werden.

Es ist aber auch eine gegenteilige Reaktion, als die oben beschriebene, möglich. Manche Eltern erheben Vorwürfe, warum die Behandlungsstra-

terie im Krankenhaus nicht psychosomatischer orientiert sei, da doch alles für eine seelische Erkrankung spreche. Erst wenn es gelingt, in den medizinischen und psychosozialen Aufklärungsgesprächen diesen Personen die Begründungen nachzureichen, dass eine solche konzeptuelle Ausrichtung eines Betreuungskonzeptes in der pädiatrischen Onkologie geradezu ein „Kunstfehler“ wäre, da er psychosomatische Ursachen suggerieren würde, wo keine seien, kommt es zu einem spürbaren Aufatmen der betroffenen Eltern.

Das Prinzip der Nachträglichkeit: Die Eltern

Ausgelöst durch die Konfrontation mit dem möglichen Tod des Kindes wird – wie bereits oben dargestellt – sowohl im Patienten (allerdings je nach Alter unterschiedlich) als auch in den Angehörigen ein in die Vergangenheit gerichteter Prozess ausgelöst, der als Ziel das Verständnis der Gegenwart hat.¹⁶

Es wird die Kette der Gedankenverbindungen, die mit dem eigenen Leben, dem Kind, der Krankheit „Krebs“ und dem Bereich „Tod und Sterben“ in Verbindung sind, rückwirkend überprüft und neu bewertet. Die Vergangenheit gewinnt somit nachträglich eine neue Bedeutung und wird neu strukturiert. In dem von S. Freud¹⁷ formulierten seelischen „Prinzip der Nachträglichkeit“ liegt der Versuch der Seele, die „Lücken“ in den gedanklichen Verbindungen mit neuen Konstruktionen zu überbrücken und losgelöste Affekte neuerlich zu binden. Nicht nur die realen Begegnungen mit schwerer Krankheit spielen somit eine Rolle, sondern auch die unbewussten Phantasien der Vergangenheit zu diesen Themenkomplexen werden aktiviert und spielen in der Bewältigung der Gegenwart eine bedeutsame Rolle. So kann es sein, dass eine Mutter schon immer ambivalent dem Kinderwunsch gegenüber gestanden ist. Möglicherweise war sie vom Zeitpunkt der Schwangerschaft mit dem Kind überrascht und hätte diese lieber später gehabt. Es wäre nicht überraschend, wenn in dieser Situation eine Mutter den Gedanken an eine

Abtreibung des Kindes gehabt hätte. Auch wenn sie sich letztendlich doch für das Leben des Kindes entschieden hat, wäre in ihrem Unbewussten diese Ambivalenz eingeschrieben.

Dazu ein Fallbeispiel:¹⁸ Nach der Diagnosestellung einer Leukämie bei ihrem Sohn bricht die Mutter mit streng katholischem Hintergrund im ärztlichen Gespräch zusammen. Es bricht aus ihr heraus, dass sie dieses Kind nur schweren Herzens geboren habe. Das Kind sei ein sogenannter „Nachzügler“ gewesen – sie habe sich nach den drei anderen Kindern bereits zu alt gefühlt, um sich nochmals den Beschwerden einer Schwangerschaft und einer weiteren Erziehungsaufgabe zu stellen. Auch habe sie Angst vor den finanziellen Folgen des weiteren Kindes auf die Familie gehabt. Ihr Mann habe ebenfalls zögerlich reagiert. So habe sie ernsthaft daran gedacht, das Kind abtreiben zu lassen. Und dies, obwohl sie selbst sehr religiös sei und der Gedanke daran sofort schwere Schuldgefühle in ihr ausgelöst habe – nur der Gedanke an eine Abtreibung alleine sei ja bereits eine schwere Sünde. Letztendlich habe sie sich deshalb doch für die weitere Schwangerschaft entschieden. Die Diagnose „Leukämie“ erlebe sie jetzt aber als die gerechte Strafe Gottes wegen ihrer damaligen Gedanken. Sie werde wahrscheinlich nun für diese sündigen Gedanken von Gott bestraft. Im Gespräch schreit sie weinend auf: „Aber was kann mein ‚Bua‘ (= Sohn) dafür, dass ich damals gesündigt habe?“. Sie könne es nicht fassen, welches Leid sie ihrem Sohn jetzt in der Gegenwart wegen der damaligen schweren Sünde durch die Chemotherapie auferlege. Diese dramatische Szene ist nicht untypisch für die nachträgliche Interpretation der Vergangenheit nach einer Diagnosestellung bei Kindern.

Es treten die von mehreren Autoren¹⁹ beschriebenen zwei Funktionen der Nachträglichkeit ein. Es kommt einerseits zu einer Nachwirkung vergangener realer und phantasierter Ereignisse, andererseits zu einer Neuinterpretation der Vergangenheit selbst. Das „Prinzip der Nachträglichkeit“ stellt somit einen umfassenden seelischen Selbstheilungs-

vorgang dar. Vielleicht beschreiben Eltern genau diesen Vorgang, wenn sie manchmal sagen, ihr Leben und ihre Lebenseinstellung haben sich durch die Erkrankung ihres Kindes grundlegend geändert.

Betrachtet man die formale Wirkweise und Logik des „Prinzips der Nachträglichkeit“ genauer, so merkt man, dass diese übergeordnete Struktur in unserer Seele selektiv und nach dem Ähnlichkeitsprinzip vorgeht.²⁰ Es werden nämlich jene Ereignisse in Bezug auf das Kind, welche als kausal verursachend für die Diagnose „Krebs“ gelten könnten, aus der Vergangenheit ausgesucht. „Aug’ um Aug“, „Zahn um Zahn“ lautet das älteste Rechtsprinzip – das Talionsprinzip –, welches hier immer wieder zur Anwendung kommt.

Jene kritischen Lebensereignisse im Leben der Eltern gewinnen an Bedeutung, von welchen sie meinen, sie hätten traumatisierenden Charakter auf das Leben des Kindes gehabt und hätten dadurch mit einer Langzeitverspätung in der Gegenwart den Ausbruch des malignen Geschehens verursachen können. Aus ihrer inneren Verflochtenheit mit dem Kind werden jene Ereignisse um das Kind, bei denen sich die Eltern ein eigenes Versagen unterstellen, neu bewertet und nachträglich kausal für das Entstehen der malignen Krankheit verantwortlich gemacht. Im Gegensatz zur Medizin und einer naturwissenschaftlichen Auffassung von Krebserkrankungen gehen die Eltern deshalb in der Regel von psychosomatischen Zusammenhängen aus.

Die Folge sind schwere Schuldgefühle und Selbstvorwürfe der Eltern. Ereignisse oder auch Phantasien, die sich Eltern im Nachhinein zum Vorwurf machen, sind z. B. Fragen eines ambivalenten Kinderwunsches und mögliche Abtreibungsvorstellungen, Schwierigkeiten um die Schwangerschaft und Geburt, Ambivalenzen in der Elternliebe im Zuge der Erziehung, frühe Berufstätigkeit nach der Geburt usw. Je mehr die vergangenen Geschehnisse oder damaligen Phantasien mit dem Tod in Verbindung gebracht werden, umso mehr wirkt das Talionsprinzip und umso heftiger sind

die Schuldgefühle. Der Grundstein für Selbstmordgedanken nach dem Ableben eines Kindes liegt hier verborgen. Die Eltern fühlen sich in einem derartigen Ausmaß schuldig, dass ein Weiterleben nach dem Tod des Kindes nicht mehr denkbar und der eigene Tod als gerechte Strafe für ihr selbst unterstelltes elterliches Versagen erscheint. Das Motto lautet dann: „Ich bin bereit, mit meinem Leben für dein Leben zu bezahlen, mein Kind!“. Und ein weiterführender innerer Dialog könnte lauten: „Und so bin ich dann mit dir im Tode vereint...!“

In der klinischen Praxis zeigt sich, dass Mütter offensichtlich aufgrund der biologischen und psychosozialen engeren Verbundenheit mit dem Kind stärker von den Folgen des „Prinzips der Nachträglichkeit“ betroffen sind als Väter. Sie reagieren als „Leibärztinnen“ des kranken Kindes mit einer intensiven Ursachenforschung ähnlich wie ein Arzt, der zu einer Diagnose kommen will, damit er die richtige Behandlung einleiten kann. Naturgemäß suchen die Mütter dabei nach den Ursachen aus dem Lebenszusammenhang mit dem Kind und weniger in objektiven Bedingungen.²¹

Das Prinzip der Nachträglichkeit: Das Kind

Wie sehr sich die Kinder als Patienten, bedingt durch die Diagnosestellung, mit ihrer Vergangenheit beschäftigen, hängt sehr vom Entwicklungsstand und Lebensalter des Kindes ab. Je jünger Kinder sind, desto egozentrischer sind sie in ihren Erklärungen. So kann es sein, dass beispielsweise ein 5-jähriges Kind die Erkrankung mit seiner Essenseinnahme in Verbindung bringt und den behandelnden Arzt fragt, ob die Krankheit deswegen gekommen sei, weil es unregelmäßig Gemüse gegessen habe. Die Mama habe ja immer gesagt, „wenn du nicht gesund isst, wirst du noch krank werden!“²² Überhaupt muss an dieser Stelle daran erinnert werden, dass die Interpretationen von der Entstehung der eigenen Krankheit stark an die Entwicklung des Todesbegriffes beim Kind gebunden sind.²³ Nachdem Kinder erst um das 14. Lebensjahr einen ähnlichen Todesbegriff wie Erwachsene ha-

ben, räumt man ihnen ab diesem Alter inzwischen fast die gleichen Rechte und Pflichten wie Erwachsenen ein. In dem Altersbereich davor bewegen sich die Erklärungen auf einem recht anschaulichen Niveau.²⁴ Rechtlich nennt man diese Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren „mündige Minderjährige“.²⁵ Man unterstellt einerseits eine noch beschränkte Einsichts- und Urteilsfähigkeit, stellt sie aber andererseits fast auf die gleiche Ebene wie mündig Erwachsene. Im klinischen Alltag ist allerdings zu beobachten, dass die Frage nach der Entstehung der Erkrankung die Kinder offensichtlich insgesamt viel weniger interessiert als die betreuenden Erwachsenen. Meistens nehmen die Kinder die Ereignisse recht pragmatisch hin, wollen wissen, wie sie wieder gesund werden können und konzentrieren ihre Kräfte auf den Überlebenskampf.

Bei mündigen Minderjährigen kann sich allerdings im Einzelfall die Frage der Zustimmung zur Therapie zu einem äußerst dramatischen Verlauf der Behandlung entwickeln, wie anhand eines Fallbeispiels anschließend dargestellt wird. In diesem Fall hat der betroffene Jugendliche eine psychosomatische Vorstellung seiner Krankheit entwickelt und verweigert vorerst die Therapie.

Fallvignette: Es handelt sich um einen 17jährigen jungen Mann – rechtlich gesehen also um einen mündigen Minderjährigen –, welcher mit seinen Angehörigen von der chirurgischen Abteilung eines anderen Krankenhauses zur chemotherapeutischen Behandlung mit der Diagnose B-Zell-Lymphom zugewiesen wird. Der Tumor wächst im linken Nackenbereich, hat den Epiduralraum bereits befallen und eine Größe von 25 cm im Durchmesser; ein hoher Querschnitt droht. Es zeigt sich in der Folge, dass der Patient gemeinsam mit den Eltern die klassische Tumorthherapie bereits seit über einem Jahr in einem anderen österreichischen Landeskrankenhaus abgelehnt hat; den Angeboten der klassischen medizinischen Behandlung wird nicht geglaubt. Die in Wien in weiterer Folge vom Patienten und seinen Eltern angedachte Operation soll hauptsächlich die Tumormasse ohne den Einsatz

von Chemotherapie entfernen, was von den aufgesuchten Ärzten dieser chirurgischen Abteilung verweigert wird. Im Zuge dieser Fallbesprechung wird lediglich auf den Teil der Fallgeschichte eingegangen, der notwendig ist, um die Motivation des Jugendlichen zu verstehen.

Die klassische Behandlungsstrategie (Chemotherapie, dann operative Tumorentfernung und postoperative Chemotherapie) wird bei uns ebenfalls abgelehnt; der Patient und zum Teil auch seine Eltern sind der Überzeugung, der Tumor sei durch Stress ausgelöst worden. Die Größe des bestehenden Tumors wird als Erfolg der bereits bestehenden alternativen Tumorthherapie gesehen: Das sogenannte Austreiben des Tumors sei – wie man an der Größe des Tumors sehe – ja erfolgreich gewesen. Es müssten immer die zugrundeliegenden Ursachen beseitigt werden, um zu einer Heilung zu kommen. Nähere Details werden zu dem Zeitpunkt noch nicht genannt. Da alle Gespräche, die auf einen Behandlungsvertrag abzielen, auch bei uns scheitern, werden wegen der bestehenden Lebensgefahr sowie dem drohenden Querschnitt die Behörden eingeschaltet und gebeten, die Urteils- und Einsichtsfähigkeit des jungen Mannes zu prüfen. Diese schwerwiegende Maßnahme wird in der weiteren Folge von den Eltern und dem Patienten selbst als positiv gewertet werden; sie erzählen später, sie „hätten sich in der Kommunikation miteinander sehr verstrickt gehabt – so sei durch diese Intervention vieles deutlicher und klarer geworden“. Das Familiengericht entschied in der Folge nach Bestellung eines psychiatrischen Gutachters, der Patient sei einsichts- und urteilsfähig und könne über sein Leben entscheiden. Der Patient weitet seine alternativen Heilverfahren in der Folge weiter aus, kommt erst nach einem halben Jahr wieder zu uns, nachdem der Tumor aufgebrochen und exulzeriert ist; er entwickelt schnell eine schwere lebensbedrohliche Sepsis, die einen Aufenthalt auf der Intensivstation notwendig macht. Inzwischen ist er volljährig geworden. Erst jetzt, angesichts der unmittelbaren erlebten Bedrohung seines Lebens bzw. auch der

großen Schmerzen im Tumorbereich, lässt sich der Patient auf mehr ein. Er ist zu tiefergreifenden Gesprächen bereit und willigt in eine klassische Tumorbehandlung ein, die ihn letztendlich langfristig heilt. Der hohe Querschnitt kann verhindert werden. Inzwischen ist er wieder gesund.

Psychosoziale Trias für eine Bereitschaft zu einer alternativen Tumorbehandlung

In den von ihm und den Eltern geforderten und gut angenommenen psychologischen Gesprächen zeigt sich die klassische psychosomatische Trias eines alternativen Systems:

1. Die Familie steht schon seit längerem aufgrund eigener Erfahrungen zur „Schulmedizin“ in einem hoch ambivalenten Verhältnis und schildert mehrere Beispiele aus dem eigenen Leben, bei denen die sogenannte klassische Medizin „versagt“ habe. Insbesondere hätten unangenehme Erfahrungen mit der Schulmedizin im Zuge der Behandlung einer Tumorerkrankung eines inzwischen verstorbenen Großelternteils die Glaubwürdigkeit von Ärzten weiter angegriffen.
2. Die Vorstellungen über die Entstehung organischer Krankheiten sind psychologisch verbrämt; jede Krankheit wird als Ausdruck der Seele genommen. Die Ideen zur Entstehung der Tumorerkrankung folgen dabei immer einer klassischen Linie der Erklärung: Es habe im Körper einen schweren seelischen Stress gegeben, der traumatischen Charakter auf das Immunsystem gehabt habe. Bedingt durch das angeschuldigte Trauma sei das Immunsystem derartig geschwächt worden, dass die eigene Immunabwehr versagt habe und die Tumorzellen nicht mehr vernichtet hätten werden können. Der Tumor sei somit ein Zeichen der Seele. Das Motto ist dabei üblicherweise: „Was einen gekränkt hat, macht einen krank!“. Die weiteren metaphorischen Aussagen gleichen sich wiederkehrend und regelhaft: „Was einen kränkt, frisst einen auf!“ Viele dieser Theorien

gehen dabei laienhaft von einem durch psychosoziale Umstände auszulösenden sogenannten „Selbstmordprogramm“ des Körpers aus. Der Fluss der inneren Kräfte, gleichbedeutend mit den „Säften“, sei durch diese Kränkung gestört worden und müsste durch geeignete psychologische Maßnahmen harmonisiert werden. Diese Zeichen müssten entschlüsselt werden, um zu einem Verständnis der Verletzung und zu einer Heilung zu kommen.

3. Um den Kontakt mit der Schulmedizin abzubrechen, muss es in der Regel schon einen Zugang zu einem alternativen Heilsystem und berechtigte Hoffnung auf Heilung durch dieses System geben. In der Begründung der Ablehnung der klassischen naturwissenschaftlichen Medizin werden den Vertretern dabei zwar einerseits große Erfolge mit ihren Methoden zugestanden, andererseits wird ihnen aber auch oft eine „seelenlose Vorgehensweise und Medizin“ unterstellt. Auch bei der Familie unseres Fallbeispiels gibt es diese Bahnungen aufgrund der vorher angedeuteten Krankheiten. Diese sogenannten alternativen Schulen sind in ihrer Denkstruktur in der Regel ähnlich aufgebaut und stehen somit dem Denken des betroffenen Menschen näher. Zu beobachten ist dabei erstaunlich oft, dass dann im Nachhinein selbst der möglicherweise erfolgte Tod als „naturgegeben und schicksalhaft“ angenommen wird. Der Hader mit den alternativen Methoden hält sich in Grenzen; die eigene Wahl der Methode scheint mildernd zu wirken.

Bei unserem Patienten stellt sich in der Folge durch die psychologische Anamnese und Betreuung heraus, dass er im Vorschulalter an sich selbst eine psychologische Veränderung durch die Geburt seines Bruders erlebt habe. Offensichtlich jahrelang zuvor ein Einzelkind, kränkt ihn die Ankunft des Bruders so sehr, dass er in der Folge zur Introversion neigt und „still wird“. Wie die Eltern bestätigen, ist seine Geburt selbst die Folge „eines medizinischen Wunders“, nachdem die Bemü-

hungen der Gynäkologie zuvor gescheitert sind. Der Patient hat an diese Vorschulzeit klassische, szenische innere Bilder, sogenannte „eingefrorene szenische Standbilder“, und dazu passende Erinnerungsketten in sich, die – klinisch psychologisch bewertet –, tatsächlich für einen traumatisierenden Charakter der Entthronung durch das nachkommende Geschwisterkind sprechen. Aus der Anamnese mit den Eltern ergibt sich eine Bestätigung: Die Geburt des Geschwisterkindes hat aus einem fröhlichen Kind zuerst ein aggressives und in der Folge sehr zurückgezogenes Kind gemacht. In der Pubertät mit ungefähr 16 Jahren schlittert der bis dorthin vollkommen angepasste junge Mann in eine schwere Lebenskrise, die mit einem Schulabbruch endet. Er habe daraufhin beschlossen, sein Leben zu ändern. Er wolle wieder „extrovertiert“ werden und sich dem Leben mehr widmen. In diese Phase der Neuorientierung fällt die Entstehung des Tumors, den er in der Folge metaphorisch interpretiert: Der Tumor stehe für die bösen, vergiftenden Kräfte in ihm selber, welche nun nach außen streben würden. Das Tumorstadium sei Austreibung, verursacht durch die heilenden Kräfte in seinem Körper. Mit der chirurgischen Entfernung des Tumors wäre das Übel weggeschnitten und ein neuer positiver Lebensweg möglich. Die Umkehrung der tatsächlichen naturwissenschaftlichen Verhältnisse findet bei den Naturheilern Bestätigung und wird so noch verfestigt. Die Glaubwürdigkeit der naturwissenschaftlichen Welt der Medizin kann mit ihren Erklärungen über Entstehung und Behandlung angesichts dieser hoch aufgeladenen persönlichen Erklärungen natürlich nicht mithalten. Obwohl man sich in der Betreuung des Patienten und der Familie ständig am Rande des „Hinauswurfes“ bewegt und bedroht ist, in die Rolle des „hilflosen Helfers“ zu geraten, ist es möglich, dem Patienten und seinen Eltern durch die psychologische Betreuung Aufklärung und Hilfestellung insoweit zu geben, dass eine klassische medizinische Behandlung und dadurch eine Heilung erreicht werden

kann. Insbesondere ist es psychologisch wichtig gewesen, sich in diese subjektive Welt einzulassen und diese nicht a priori abzuwehren. Die psychologische Annahme der Gedankenwelt wird vom Patienten und den Eltern selbst überwiegend als sehr erleichternd wahrgenommen und führt in der Folge zu einer sichtbaren Verbesserung der Compliance. Es muss allerdings angemerkt werden, dass es manchmal wirklich schwierig ist, überhaupt in die Position des interessierten und verstehenden Psychologen zu kommen, da es sich – wie oben angedeutet – oft um geschlossene Regelkreise der Erklärungen handelt, welche eine nicht unerhebliche psychologische Abwehr gegen andere Positionen mit sich bringen.

Psychoedukation als Mittel der Wahl in Bezug auf die Relativierung und Objektivierung der subjektiven Ursachenerklärungen

Viele Eltern sind froh, wenn ihnen der Arzt im Zuge der ersten medizinischen Gespräche, auf eine ihrer drängendsten Fragen, jene nach dem „Warum?“ eine Antwort geben kann. Diese Antwort lautet in der Regel, dass niemand sagen könne, warum ein Kind an Krebs erkrankte und die genauen Ursachen nicht bekannt seien. Die Standardantwort in der medizinischen Aufklärung lautet, dass es auf alle Fälle ziemlich ausgeschlossen sei, dass es an Umweltfaktoren, einer Vererbung oder an psychosozialen Faktoren läge. Es wird auf genetische Aspekte verwiesen, die für den Ausbruch der Tumorerkrankungen mitverantwortlich sein könnten.

Die meisten Eltern sind durch diese gegebenen Erklärungen für das Erste erleichtert. Bald aber stellen sich im Untergrund für die Betroffenen die Fragen nach dem „Warum?“ wieder neu ein; spätestens dann, wenn die Eltern mit ihren eigenen Verwandten, Freunden und Bekannten in enge Berührung kommen und mit den üblichen Erklärungen, welche dem oben diskutierten Modell von Hürny folgen, konfrontiert werden. Dann rühren diese von außen kommenden Fragen die eigenen Zweifel neu auf. Schnell fühlen sich die Eltern einerseits

eingeklemmt zwischen der ärztlichen Autorität und ihrem Wunsch, dieser Autorität „glauben“ und folgen zu wollen; andererseits werden sie aber von den eigenen lebensgeschichtlichen Vorstellungen bedrängt, die geradezu nach anderen Erklärungen verlangen. Wie oben ausgeführt, sind diese eigenen Interpretationen im Zuge des Lebens eines jeden Einzelnen entstanden und unterliegen einem systematischen Interpretationsfehler.

Um den Eltern bei ihren Sorgen und Nöten psychologische Hilfe geben zu können, ist es notwendig, die Argumentationsstränge in der medizinischen und psychosozialen Aufklärung so einleuchtend und nachvollziehbar zu gestalten, dass es nicht um die Frage des „Glaubens“ geht, sondern um die Möglichkeit der eigenen vernünftigen Abwägung – man ist letztendlich gezwungen, an die Vernunft der Angehörigen zu appellieren und zu hoffen, dass diese überwiegt. Es müssen also den Eltern neue Methoden und Instrumente in die Hand gegeben werden, die die Vernunft stärken und die die Eltern in die Position versetzen, selbst zu einer Position und Zustimmung zur medizinischen Behandlung zu kommen, ohne am Ende das Gefühl zu haben, bloß manipuliert worden zu sein. Es müssen Instrumente und Inhalte sein, die öffentlich zugänglich sind, um die „Gewichte“ zwischen alten und neuen Erfahrungen in diesem Bereich neu positionieren zu können. Eine Methode, die sich dabei anbietet, ist jene der „empirischen Gegenüberstellung“. Damit ist gemeint, dass in einem Dialog mit den Betroffenen unter Zuhilfenahme von öffentlich einsehbarem Zahlenmaterial die Relationen neu gestaltet werden können.

Im Folgenden möchte ich die folgenden bewährten Argumentationsketten vorstellen:

Zuerst ist es notwendig, die empirische Ausgangslage zwischen Kinder- und Erwachsenenonkologie darzulegen. Meistens beginnt sich hier schon ein „Aha-Effekt“ zu zeigen. Es gelingt damit schnell, Interesse bei den Eltern zu wecken. Meistens kommen in dieser Phase sehr persönliche und dramatische Erzählungen über vergangene

Erlebnisse mit der Medizin zum Vorschein. Erzählungen über Angehörige oder andere Personen, welche an Krebs erkrankten bzw. sogar verstarben, dominieren die Darstellungen. Sehr oft sind die betroffenen Eltern erstaunt, wenn sie feststellen müssen, dass sie selbst aber noch nie oder nur im Ausnahmefall ein Kind kannten, welches einen Tumor hatte. Schnell kommt es alleine durch die Gegenüberstellung der Häufigkeit von Krebserkrankungen bei Erwachsenen und Kindern zu einem intensiven Nachdenken und, was psychologisch gesehen noch bedeutsamer ist, zu einem Hinterfragen der eigenen Position.

An diesem Punkt angekommen, bewährt es sich, das Wort „Rätsel“ einzuführen. Gibt man den Eltern den Hinweis, dass es mehrere offene Fragen bei der Klärung der Ursachen gibt, sind sie meistens recht offen für ein weiteres Gespräch und werden neugierig. Es interessiert sie, warum der Arzt zuvor im Gespräch meinte, man könne über die Ursachen ehrlicherweise nicht mehr sagen, als dass es mit einem persönlichen Verhalten der Eltern, des Kindes oder der Umgebung sicherlich nichts zu tun habe.

Das Wort „Rätsel“ stärkt die Erkenntnis, dass die Ursachen unklar sind, und versucht die Eltern an die „Schicksalhaftigkeit“ dieser tatsächlichen Tragödie heranzuführen. Indem man als „Rätsel“ die Tatsache im Gespräch bezeichnet, dass es in Österreich – wie bereits am Anfang der Arbeit ausgeführt – laut Aufzeichnungen der Statistiker seit Jahrzehnten ungefähr gleich viel neu erkrankte Kinder und Jugendliche (12 – 14 Kinder der Altersgruppe bis 18 Jahre, das sind ca. 220 bis 260 Neuerkrankte) gibt, ist immer die Neugierde geweckt und das Erstaunen erheblich. Führt man in den Gesprächen einerseits weiter aus, dass dieses statistische gleiche Auftreten über Jahrzehnte erstaunlich sei, da sich andererseits in diesen letzten Jahrzehnten die Lebensbedingungen der österreichischen Bevölkerung nachweislich erheblich geändert hätten, ist der Nachdenk- und Überlegungsprozess in den Eltern meistens bereits voll entflammt. Je nach persönlicher Einstellung

zu den letzten Jahrzehnten kommen dann von den Eltern unterschiedliche Diskussionsbeiträge zu den veränderten gesellschaftlichen Lebensbedingungen. Die einen Familien sprechen in diesen Gesprächen von sich aus bald die unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten, die anderen Familien die veränderten Familienbedingungen an. Ein Beispiel, welches sich ganz besonders bewährt, ist jenes der stark gestiegenen Familienscheidungen mit mitbeteiligten Kindern in den letzten Jahrzehnten, welche offensichtlich keine Auswirkungen auf die Inzidenz von Tumorerkrankungen im Kindesalter gehabt haben. Es ist für viele Eltern nachvollziehbar, dass jede Scheidung eine große seelische Auswirkung auf das Kind hat. Es überrascht die meisten Eltern dann aber doch die Tatsache, dass die gestiegene Scheidungszahl mit involvierten Kindern offensichtlich keinen Einfluss auf die Evidenz von Krebserkrankungen im Kindesalter gehabt haben kann. In der Regel beginnen die Eltern von sich selbst aus ihre eigenen, zum Teil traumatischen Lebenserfahrungen zu gewichten und neu zu bewerten. Schnell kommen sie dann selbst zum Schluss, dass es stimmen müsse, dass sich seelisches Leid nicht so einfach in körperliches Leid verwandeln lasse. Der Konsens, der an dieser Stelle immer wieder gefunden werden kann, ist folgender: Selbstverständlich haben viele Ereignisse dramatische und folgenreiche, manchmal auch langfristige Auswirkungen auf das Seelenleben des Kindes; es scheint aber nicht so leicht zu sein, den Körper durch psychosoziale Maßnahmen dahin zu bringen, dass er sich selbst vernichtet. Hier existiert geradezu eine offensichtliche Unverwundlichkeit des kindlichen Körpers und der Seele. Diese Erkenntnis wirkt für die Eltern nachhaltig befreiend und erleichternd. Es gibt Eltern, die viele Jahre nach Abschluss der Behandlung die signifikante Nachhaltigkeit dieser psychoedukativen Gespräche bestätigen. Die Methode der vernünftigen Abwägung, welche ihnen in die Hand gegeben wurde, habe sie einer unabhängigen Gewichtung der Behandlungsmethoden – „schulmedizinisch versus alternativ-medizinisch“ – geführt.

Ein weiteres Beispiel, welches in dieser Phase der Gesprächsführung hilfreich ist, ist der Vergleich des ökologischen Umfeldes, in dem Kinder aufwachsen. Erzählt man Eltern in diesem Zusammenhang, dass es seit Jahrzehnten keine signifikanten regionalen Unterschiede zwischen Kindern aus dem ländlichen und dem städtischen Bereich gibt, so verstärkt sich das Erstaunen. Nachdem es den meisten Eltern sehr wichtig ist, dass ihr Kind in einer gesunden Umwelt aufwächst, aber dem ländlichen Raum hier in Bezug auf Umwelt weniger Belastungen zugestanden wird, wird schnell Beweglichkeit in der weiteren Diskussion gewonnen. Es wird an diesem Punkt tatsächlich immer rätselhafter, wieso Kinder aus sogenannten „gesünderen Umgebungen“ gleich vom Auftreten der Krankheit „Krebs“ betroffen sind wie Kinder aus schwierigeren Umwelten.

Die Erweiterung in der Argumentationskette besteht in der Einführung einer europäischen bzw. weltweiten Perspektive. Legt man den Eltern die den Wissenschaftlern in der Regel bekannten Ergebnisse der epidemiologischen Studien zum Auftreten der Krebserkrankungen im Kindesalter vor, so können fast immer die letzten Zweifel genommen werden. Es ist ja nicht nur für die Eltern, Laien und den Experten ein Rätsel, wieso es nicht nur auf nationaler Ebene (siehe die bereits zweimal erwähnten Inzidenzen), sondern auch im internationalen Vergleich eine über Jahrzehnte hinweg gleiche Erkrankungsrate²⁶ gibt, obwohl zwischen diesen Ländern erhebliche Unterschiede in Bezug auf Lebensstil und Umweltbedingungen festzustellen sind.

Allerdings ist der Verweis auf die langfristigen Folgen ungesunder Lebensbedingungen und -führung auf die Inzidenz bei Krebserkrankungen im Erwachsenenalter²⁷ wichtig, um den Unterschied zur Kinderonkologie herauszuarbeiten. An dieser Stelle erzählen Eltern regelhaft ihre Erlebnisse von bekannten Personen, die jahrelang dem Zigarettenkonsum nachgegangen sind und letztendlich an einem Karzinom erkrankt bzw. daran verstorben sind.

Es ist weiters weitgehend in der Bevölkerung unbekannt, dass es im Kindesalter nur wenige der möglichen Krebsdiagnosen gibt.²⁸ Wie Mediziner wissen, handelt es sich bei den Erkrankungen im Kindesalter um eine andere Biologie, welche hauptsächlich für eine Umweltunabhängigkeit und für eine zufällige Entgleisung im Zuge der biologischen Entwicklung des kindlichen Körpers spricht.²⁹

Anhand dieses Unterschiedes in der Biologie der Krebserkrankungen des Kindes- und Jugendalters einerseits und der Erkrankungen im Erwachsenenalter andererseits, kann den Eltern recht anschaulich die Unwahrscheinlichkeit einer direkten eigenen Beteiligung am Entstehen der Tumorerkrankung beim eigenen Kind erklärt werden. Die Eltern können nachvollziehen, dass es einen gewissen selbstverantwortlichen Beitrag zur Gesundheit im Erwachsenenalter gibt. Das bereits genannte Beispiel mit dem intensiven und jahrelangen Zigarettenmissbrauch eignet sich beispielsweise hervorragend, um den Zusammenhang schlechter Stressbewältigung und erhöhtem Zigarettenkonsum zu erklären. Die oben im Modell von Hürny zitierten indirekten mitbeteiligten psychosozialen Faktoren in der Entstehung von Tumorerkrankungen können dadurch recht gut erläutert werden. Die meisten Eltern können nachvollziehen, dass bei Kindern hier offensichtlich andere Verhältnisse vorliegen. Ergänzt man diese Aufklärungen noch um das Detail, dass es mit dem Ausgang der Pubertät bzw. Adoleszenz um das 18. Lebensjahr langsam zu einem Wechsel im Auftreten der Tumorentitäten kommt und die Karzinome zunehmend auftreten,³⁰ so können sich die Eltern selbst mit den Unterschieden auseinandersetzen.

Führt man die Gespräche im klinischen Alltag entlang dieser beschriebenen Linie, so gelingt es gut, den Eltern selbst Argumentationsketten in die Hand zu geben und die Position einer psychosomatischen Krebsgenese aufzuweichen. Diese beschriebene Gesprächsführung akzeptiert die mannigfaltigen persönlichen Vorerfahrungen der Eltern mit der Krankheit „Krebs“ und bietet somit

Respekt vor der subjektiven Vorstellungswelt der Eltern. Neue Einsichten können gewonnen werden, ohne dass die Eltern gezwungen sind, sich einem medizinischen System unterwerfen zu müssen und bedingungslos zu „glauben“. In der Regel geht es dann möglicherweise mehr um miteinander abgestimmte komplementärmedizinische Unterstützung für das Kind als um alternative Behandlungsformen, da eingesehen wurde, dass das gar nicht möglich bzw. notwendig ist.

Der Appell an die Mündigkeit der Eltern hat somit wieder seinen Rang in der medizinischen Aufklärung erlangt. Ein Behandlungsvertrag um das Kind muss immer die „leibärztlichen“ Anliegen der Eltern und die ärztlichen Belange des Behandlungsteams gleichermaßen berücksichtigen und zu vereinen versuchen. Nur in der Synthese und im Bemühen um das Verständnis der manchmal gegensätzlichen Positionen kann man dem Wohl des Kindes in der Behandlung gerecht werden.

Bei mündig Minderjährigen erweitert sich die Anzahl der rechtlich Beteiligten. Mit Sorgfalt in der Aufklärung sowie Einfühlungsvermögen und Offenheit in der Kommunikation muss allen Personen gegenübergetreten werden, um zu einer gemeinsamen Linie in der Behandlung zu kommen.

Referenzen

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den Kollegen, Herrn Doz. Dr. Leo Kager und Herrn Doz. Dr. Andishe Attarbaschi, für ihre Literaturempfehlungen bedanken.

- 1 Statistik Austria, *Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich* (2014)
- 2 vgl. Kaatsch P., Spix C., Schüz J., *Epidemiologie, Ätiologie, Prävention*, in: Gadner H., Gaedicke G., Niemyer C., Ritter J. (Hrsg.), *Pädiatrische Hämatologie und Onkologie*, Springer, Heidelberg (2006), S. 421-436
- 3 Statistik Austria, siehe Ref. 1
- 4 Statistik Austria, siehe Ref. 1, S. 16
- 5 vgl. Statistik Austria, *Pressemitteilung: 9.691-133/10*, 11. 06. 2010, S. 1-4, S. 1
- 6 Gatta G. et al., *Childhood cancer survival in Europe 1999-2007: results of Eurocare-5, a population-based study*, *Lancet Oncol* (2014); 15(1): 35-47

- 7 ebd., S. 3
- 8 vgl. WHO, *World Cancer Report 2014*, Stewart B., Wild C. P. (Ed), Paper Back (2014)
- 9 Lohaus A., Ball J., *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*, Hogrefe, Göttingen (2006); Koch U., Weis J., *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*, Schattauer, Stuttgart (1998)
- 10 Tschuschke V., *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*, Schattauer, Stuttgart (2011)
- 11 Schwarz R., *Die Krebspersönlichkeit. Mythos und klinische Realität*, Schattauer, Stuttgart (1994); Helmkamp M., Paul H., *Psychosomatische Krebsforschung*, Huber, Bern (1987); ebd.
- 12 Hürny C., *Krebskrankheit*, in: Heim E., Willi J., *Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Klinik und Praxis*, Bd. 2, Springer Verlag, Berlin (1986), S. 551-562, S. 552, Abb. 10.1
- 13 Nobile L. *Krebs bei Kindern*, Huber, Bern (1992); Gutjahr P. (Hrsg.), *Krebs bei Kindern und Jugendlichen: Klinik und Praxis der pädiatrischen Onkologie*, Deutscher Ärzteverlag, Köln (2004)
- 14 Winther J. F., Sankila R., Boice J. D., Tullinius H., Bautz A., Barlow L., Glatte E., Langmark F., Möller T. R., Mulvihill J. J., Olafsdottir G. H., Ritvaenen A., Olsen J. H., *Cancer in siblings of children with cancer in the Nordic countries: a population-based cohort study*, *The Lancet* (2001); 358(9): 711-717
- 15 vgl. dazu Ellenberger H. F., *Die Entdeckung des Unbewussten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung*, Diogenes Verlag, Zürich (2005), S. 436
- 16 Die folgenden Absätze sind an diese Veröffentlichung angelehnt und modifiziert: Topf R. J., *Die Mutter als „Leibärztin“: Das Kind, die Krankheit und der Tod*, *Psyche* (2009); 63(6): 566-588, hier S. 569-570
- 17 Freud S., *Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen* (1898), *Freud-Studienausgabe V*, Fischer, Frankfurt (1989), S. 11-36, hier S. 31
- 18 Bei allen Fallbeispielen wurden die Daten so verändert, dass ein Wiedererkennen schwer möglich sein sollte. Die wichtigsten Daten für die jeweilige Falldarstellung wurden allerdings unverändert gelassen.
- 19 vgl. Kerz-Rühling I., *Nachträglichkeit*, *Psyche – Z Psychoanal* (1993); 47: 911-933; Kettner M., *Das Konzept der Nachträglichkeit in Freuds Erinnerungstheorie*, *Psyche – Z Psychoanal* (1999); 53: 309-342
- 20 vgl. Laplanche J., Pontalis J. B., *Das Vokabular der Psychoanalyse*, Suhrkamp, Frankfurt (1973), S. 313-320
- 21 vgl. dazu Topf R. J., *Die Mutter als „Leibärztin“: Das Kind, die Krankheit und der Tod*, *Psyche* (2009); 63(6): 566-588
- 22 Lohaus A., Ball J., siehe Ref. 9
- 23 Topf R., siehe Ref. 16
- 24 vgl. Topf R. J., Bergsträßer E., *Palliative Betreuung und Behandlung*, in: Topf R. (Hrsg.): *Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung*, nap (new academic press), Wien (2014), S. 264-287, hier S. 266-268 [erstmalig publiziert in: Gardner H. et al. (Hrsg.), *Pädiatrische Hämatologie und Onkologie*, Springer, Berlin (2006), S. 1112-1122]
- 25 Kletecka-Pulker M., *Medizinrechtliche Aspekte der medizinischen Behandlung krebskranker Kinder und Jugendlicher*, in: Topf R. (Hrsg.), *Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung*, nap (new academic press), Wien (2014), S. 204-219
- 26 vgl. Kaatsch P., Spix C., Schüz J., siehe Ref. 2
- 27 vgl. WHO, siehe Ref. 8
- 28 vgl. Kaatsch P., Spix C., Schüz J., siehe Ref. 2
- 29 vgl. Bleyer A., Barr R., Hayes-Lattin B., Thomas D., Ellis C., Anderson B., *The distinctive biology of cancer in adolescents and young adults*, *Nature* (2008); 4: 288-297
- 30 vgl. ebd.

Christiana Justin

Schmerzen bei Kindern – ethische Aspekte und Behandlungskonzept

Pain in Children - Ethical and Therapeutic Considerations

Zusammenfassung

Schmerztherapie bei Kindern wurde lange Zeit aus verschiedensten Gründen deutlich vernachlässigt. Aus den Grundlagen ärztlichen Handelns ergibt sich ganz klar die Notwendigkeit, kindlichen Schmerzzuständen große Aufmerksamkeit zu schenken. Alle in die Patientenbetreuung eingebundenen Fachrichtungen bieten eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten an. Diese zu nutzen ist ein Gebot der Stunde und Ausdruck der Verantwortung für die heranwachsende Generation.

Schlüsselwörter: Kind, Schmerz, ethische Grundlagen, Schmerzmessung, Schmerztherapie

Abstract

For various reasons, pain management in children has been neglected for a long time. Based on the basic principles of medical practice, it is clear that pain in children is a serious and important challenge, which has to be treated carefully. The different specialists involved in patient care all offer a variety of treatment options. These have to be used now for the sake of the rising generation of tomorrow.

Keywords: children, pain, ethical principles, pain assessment, pain treatment

OA Dr. Christiana Justin
Universitätsklinik für Anästhesiologie und
Intensivmedizin
Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Bereich Kinderanästhesie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 29, A-8036 Graz
christiana.justin@medunigraz.at

Einleitung

Schmerzempfinden und seine ethische Dimension, das damit verbundene Leid, ist in den letzten Jahrzehnten – wohl auch mit der immer geringeren Bereitschaft, vielfältige Formen des Leidens auszuhalten – zunehmend in den Blickpunkt gerückt. Während man früher den Schmerz nach einer Operation als unvermeidbares, notwendiges Übel annahm, bietet die moderne Medizin heute eine ausgeklügelte Schmerztherapie an, die auch immer mehr eingefordert wird. Das ist nicht nur ein Service am Patienten, sondern hat auch Auswirkungen im Sinne einer Stressminderung mit allen daraus resultierenden positiven Einflüssen auf die Befindlichkeit in physischer und psychischer Hinsicht. Deshalb führt ein gutes Schmerzmanagement zu einer besseren und rascheren Rekonvaleszenz.

Schmerz bei Kindern wurde lange Zeit zu wenig oder gar nicht wahrgenommen. Besonders bei jenen Altersgruppen, die das Unbehagen noch nicht adäquat äußern können – wie Ungeborene, Frühgeborene und Neugeborene, aber auch mental beeinträchtigte ältere Kinder und junge Erwachsene – wurde Schmerz bis vor wenigen Jahrzehnten negiert oder zumindest deutlich unterschätzt.¹

Inzwischen weiß man, dass Ungeborene bereits

im Laufe des 2. Trimenons der Schwangerschaft Schmerzen empfinden.² Keine neonatologische Intensivstation kommt heute ohne adäquates Schmerzkonzept aus.

Schmerzdefinition – Schmerzursachen

Schmerz wird definiert als „... unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit den Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“.³ Das Schmerzempfinden wird am deutlichsten verbal kommuniziert, jedoch ist es nicht an die verbale Kommunikation gebunden, sondern findet seinen Ausdruck in vielfältigen Formen nonverbaler Kommunikation.⁴ Es ist eine Errungenschaft und Entwicklung der letzten 30 Jahre, dieser Tatsache zunehmend Beachtung zu schenken und damit der Schmerztherapie bei Kindern jenen Stellenwert zu verschaffen, der unumgänglich notwendig ist.

Schmerz ist immer auch ein subjektives Erleben, das vor allem auch durch Schmerzerfahrungen in frühen Lebensphasen geprägt wird.⁵ Erst die Kombination von Nozizeption (objektiver physiologischer Vorgang, Schmerzreiz, Schmerzweiterleitung), Perzeption (subjektives Erfassen,

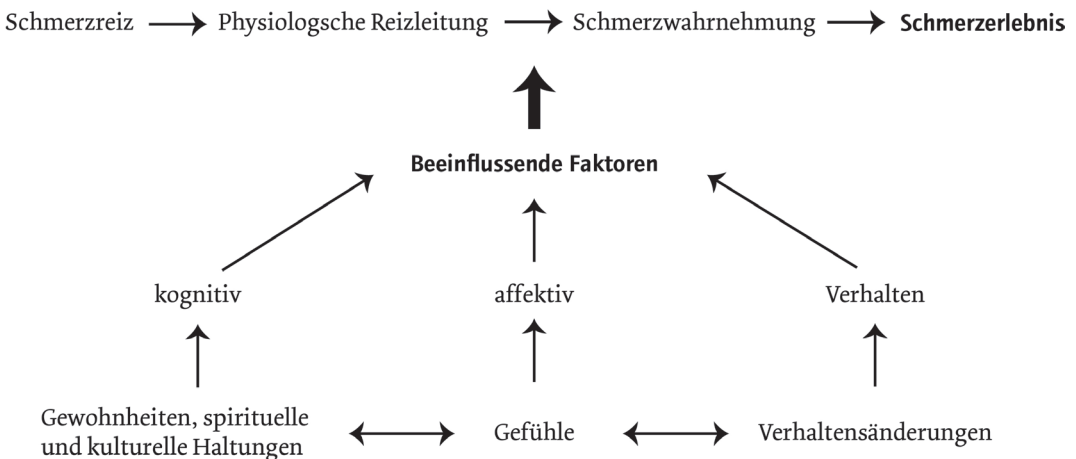


Abb. 1: Beeinflussende Faktoren auf das Schmerzerleben⁶

Wahrnehmen) und subjektiver Bewertung machen das „Schmerzserlebnis“ und damit das Schmerzempfinden aus.

Schmerz kann nach verschiedenen Kriterien eingeteilt werden:

Nach der Pathophysiologie	Nozizeptiver Schmerz • somatisch oberflächlich (Haut) • somatisch tief (Knochen) • viszeral (Bauch-, Brusthöhle) Neuropathischer Schmerz Störung der Funktion und/oder der Struktur der Nervenzelle
Nach der Lokalisation	Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen u. a.
Nach der Schmerzdauer	• akut (postoperativ, nach Trauma) • chronisch

Tab. 1: Schmerzkriterien⁷

Kinder erleiden Schmerzen zum einen im Rahmen von verschiedensten Erkrankungen. Zum anderen werden viele Schmerzsituationen im Laufe der Behandlung im stationären Krankenhausbereich oder auch im prähospitalen Bereich verursacht. Dazu gehören Schmerzen nach Operationen, aber auch viele oftmals vergessene oder unterschätzte „kleine“ Schmerzen wie Blutabnahmen, invasive Untersuchungen (z. B. Endoskopien), Legen von Venenleitungen oder Harnkathetern, Verbandswechsel, Gipsanlagen, und manche Untersuchungen, die für Kinder unangenehme Situationen mit sich bringen, wie langdauerndes Stillliegen.⁸

Pathophysiologie

Die Aufgabe des Schmerzes ist zunächst, Alarmsignal zu sein. Schmerz soll warnen und andererseits im Sinne einer Schutzfunktion die Un-

versehrtheit des Körpers erhalten. Ist diese Aufgabe jedoch erfüllt, bleibt nur mehr ein belastender Zustand, der eine Kaskade pathophysiologischer Reaktionen in Bewegung setzt.

Muskeln werden durch den Schmerztrigger über Reflexbögen aktiviert, was zu Verspannungen und damit Funktionsstörungen einzelner Muskelgruppen führen kann. Betrifft diese Funktionsstörung die Bauchwand-, Brust- und Zwerchfellmuskulatur, kann sich daraus konsekutiv eine eingeschränkte Atemfunktion ergeben. Die Folge kann eine verringerte Belüftung der Lunge mit nachfolgender Atelektasen – und Dystelektasenentstehung sein, mit erschwelter Atemarbeit bis zum Sauerstoffmangel.

Schmerz bedingt Stress und verursacht dadurch die Aktivierung des sympathikoadrenergen Systems sowie eine vermehrte Ausschüttung von Katecholaminen. Dies führt zu Steigerung des Blutdrucks, der Herzfrequenz und dadurch insgesamt zu einer Steigerung der Herzarbeit. Damit verbunden ist auch ein erhöhter Sauerstoffbedarf des Herzens. Wundheilungsstörungen durch Vasokonstriktion der peripheren Strombahn können die Folge sein wie auch Durchblutungsstörungen im Splanchnikusgebiet mit Funktionseinschränkungen des Magen-Darmtraktes.

Aber auch das neuroendokrine System und damit Hormone wie Glucagon, Insulin, Testosteron u. a. werden beeinflusst, wodurch eine katabole Stoffwechsellaage herbeigeführt beziehungsweise verstärkt wird.

Nichtbehandelter Schmerz führt zu Angst und damit zu psychischer Beeinträchtigung mit der Gefahr der Schmerzchronifizierung. Angst als Stressauslöser aktiviert ihrerseits das sympathikoadrenerge System mit den oben geschilderten Folgen. Insgesamt wirken alle Faktoren zusammen, sodass bei unbehandeltem Schmerz eine Erhöhung der Morbidität und auch der Mortalität gegeben ist.⁹ Schmerz ist also ein ernst zu nehmendes, die Gesundheit belastendes Symptom.

Ethischer Ansatz

Liest man in der UN Konvention über die Rechte des Kindes nach, so wird klar, dass die Schmerztherapie bei Kindern jeder Altersstufe ein unabdingbares Muss ist. Gerade das Kind bedarf wegen seiner noch unvollständigen geistigen und körperlichen Reife und als Zukunftsträger jeder Gesellschaft eines besonderen Schutzes und besonderer Fürsorge.¹⁰

Kinder leiden zu sehen und nichts zu unternehmen, widerspricht den Vorgaben der Nächstenliebe, wie sie auch im alten Prinzip der ärztlichen Kunst: „Salus aegroti suprema lex“ (Das Heil des Kranken ist oberstes Gebot) zum Ausdruck kommt.

Die Forderung nach einem Recht auf Schmerztherapie wird daher zunehmend lauter und muss in besonderem Maß für die Schmerztherapie bei Kindern gelten.¹¹

Jahrelang war die Schmerztherapie bei Kindern aus mehreren Gründen stark vernachlässigt:

- Die *Schmerzeinschätzung* ging vom Therapeuten aus. Schmerzmessung und damit Objektivierung des Schmerzes wurde nicht praktiziert. Die Angaben der Kinder wurden nicht ernst genommen. Man missinterpretierte die nonverbale Kommunikation von Schmerzen, die sich in erster Linie in Verhaltensänderungen ausdrückt, bei Neugeborenen, Säuglingen und kognitiv beeinträchtigten Kindern.
- Angst vor *Nebenwirkungen* einer Schmerztherapie wie Atemdepression und Suchtgefahr durch Opiate bestimmten das eher zurückhaltende Eingreifen beim kindlichen Schmerz. Einerseits wurde das Risiko durch die Schmerztherapie überschätzt, das Risiko des unbehandelten Schmerzes jedoch nicht erkannt oder deutlich unterschätzt.
- Es herrschte die Meinung, dass Schmerz zur Diagnosefindung notwendig ist. Er diene als *Monitoring* für den Zustand des Patienten.¹² Bis vor wenigen Jahren wurde die Schmerztherapie bei akutem Abdomen hintangestellt, um

eine Verschlechterung nicht zu übersehen. Das führte zu unnötigem Leiden unter dem Vorwand der Diagnosestellung an Hand des Schmerzaufkommens, frei nach dem Motto „Schmerz ist schlecht, aber nicht so schlecht wie das Risiko der Schmerzerleichterung“.

- Es fehlte das *Bewusstsein der Wichtigkeit* der adäquaten Schmerztherapie, und es mangelte damals wie zum Teil auch heute noch an *Studien* zum Thema Schmerztherapie bei Kindern in Hinblick auf die medikamentöse, aber auch in Hinblick auf die nicht medikamentöse Schmerztherapie wie Ergo-, Physio-, Psychotherapie.¹³
- Die *psychologischen Auswirkungen* des Schmerzes auf die Entwicklung und das zukünftige Schmerzempfinden des Kindes wie Angst vor Schmerz, Schmerzerwartung, Akzeptanz, vorhergegangene Schmerzerfahrungen, Interaktion zwischen ärztlichem Personal und Kind, Bewältigungsstrategien wurden unterschätzt.¹⁴

Jeder, dem die Betreuung von Kindern anvertraut ist, wird notgedrungen auch mit Schmerzen unterschiedlichster Art und unterschiedlichsten Ursprungs befasst sein.

Die Frage ist dann:

- Ist der Schmerz nützlich im Sinn einer Alarm- und/oder Schutzfunktion?
- Ist der Schmerz notwendig, um ein Ziel zu erreichen?

Wenn ja:

- Ist das Schmerzniveau so niedrig wie möglich?¹⁵

Dem Patienten keinen Schaden zufügen zu wollen („Primum non nocere“ – Nonmaleffizienz) wird bei unterlassener Schmerztherapie jedenfalls nicht erfüllt. Schmerz schadet körperlich und psychisch, wenn er seine Warnfunktion nicht mehr erfüllt.

Der Patientenwille und die damit verbundene Autonomie haben in den letzten Jahrzehnten deutlich mehr Beachtung gewonnen. Die Autonomie des Patienten kann jedoch nicht der alleinige Maß-

stab für die Durchführung oder auch Unterlassung einer Therapie sein. Immer müssen die anderen Kriterien ethischen Handelns wie Benefizienz, Nonmalefizien und Gerechtigkeit miteinbezogen werden.

Selbstverständlich können individuelle Werte und die Einstellung zum Leiden, das der Schmerz verursacht, das Schmerzempfinden beeinflussen. Schmerz jedoch ertragen zu wollen, liegt in der Autonomie des Patienten.

Im Falle des Schmerzempfindens heißt das: „Was weh tut, bestimmt der Patient“ und die gerade bei Kindern oft lauthals eingeforderte Schmerzerleichterung verlangt von den Betreuenden rasche und effiziente Hilfe.

Hier kommt die Autonomie des Patienten zum Tragen, in diesem Falle die Autonomie des Kindes. Dabei ist zu bedenken, dass die Fähigkeit, Situationen zu bewerten und dann adäquat Entscheidungen zu treffen, noch in Entwicklung begriffen ist. Kognitive Kompetenz und Selbstbestimmungsfähigkeit werden kontinuierlich erweitert. Der Wille ist mitunter emotional und wenig vernunftgesteuert. Diese Variabilität ist zusätzlich zu berücksichtigen und bedarf einer einfühlsamen, aber klaren Übernahme der Kompetenz durch Eltern und medizinisches Personal. Keinesfalls jedoch darf die Einschätzung der Befindlichkeit allein aus der Sicht der Betreuer – Eltern, Ärzte, Pflege – erfolgen. Ein kindzentrierter Ansatz, der das Mitspracherecht des Kindes gemäß seinen kognitiven Fähigkeiten berücksichtigt, muss der Maßstab sein.¹⁶ Dieses Konzept, das sich am Wohlbefinden des Patienten im weitesten Sinne orientiert, muss bereits auf Früh- und Neugeborene, aber auch auf Ungeborene angewendet werden. Auch kognitiv beeinträchtigte Kinder und Patienten insgesamt haben ein Recht darauf, in ihrem Schmerz ernst genommen zu werden. Für diese Patientengruppen bedarf es einer besonderen Schulung und Erfahrung des behandelnden Personals, um deren Bedürfnisse zu erfassen und entsprechend zu reagieren. Jedes ärztliche und pflegerische Tun muss sich letztlich am Patienten als eigenständige Person orientieren, un-

abhängig von seinen kognitiven Fähigkeiten. Die Expertise der Schmerzbewertung liegt jedenfalls beim Leidenden und nicht beim Therapeuten. Das erfordert zuerst Hören und Schauen, erst dann Bewertung und damit Diagnose. Daran anschließend bedarf es der adäquaten kindgerechten Schmerzbehandlung.¹⁷

Aufgabe des ärztlichen und pflegerischen Handelns ist das Bestreben, dem Kind Gutes tun zu wollen (Benefizienz). Voraussetzung dafür ist, das Kind nicht als Ansammlung von Diagnosen zu sehen, sondern als Person, die an einer Krankheit leidet und diese zu ertragen hat.¹⁸

Eine Erleichterung von Schmerzzuständen aller Art ist dann eine logische Konsequenz. Schmerztherapie bei Kindern ist ein Dienst am Leben und an der Gesundheit und damit auch an der Lebensqualität.

Schließlich ist es auch ein Akt der Gerechtigkeit, Kindern jeden Alters jene Therapie zukommen zu lassen, die ihnen zusteht.¹⁹

Aufgrund der angeführten pathophysiologischen Belastungen des Kindes durch den Schmerz und aufgrund der ethischen Dimension des daraus resultierenden Leidens wird die Gesundheit und Unversehrtheit des Kindes beeinträchtigt.

Schmerzerfassung - Schmerzmessung - Behandlungsziel

Alle diese Überlegungen führen zu dem Schluss, dass kindlicher Schmerz behandelt werden muss.

Dazu ist es notwendig, den Schmerz als Leidensursache zu erkennen. Es bedarf zunächst einer guten Anamnese und der Erhebung eines Status quo. Durch gezielte Fragen an das Kind oder an die Eltern über Verhaltensmuster, über Intensität und Periodizität der Schmerzen und deren Äußerung – verbal oder nonverbal – kann die Situation besser eingeschätzt werden. Ist eine verbale Kommunikation nicht möglich, muss der Patient in seinem Verhalten beobachtet und auf diese Weise versucht werden, die Situation zu beurteilen.

	0	1	2	Erhobener Wert
Weinen	gar nicht	Stöhnen, Jammern, Wimmern	Schreien	
Gesichtsausdruck	Entspannt, lächelt	Mund verzerrt	Mund und Augen grimassieren	
Rumpfhaltung	Neutral	Unstet	Aufbäumen, Krümmen	
Beinhaltung	Neutral	Strampelnd, tretend	An den Körper gezogen	
Motorische Unruhe	Nicht vorhanden	Mäßig	Ruhelos	
			Gesamt Score Σ	

Tab. 2: KUS-Skala als Beispiel eines Instruments zur Schmerzerfassung bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern bis 4 Jahre nach Büttner²¹ Bei einem Gesamt Score (Cut off Wert ≥ 4) ist eine Therapie angezeigt.

Moderne Kinderschmerztherapie orientiert sich am Patienten. Das Maß aller Dinge ist auch hier die Frage:

Wie geht es dem Betroffenen damit?

Neben dieser subjektiven Einschätzung durch das betroffene Kind selbst beziehungsweise der Einschätzung durch die Beobachtung des Verhaltens des Kindes, ist es wichtig und für die weiteren Therapieschritte unumgänglich notwendig, den Schmerz zu erfassen und zu objektivieren.

Dies erfolgt durch *Schmerzmessung*. Dazu stehen verschiedene Tools und Skalen zur Verfügung, von denen im Folgenden einige stellvertretend für eine Vielzahl angeführt und erklärt werden. Dabei ist zu beachten, dass die verwendeten Schmerzskalen für die entsprechende Patientengruppe aussagekräftige Werte liefern. Außerdem sollten diese Tools für das medizinische Personal in der Anwendung unkompliziert sein.²⁰

Säuglinge und Kinder bis 4 Jahre können eine Befindlichkeitsstörung noch nicht zuordnen und ausdrücken. Gerade im Kleinkind- und Säuglingsalter, kann der Grund für das Unbehagen manifold sein: Dies reicht von Hunger, Durst, ungewohnter Umgebung, Lärm, Licht, fremde Bezugsperson bis zu gestörtem Wärmeempfinden. Zunächst ist es nötig, diese möglichen Faktoren

des Unbehagens zu eliminieren. Erst dann kann die Schmerzmessung erfolgen.

Für diese Altersgruppe hat sich zur Schmerzmessung die Kindliche Unbehagen und Schmerz-(KUS) Skala bewährt (siehe Tab. 2).

Diese beruht auf der Beobachtung des Kindes, ist also eine Fremdbeurteilungsskala, der jedoch Beobachtungen unmittelbar am Patienten zugrunde liegen. Es werden fünf Bereiche beurteilt:

- Weinen
- Gesichtsausdruck
- Rumpfhaltung
- Beinhaltung
- Motorische Unruhe

Diese einzelnen Kriterien werden mit Punkten zwischen 0 und 2 bewertet. Die Einzelergebnisse werden addiert und ergeben einen Wert zwischen 0 und 10 (= maximaler Schmerz).

Kinder ab dem vierten Lebensjahr können besser bildlich als verbal kommunizieren und sind imstande, ihr Befinden einzuordnen. Deshalb können sie bereits mit der *Face Pain Scale revised nach Hick* beurteilt werden. Dem persönlichen Empfinden ist eines von fünf möglichen Gesichtern von neutral bis maximal verzerrtem Gesichtsausdruck zuzuordnen. Dem entspricht ein numerischer Wert zwischen 0 und 10 (= maximaler Schmerz). In der

Altersgruppe ab etwa 8 Jahren können auch andere Skalen wie die *Visuelle Analogskala* (VAS) oder auch die *Numerische Rating Skala* (NRS) für die Schmerzmessung angewendet werden.²²

Patienten mit intellektueller Beeinträchtigung leiden häufig an Schmerzzuständen. Diese sind oft schwer zu entdecken, und es besteht die Gefahr, gerade diesen, ohnedies sehr belasteten Kindern und Jugendlichen eine adäquate Schmerztherapie vorzuenthalten. Hier erfolgt die Schmerzmessung ebenfalls mit einer Fremdbeurteilungsskala. Eine anwenderfreundliche und gut in der Praxis verwendbare Skala ist die *revised Face Leg Activity Crying Consolability (r-FLACC) Skala*. Wie im Namen schon angedeutet, wird der Gesichtsausdruck beurteilt, außerdem die Haltung der Extremitäten, die motorische Aktivität des Patienten, eventuelles Weinen und das Reagieren auf Beruhigungs- und Tröstungsversuche. Die Ausdrucksweise bei kognitiv beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen betreffend Schmerzempfinden kann sehr unterschiedlich und individuell sein, wie z. B. Zähneknirschen, um sich schlagen, spitz schreien, den Kopf hin und her wälzen u. ä. Diese sehr individuellen Fremdbeobachtungen werden in die Beurteilung integriert und am Bewertungsbogen vermerkt. Wichtig ist es hier, die betreuenden Personen, die diese Kinder täglich begleiten und die deren Reaktionen und Verhaltensweisen am besten zuordnen können, in die Anamneseerhebung mit einzubeziehen. Die Bewertung erfolgt bei jedem Kriterium mit 0 – 2. Die Einzelwerte werden dann wiederum addiert und ergeben einen Wert von 0 – 10 (= maximaler Schmerz).²³

Bei Anwendung einer exakten Schmerzmessung in einer pädiatrischen oder kinderchirurgischen Abteilung empfehlen sich diese drei verschiedenen, an den Bedarf des jeweiligen Kindes angepassten Schmerzskalen. Die Ergebnisse aller hier vorgestellten Skalen liegen zwischen 0 und 10. Damit ergeben sich Zahlenwerte, die untereinander vergleichbar sind, und es wird möglich, einen Cut-off-Wert festzulegen. Dieser ist unabdingbar und bewährt sich vor allem für einen optimalen organisatorischen

Ablauf der Schmerztherapie an pädiatrischen und kinderchirurgischen Abteilungen.²⁴

Gemessene Schmerzwerte sind zu dokumentieren, und die festgelegten Cut-off-Werte müssen als Richtschnur für die Schmerztherapie dienen. Wichtig ist dabei die Beurteilung des Schmerzes in Ruhe, aber auch unter Belastung (Pflege, Bewegung, Mobilisation, Physio- und Ergotherapie). Dabei ist die Einbindung aller medizinischen Fachbereiche sinnvoll und wichtig.

An Hand der Beobachtungen und/oder der Selbstbeurteilung des Kindes muss ein *Behandlungsziel* definiert werden. Dieses Ziel muss ein ruhiger, zufriedener Patient sein. Das kann nur erreicht werden, wenn es gelingt, den Schmerz, der allerdings oft nur einen Teil des Unbehagens ausmacht, so weit wie möglich zu reduzieren.

Schmerztherapie

Schmerz entsteht multifaktoriell. Deshalb lässt sich für den Schmerz das *biopsychosoziale Krankheitsmodell* sehr gut anwenden. Die drei Komponenten dieses Modells sind in Abhängigkeit von der biologischen, psychologischen und sozialen Dimension des Patienten unterschiedlich. Ziel und Aufgabe der verschiedenen Fachdisziplinen muss es sein, die Gewichtung dieser drei Kriterien im speziellen Fall zu bewerten. Hier sind neben medizinischen Fachbereichen auch Sozialarbeiter und Psychologen gefordert. Daran orientiert sich dann die Therapie, und es können entsprechende Schwerpunkte gesetzt werden. Der interdisziplinäre Ansatz der Schmerztherapie hat hierin seine Begründung.

Ein schwieriges Elternhaus kann die soziale Dimension des Schmerzes durch schlechte Betreuung oder Vernachlässigung des Kindes bedingen, zugleich aber auch eine psychische Belastung darstellen. Rheumaschmerz kann neben seiner biologischen Grundlage, die meist einer medikamentösen und physio- und ergotherapeutischen Therapie bedarf, auch eine soziale Dimension bekommen, z. B. weil das Kind nicht mit Anderen Sport treiben kann. Das wiederum kann zu einer psychischen Be-

lastung werden, weil es sich als Außenseiter fühlt.

Entsprechend müssen in die Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen bei Kindern alle speziellen Fachrichtungen, die die verschiedenen Dimensionen des Schmerzes abdecken können, eingebunden werden.²⁵ Die Pflege als kontinuierlicher Begleiter des Patienten ist hier zuerst gefordert. Pflegepersonen sind dem Patienten am nächsten und können deshalb das Verhalten von Kindern und deren Verhaltensänderungen am besten mitverfolgen und dadurch auch einschätzen. Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum Alter von 4 Jahren sowie bei Kindern und Jugendlichen, die an einer mentalen Retardierung leiden, sind die Personen, die sie tagtäglich begleiten, wichtige Informanten bezüglich der Kommunikationsweise von Unbehagen und Schmerz. Dazu zählen in erster Linie die Eltern, aber auch externe Betreuer, die viel Zeit mit dem Kind verbringen.

Inzwischen besinnt man sich immer mehr auf das große Repertoire an nicht medikamentösen Maßnahmen zur Linderung der Schmerzsituation. Eine einfühlsame Kontaktaufnahme und Kommunikation schafft Vertrauen und gibt Sicherheit. Zur Ablenkung können kindgerechte Gespräche, aber auch Videos oder Computeranimationen und -spiele hilfreich sein. Lagerung, Umschläge, Wärme- und Kälteanwendungen, Bewegungstherapie, Lagerungsbehelfe, Stabilisierungsschienen können Schmerzen erleichtern. Besonders bei chronischen Schmerzzuständen ist eine begleitende Physio- und Ergotherapie von großer Wichtigkeit, um schmerzbedingte Bewegungsdefizite auszugleichen. Psychotherapeutische Begleitung ist oft unumgänglich.

Früh- und Neugeborene profitieren zur Schmerzreduktion von allen jenen Dingen, die jede Mutter ohne medizinische Vorbildung durchführt: Stillen, in den Arm nehmen, warm einwickeln, Hautkontakt, beruhigender Zuspruch. Hochprozentige orale Zuckerlösungen (20 – 30%) haben erwiesenermaßen einen schmerzreduzierenden Effekt für Punktionen zur Blutabnahme, aber auch für Absaugmanöver bei längerer Beatmung auf Intensivstationen.²⁶

Auch alternative Therapieformen (Akupunktur, Akupressur, Traditionelle Chinesische Medizin u. a.) können zur Schmerztherapie angewendet werden.

Im Falle akuter Schmerzzustände ist natürlich die medikamentöse Schmerztherapie Mittel der Wahl. Dazu zählt der postoperative Schmerz und jede akute Exazerbation, die das Kind so sehr beeinträchtigt, dass die akut belastende Situation unterbrochen werden muss. Für die systemische Schmerztherapie steht eine Vielzahl an Medikamenten zur Verfügung, die zwar häufig nicht für Kinder zugelassen sind, deren Anwendung jedoch als „good clinical practice“ den Früh- und Neugeborenen und Kindern nicht vorenthalten werden darf. Sie nicht zu verwenden widerspricht der ärztlichen Fürsorge- und Sorgfaltspflicht.²⁷ Eine genaue Kenntnis der pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Besonderheiten in den verschiedenen Altersgruppen sowie auch das Wissen um Dosierungen, Dosierungsintervalle und spezifische Nebenwirkungen sind allerdings unumgänglich. Unter diesen Voraussetzungen ist auch die Gabe von Opiaten in allen Altersgruppen möglich und sinnvoll.²⁸ Auch eine Reihe von rückenmarknahen und peripher regionalanästhesiologischen Verfahren steht für die Schmerztherapie von Kindern aller Altersstufen zur Verfügung.²⁹ Sowohl in der Systemischen Schmerztherapie wie auch bei regionalanästhesiologischen Verfahren ist die Anwendung von Schmerzpumpen im Sinne einer Patient Controlled Analgesia (PCA) ein großer Fortschritt in der kindlichen Schmerztherapie.

Schmerztherapie muss letztendlich ergebnisorientiert sein. Dazu bedarf es der Überprüfung der Schmerztherapie und ihrer Wirksamkeit. Das Erstellen von Behandlungsleitlinien allein führt zu keiner Verbesserung der Schmerztherapie. Erst aus der Evaluierung des Erfolges oder Misserfolges der durchgeführten Therapie können Fortschritte erzielt werden. Das weitere Vorgehen, das sich im Weiterführen der bestehenden Therapie, in deren Anpassung oder auch in der Beendigung derselben

niederschlagen kann, wird sich an den Ergebnissen der durchgeführten Therapie orientieren.

Schmerztherapie kann – wie jede andere medizinische Behandlung – Komplikationen verursachen, wenn auch sehr selten. Dieses Risiko mit den Behandelnden zu teilen, ist eine ethische Anforderung an die Eltern. Juridische und mediale Anklagen können dazu führen, dass schmerztherapeutische Maßnahmen nicht in adäquatem Ausmaß angewendet werden. Die Leidtragenden sind die Patienten, in diesem Fall die Kinder, die den Schmerz und die daraus resultierenden Nebenwirkungen zu ertragen haben.

Negative Erfahrungen – und da gehört erlebter Schmerz dazu – tragen wir ein Leben lang mit. Kinder tragen diese Schmerzerfahrung über eine besonders lange Lebenszeit mit sich. Schmerz ist dabei meist nur Teil einer schwierigen Situation. Im Umgang mit Patienten und besonders mit jungen Patienten muss es unser Ziel sein, diese Gesamtbelastung möglichst gering zu halten. Schmerztherapie ist in diesem Sinn zumindest eine Teilentlastung, die den Weg unserer kleinsten, kleinen und jugendlichen Patienten erleichtern soll. Obwohl dem Schmerz als ernst zu nehmendes Symptom im Kindesalter in den letzten Jahren vermehrt Bedeutung beigemessen wird, ist es notwendig, das Thema weiterhin und verstärkt in das Bewusstsein all jener zu rücken, die Kinder betreuen und begleiten.³⁰

Wenn wir auch keine Schmerzfürsorge versprechen können, so muss es doch Anliegen aller sein, unseren Kindern ein möglichst schmerzfreies und unbeschwertes Leben als Grundlage für ein gutes Heranwachsen zu ermöglichen.

Referenzen

- 1 Walker S. et al., *Neonatal pain*, *Pediatr Anaesth* (2014); 24: 39-48
- Breau L. M., Camfield C. S., *Risk factors for pain in children with severe cognitive impairments*, *Dev Med Child Neurol* (2004); 46(6): 364-371
- 2 Anand K. et al., *Fetal Pain? Pain Volume XIV*, Nr 2, June (2006), http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_XIV-2_June2006_Rev_Mar2012_1390263724028_20.pdf (letzter Zugriff am 15. Juli 2014)
- 3 Loeser J. D., Treede R. D., *The Kyoto Protocol of IASP Basic Pain Terminology*, *Pain* (2008); 137: 473-477
- 4 Anand K., Craig D., *New perspectives on the definition of pain*, *Pain* (1996); 67: 3-6
- 5 Merskey H., Bogduk N. (Hrsg.), *Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, Second Edition, International Association of the Study of Pain (IASP) Press, Seattle (1994)
- 6 WHO, *Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses* (2012), S. 16-23
- 7 ebd.
- 8 Walker S., *Management of procedural pain in NICUs remains problematic*, *Pediatr Anesthesia* (2005); 15: 909-912
- 9 Baron R., Jänig W., *Schmerzsyndrome mit kausaler Beteiligung des Sympathikus*, *Anaesthesist* (1998); 47: 4-23
- Schäfer M., Stein Ch., *Schmerz in der postoperativen Phase*, *Anaesthesist* (1997); [Suppl] 2 46: S120-S123
- 10 UN-Konvention über die Rechte des Kindes, 26. Jänner 1990, hier: Präambel
- 11 Brennan F., Cousins M., *Pain Relief as a Human Right*, International Association for the Study of Pain®, Vol XII, Nr 5, Sept 2004, http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU04-5_1390264543538_30.pdf
- 12 Willems J., Matthys D., *Under-Recognition and Under-Treatment of Pain in Children: Ethical Appreciations and Recommendations*, http://eapadiatrics.eu/Ethics_Documents.ehtml (letzter Zugriff am 15. Juli 2014)
- 13 Walco G. A., Cassidy R., Schechter N., *Pain, hurt and harm: The ethics of pain control in infants and children*, *N Engl J Med* (1994); 331(8): 541-544
- 14 Willems J., Matthys D., siehe Ref. 12
- 15 ebd.
- 16 Grath P., Ruskin D., *Caring for children with chronic pain: ethical considerations*, *Pediatr Anaesth* (2007); 17: 505-508
- 17 Willems J., Matthys D., siehe Ref. 12
- 18 Bellieni C. V., Buoncuore G., *Neonatal pain treatment: ethical to be effective*, *J Perinatol* (2008); 28: 27-88
- 19 UN-Konvention über die Rechte des Kindes, siehe Ref. 10, hier Art. 24
- 20 Messerer B., Meschnik J., *Postoperative Schmerzmessung bei speziellen Patientengruppen*, *Schmerz* (2011); 25: 256-265
- Messerer B., Sandner-Kiesling A., *Organisation des Schmerzmanagement bei Kindern*, *Schmerz* (2014); 28: 14-24

- 21 Büttner W. et al., *Entwicklung eines Fremdbeobachtungsbogens zur Beurteilung des postoperativen Schmerzes bei Säuglingen*, AINS (1998); 33(6): 353-361, Entwicklung
- 22 Messerer B., Sandner-Kiesling A., siehe Ref. 20
- 23 Messerer B., Meschnik J., siehe Ref. 20
- 24 Messerer B., Sandner-Kiesling A., *Schmerztherapie an einer zertifizierten Klinik für Kinderchirurgie*, Monatsschr Kinderheilkd (2014); 162: 26-36
- 25 Zernikow B., *Perioperatives Schmerzmanagement bei Kindern - eine anspruchsvolle interdisziplinäre Aufgabe*, Schmerz (2014); 28: 14-24
WHO, siehe Ref. 6
- 26 Messerer B., Krauss-Stoisser B., *Nichtmedikamentöse Maßnahmen sowie topische Analgetika und orale Zuckerstoffe im Schmerzmanagement*, Schmerz (2014); 28: 13-42
- 27 Mayerhofer M., „Off label use“ von Analgetika in der perioperativen Kinderschmerztherapie aus rechtlicher Sicht, Schmerz (2014); 28: 65-66
- 28 Messerer B., Grögl G., Stromer W., *Perioperative systemische Schmerztherapie bei Kindern*, Schmerz (2014); 28: 43-64
Jaksch W., Messerer B., Keck B., *Pharmakodynamische und pharmakokinetische Besonderheiten der Schmerztherapie bei Neugeborenen*, Schmerz (2014); 28: 25-30
- 29 Messerer B., Platzer M., Justin C., *Regionalanästhesiologische Verfahren im Kindesalter*, Schmerz (2014); 28: 67-81
- 30 Lago P., Guadani A., *Pain management in the neonatal intensive care unit: a national survey in Italy*, Pediatr Anaesth (2005); 15: 925-931

Therapiereduktion bei genetisch schwer geschädigten Kindern

Reduction of Therapy in Genetically Hard-Damaged Children

Eine Trisomie 18 bzw. ein Edwards-Syndrom ist die zweithäufigste Trisomie, die durch das dreifache Vorliegen von Erbmaterial, im konkreten Fall am Chromosom 18, verursacht ist. Die häufigste Trisomie ist Trisomie 21, das so genannte Down-Syndrom. Die Inzidenz von Lebendgeborenen mit Trisomie 18 beträgt im Durchschnitt 1:8000. Die natürliche Mortalität bis zum 1. Lebensjahr liegt über 90%. 80% der Kinder mit Edwards-Syndrom haben Herzfehler mit komplexen Veränderungen, unterschiedliche Ausprägungen von Gehirn- und Gesichtsmorphologie, sowie Veränderungen an den Extremitäten, in seltener Frequenz Missbildungen in der Speiseröhre oder im Verdauungstrakt. Man kann nach Literaturangaben¹ solche Kinder mit der sogenannten „Comfort care“-Variante, das bedeutet Freilegung der Luftwege, Ernährung, Schmerzbehandlung bzw. Krampfbehandlung, versorgen. Eine andere Alternative ist die sogenannte „Comfort+“-Variante mit zusätzlicher Antibiotikazufuhr bzw. kurzfristiger Beatmung im Bedarfsfall. Eine weitere Möglichkeit, die in der Literatur² nicht empfohlen wird, ist die volle intensive Behandlung, in extremer Form auch eine Herzoperation.

In der beschriebenen Falldarstellung handelt es sich um die 3. Schwangerschaft einer Frau, bei der nach einem unauffälligen „combined test“ und bei keinerlei Auffälligkeiten in der ersten Schwangerschaftshälfte erst in der 23. SSW eine Trisomie 18 durch Amniozentese festgestellt und – nach einem vorhergehenden falschen Ergebnis des FisH-Tests in der 22. SSW (dabei wurde eine Trisomie 18 ausgeschlossen) – noch einmal bestätigt wurde. Die Frauenärzte in den Perinatalzentren haben zwar nicht explizit empfohlen, die Schwangerschaft abzuberechnen, aber es ist den Eltern bei ihrer Entschei-

dungsfindung der Schwangerschaftsabbruch als der durchaus „gangbarere Weg“ kommuniziert worden.

Unmittelbar nach der Diagnose in der 23. SSW wurde auch Kontakt mit dem Kinderarzt aufgenommen und die Option besprochen, die Schwangerschaft nicht abzuberechnen und das Kind unter Berücksichtigung der Gesundheit der Mutter spontan oder per sectionem zu entbinden. Auch der behandelnde Gynäkologe war in diesen Prozess involviert.

Beide Eltern haben sich letztendlich für die Geburt des Kindes entschieden. Vor der Geburt wurde ein genaues Konzept der Behandlung besprochen.³

1. Keine Reanimation, keine Applikation von herzwirksamen Medikamenten, Freilegung der Luftwege mittels Absaugen bzw. kurzfristiges Bebeuteln, keine Intubation, keine Behandlung mit positivem Atemdruck.
2. Die weitere Pflege wurde im Sinne einer „Comfort care“-Variante festgelegt: Beibehalten der freien Luftwege mit Kochsalzlösung, Nasentropfen, Nasenöl sowie kurzfristige Absaugung. Keine Sauerstoffzufuhr, keine Langzeitbeatmung. Ernährung durch Sonde mit Muttermilch. Weitere orofaciale Stimulation. Stillen bzw. trinken lernen.
3. Zur Schmerzbehandlung wurde vereinbart, auch Morphine zu verabreichen.

Weiters wurde vereinbart, dass eine Behandlung von Krampfanfällen in vollem Ausmaß durchgeführt werden sollte.

Die Schwangerschaft wurde in der 39. Woche (38+5) per sectionem aus medizinischer Indikation (Beckenendlage) beendet.

Ein dystrophes Neugeborenes, phänotypisch entsprechend einer Trisomie 18, wurde geboren. Die Erstversorgung wurde streng nach oben erwähntem

Protokoll durchgeführt. Die weitere Versorgung in den ersten drei Tagen wurde an der Neonatologie der Kinderabteilung durchgeführt, nach wie vor nach dem Prinzip der „Comfort care“-Variante.

Die Mutter des Kindes wurde nach drei Tagen voll in die Pflege eingebunden und es entwickelte sich eine sehr emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind. In dieser Phase wurde die Weiterführung des ursprünglichen Versorgungsprotokolls durchgeführt. In der ersten Woche war das Neugeborene in stabilem Zustand.

In der zweiten postpartalen Woche verschlechterte sich der Zustand zunehmend, in dieser Phase wurde die weitere Pflege und Versorgung weiterhin im Sinne von „Comfort care“ durchgeführt.

Die Luftwege von M. wurden frei gehalten. Die Ernährung erfolgte weiterhin durch die Magensonde und eine Dauerschmerzbehandlung wurde eingeleitet. Am Ende der zweiten Lebenswoche, am 12. Lebenstag, verstarb M. ruhig im Arm der Mutter in Anwesenheit von beiden Elternteilen.

M. wurde zuvor am 6. Lebenstag notgetauft.

Diese Falldarstellung mit einem natürlichen Verlauf des Lebens des Feten und Neugeborenen mit einer Trisomie 18 ist eine würdige Alternative zu einem Schwangerschaftsabbruch einerseits, aber auch eine würdige Alternative zu voller Intensivbehandlung andererseits, die eine künstliche Verlängerung des Lebens mit sich bringt.

Nach der Darstellung der Mutter wäre ein Schwangerschaftsabbruch für sie nicht durchführbar gewesen. Sie hätte dabei gegen ihre eigene Überzeugung handeln müssen und dies hätte ihr Gewissen für immer belastet. Die Eltern waren dank der großen Unterstützung durch den behandelnden Kinderarzt und den Gynäkologen bei ihrer Entscheidung für das Kind bestmöglich begleitet. Auch wenn die gesamte Situation alles andere als einfach gewesen ist, waren für die Mutter die knappen zwei Lebenswochen von M., in denen sie ihr Kind kennenlernen konnte, von großer Bedeutung.

Referenzen

- 1 American Heart Association, Emergency Cardiovascular Care Committee, Subcommittees, and Task Forces, 2005 *American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care*, Circulation (2005); 112(24 suppl): IV1-IV203
American Heart Association, American Academy of Pediatrics, 2005 *American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care of pediatric and neonatal patients: neonatal resuscitation guidelines*, Pediatrics (2006); 117(5): e1029-e1038 (doi: 10.1542/peds.2006-0349), <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/5/e1029.full>
Nelson K. E., Hexem K. R., Feudtner Ch., *Inpatient Hospital Care of Children With Trisomy 13 and Trisomy 18 in the United States*, Pediatrics (2012); 129(5): 869-876 (doi:10.1542/peds.2011-2139)
Janvier A., Farlow B., Wilfond B. S., *The experience of families with children with trisomy 13 and 18 in social networks*, Pediatrics (2012); 130 (2): 293-298 (doi: 10.1542/peds.2012-0151)
McGraw M. P., Perlman J. M., *Attitudes of neonatologists toward delivery room management of confirmed trisomy 18: potential factors influencing a changing dynamic*, Pediatrics (2008); 121(6): 1106-1110 (doi: 10.1542/peds.2007-1869)
- 2 American Heart Association, American Academy of Pediatrics, siehe Ref. 1
Nelson K. E., Hexem K. R., Feudtner Ch., siehe Ref. 1
- 3 McGraw M. P., Perlman J. M., siehe Ref. 1

Enrique H. Prat

Kommentar zum Fall

Commentary on the Case

Situationen, wie im vorliegenden Fall beschrieben, stellen eine große Herausforderung für Eltern, Ärzte und das Pflegepersonal dar. Diese Herausforderung kann nur gemeistert werden, wenn die Kommunikation zwischen diesen drei Personenkreisen während des ganzen Prozesses sehr gut funktioniert.

Für die Eltern ist es verständlicherweise sehr schwer, dieses völlig unerwartete Schicksal anzunehmen. In der Regel haben sie sich lange auf ein gesundes Kind gefreut und die Entwicklung des Kindes im Mutterleib liebevoll und opferbereit begleitet. Damit haben sie bereits eine Beziehung zum Ungeborenen aufgebaut. Plötzlich bekommen sie eine Hiobsbotschaft – und alles wird mit einem Schlag anders. Die Eltern müssen auf der Grundlage der übermittelten Nachricht des behandelnden Teams vor eine schwierige Entscheidung gestellt: Wie soll weiter vorgegangen werden?

In diesem Fall gibt es zwei Patienten: die Mutter und das Kind. Die Entscheidung treffen aber nur die Mutter bzw. die Eltern. Dabei sollen sie das Wohl der Mutter und des Kindes im Blick haben, wobei Interessenskonflikte in solchen Fällen nicht auszuschließen sind. Der weitere Verlauf des Prozesses wird stark von der Qualität der Kommunikation mit dem behandelnden Arzt abhängen. Während die Eltern emotional angespannt sind, Erwartungen und Fragen haben, wird der Arzt naturgemäß den Fall vor allem von der sachlichen Seite wahrnehmen. Ihm obliegt es, eine Brücke zwischen der emotionalen und der Sachebene zu schlagen, damit die Eltern trotz seelischer Schmerzen die ethisch richtige Entscheidung treffen können.

Aus ärztlicher Sicht wird ein Kind nach einer

Diagnose von Trisomie 18 mit Herzfehler und zahlreichen Missbildungen im Schädel, Gehirn, Gesicht und in den Extremitäten statistisch gesehen zu über 90% entweder im Mutterleib oder wenige Tage oder Wochen nach der Geburt sterben. Die restlichen 10% können etwas länger leben, aber nicht viel. Wunder sind nie ausgeschlossen.

Wie in der Fallbeschreibung erläutert wird, stehen in der medizinischen Versorgung grundsätzlich drei Alternativen zur Verfügung: die „Comfort Care“, die „Comfort+“-Variante und die invasive Behandlung inklusive einer oder mehrerer Herzoperationen. Die letztere wird in der Literatur eher nicht empfohlen, weil sie im Normalfall als therapeutischer Übereifer bewertet wird. Der Abbruch der Schwangerschaft darf medizinisch nicht als Alternative genannt werden, weil es an sich keine Handlung ist, die mit der Zielsetzung der Medizin – heilen, lindern und trösten – vereinbar wäre. Darauf kommen wir später zurück.

Die ethische Frage ist nun, welches das Kriterium ist, um sich für eine Comfort-Care-Variante zu entscheiden und damit auf Maßnahmen zur Lebensverlängerung zu verzichten. Genügt es zu wissen, dass nur 10% der Betroffenen einer Trisomie 18 das erste Jahr überleben? Wie klein müssen Überlebenschancen sein, um auf eine lebensverlängernde Therapie zu verzichten? Für das Urteil des Arztes ist die statistische Häufigkeit ein Richtwert, aber nicht das Entscheidungskriterium. Der Arzt steht nicht vor einem namens- und gesichtslosen statistischen Durchschnittsmenschen, sondern vor einer Person, d. h. einem Individuum, das in seiner Einmaligkeit auch vom Durchschnitt stark abweichen kann. Dem Patienten wird vor allem geholfen werden, wenn der behandelnde Arzt die individu-

ellen Ausprägungen der Krankheit in ihm erkennt und allen Besonderheiten in seine Entscheidung miteinbeziehen kann.

Dazu muss der Arzt das Kriterium der Verhältnismäßigkeit¹ anwenden. Zuerst erfolgt die Einschätzung, inwieweit eine Therapie hilfreich oder eventuell schädlich sein kann. Hier müssen der voraussichtliche Nutzen und Schaden gegeneinander abgewogen werden, um sich Klarheit darüber zu verschaffen, ob der Nutzen – eine zu erwartende Lebensverlängerung – in einem sinnvollen Verhältnis zur Belastung – zu schädlichen Nebenwirkungen – steht. In der Terminalphase kann oft eine kurze mögliche Lebensverlängerung nur mit einer starken Verschlechterung der Lebensqualität erkaufte werden. Moralisch gesehen ist eine nutzlose und belastende Maßnahme nicht vertretbar. Allerdings kann der Arzt nur auf Grund seiner therapeutischen Erfahrung diese Abwägung vornehmen. Eine sehr belastende und die Lebensqualität stark vermindernde medizinische Maßnahme, die bestenfalls nur eine kurze Lebensverlängerung bringt, wird in der Regel als eine rein lebensverlängernde Handlung bewertet werden. Sie wird für den Arzt nicht nur nicht geboten, sondern rechtfertigungsbedürftig sein.

Nur der Arzt kann dies kompetent abwägen. Seine Aufgabe ist es, diese Abwägung den Eltern, die die letzte Entscheidung treffen müssen, einfühlsam zu kommunizieren. Er wird dabei berücksichtigen müssen, dass Eltern, die mehr oder weniger von der ersten überraschenden Botschaft traumatisiert sind, ganz verschieden reagieren können. Manche werden die Situation bewältigen wollen, in dem sie so rasch wie möglich die Schwangerschaft abbrechen, in der Hoffnung, das Ganze bald vergessen zu können, ja sogar dieses Kapitel komplett aus ihrer Biographie auszulöschen. Das wirft viele Fragen auf: Darf man so handeln? Ist das wirklich gerecht? Wird hier das Wohl des Kindes angestrebt? Wie steht es mit der Achtung der Würde des Ungeborenen? Darf der Arzt da mittun?

Diese Option steht im vorliegenden Fall nicht zur Debatte.

In der Praxis wird man auch stark emotional befangene Eltern finden, die alles daran setzen wollen, um das Leben des Kindes zu retten. Sie wollen ganz genau wissen: Gibt es noch Chancen? Wie viele Tage? Sie werden vielleicht eine zweite Meinung einholen. Diese Eltern geben nicht auf, ihre Hoffnung lebt: Gibt es eine, wenn auch nur ganz kleine Chance für das Kind zu überleben oder halbwegs gesund zu werden? Wenn es sie gibt, sind sie bereit, alles für ihr Kind zu versuchen, auch wenn die Chance nur sehr, sehr gering ist. Der Wunsch, nicht aufzugeben, ist vor allem emotional begründet, ja kann auch ein Akt der Verzweiflung angesichts des Unabwendbaren sein. Die Eltern wollen so ihre Liebe zum Kind zeigen, indem sie nichts unversucht lassen, um es am Leben zu erhalten. Kein Opfer ist zu groß, selbst wenn es auch nur eine minimale Lebenschance gibt. Oft sind sie überzeugt, dass das Kind zu der ganz kleinen Gruppe gehören wird, die statistisch überleben wird. Sie geben nicht auf. Einiges in der Beschreibung dieses Falles spricht dafür, dass die Eltern von M. zu dieser Kategorie gehören, und keine Anstrengung scheuen würden, um das Kind zu retten, wenn es möglich wäre.

Eine gute Kommunikation als Schlüsselfaktor

Offensichtlich ist im vorliegenden Fall die Kommunikation sowohl innerhalb des Behandlungsteams als auch zwischen Personal und Eltern trotz der angespannten Situation gut gelungen. Zunächst die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Gynäkologie und Neonatologie: „Unmittelbar nach der Diagnose in der 23. SSW wurde auch Kontakt mit dem Kinderarzt aufgenommen und ...“. Aus der Fallbeschreibung erfährt man eigentlich nicht viel über den Kommunikationsprozess zwischen Eltern und dem behandelnden Team. Einzig das Ergebnis wird mitgeteilt: Die Eltern haben sich für die Geburt des Kindes, im Wesentlichen für die Comfort-Care-Variante, nach Empfehlung der Ärzte entschieden. Sie haben sogar eine spontane Geburt und keinen Kaiserschnitt

vereinbart, was wegen der geringeren Risiken auch in der Literatur als Option erster Wahl betrachtet wird.² Schließlich musste aber aus medizinischer Indikation (Beckenlage) die Geburt *per sectionem* durchgeführt werden. Die Kommunikation hat somit zu den optimalen Ergebnissen geführt.

Den bekannten vier Prinzipien der Bioethik³ – Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit – wurde Genüge getan. Die Eltern haben nach entsprechender Aufklärung ihre Entscheidung getroffen. Die richtige Balance zwischen Fürsorge und Nicht-Schaden wurde durch die Anwendung des Kriteriums der Verhältnismäßigkeit erreicht. Das Prinzip Gerechtigkeit fordert in diesem Fall besonders die Achtung der Würde von M. Die Würde des Embryos und des Neugeborenen wurde beachtet. Die Einbindung der Mutter bei der Pflege des Neugeborenen scheint hier auch sehr wichtig.

Die Tötung des Kindes ist ethisch unzulässig

Es soll nun die angekündigte Frage über die Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs als medizinische Alternative kurz angerissen werden. Abtreibung ist an sich in Österreich laut Strafgesetzbuch nach wie vor ein Delikt, allerdings unter gewissen Bedingungen straffrei. Die Juristen debattieren seit Jahrzehnten darüber, was ein straffreies Delikt überhaupt sei. Aus juristischer Sicht wird häufig die Ansicht vertreten, dass einem Arzt verwehrt sein sollte, ein Delikt als Behandlungsalternative für seinen Patienten anzubieten. Dies scheint auch ganz logisch und moralisch geboten. Auf der anderen Seite gibt es bereits Judikatur darüber, dass beim ärztlichen Aufklärungsgespräch diese Option (Delikt) als „Angebot“ zur Sprache kommen sollte. Dies zu unterlassen, wäre strafbar.

Aus moralischer Perspektive hingegen ist jedoch klar, dass ein Schwangerschaftsabbruch, also die direkt beabsichtigte Tötung des Kindes, niemals ein medizinisches Angebot sein kann. Wenn die Frage danach dennoch zur Sprache kommt, sollte die Information umfassend sein, also Alternativen aufzeigen – und damit über das Ansinnen

einer Abtreibung als „Problemlösung“ hinweghelfen. Es gibt inzwischen eindrucksvolle Beispiele aus Selbsthilfe-Gruppen von Eltern und Internet-Foren, in denen sich Betroffene austauschen (als Beispiel sei hier <http://www.krankes-baby-aus-tragen.de/> genannt) und Mut machen, das Baby auszutragen. Die kurzen Momente, Stunden, Tage, die Mutter und Vater mit ihrem dem Tod geweihten Kind verbringen durften, werden als großer Trost empfunden: das Kind kennenlernen zu dürfen, zu sehen, in den Armen zu halten, ... all das seien Momente, so der Tenor der Tausenden Berichte in diesem Blog, für die Eltern sehr dankbar sind. Sie haben die Chance, noch für ihr Kind dagewesen zu sein und sich auch persönlich verabschieden zu dürfen. Das bietet eine wichtige psychologische Stütze in der Verarbeitung dieses schweren Schicksals. Interessant ist an diesen Berichten, dass hier offenbar sehr bewusste Entscheidungen getroffen werden mussten, das Kind zu behalten trotz Diagnose und auch gegen den Rat eines Arztes. Das stimmt sehr nachdenklich.

In der Medizinethik gilt ein wichtiges Prinzip, das in der Bioethik kaum erwähnt wird, nämlich die Achtung der Menschenwürde. Im vorliegenden Fall muss hervorgehoben werden, dass die Eltern dieses Prinzip hochgehalten haben. M. war von Anfang an „ihr Kind“. Sie haben für das Wohl des Kindes in jeder Beziehung gesorgt: Sie haben die beste Art der Geburt gewählt, sie haben der schonendsten Therapie inklusive Schmerzbehandlung zugestimmt, das Kind wurde getauft, die Mutter wurde voll in die Pflege eingebunden, sodass „sich eine sehr emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind“ entwickelte. Eine weitere unparteiische Beobachtung spricht Bände: „Auch wenn die gesamte Situation alles andere als einfach gewesen ist, waren für die Mutter die knappen zwei Lebenswochen von M., in denen sie ihr Kind kennenlernen konnte, von großer Bedeutung“. Das Kind wurde als echtes Familienmitglied behandelt und geliebt. Es ist auch als Mitglied der Familie gestorben, wurde bis zu seinem Tode von den Eltern begleitet. Dies

bedeutet zunächst selbstverständlich einen großen seelischen Schmerz und eine tiefe Trauer, wie immer, wenn ein naher Angehöriger, noch dazu ein Kind stirbt. Aber in solchen Fällen gibt es kein echtes dauerhaftes Trauma. Die Eltern haben sich nichts zu Schulden kommen lassen, im Gegenteil, sie haben alles getan, was nur möglich war.

Die Nachricht, dass ein behindertes oder nicht lebensfähiges Kind zur Welt kommen wird, löst bei Eltern Tage, Wochen voller Emotionen aus: Angst, Trauer, Wut, Hoffnung und immer wieder stellt sich die Frage einer Abtreibung.

In so einer Situation die Tötung des Kindes als „Lösung“ anzubieten, ist aus ethischer Sicht ein schwerer Verstoß gegen die Gerechtigkeit, die man dem Kind schuldet. Eltern und vor allem Mütter sind in einer hochvulnerablen Phase, diese Option setzt sie unter extremen Druck. Dabei wird ausgeblendet, dass hier vermeintlich davon ausgegangen wird, dass durch die Tötung des Kindes das Leid vermindert und das Schicksal quasi gebändigt werden könnte („Es war nicht Schicksal, sondern wir haben entschieden“). In der Folge setzen starke Verdrängungsmechanismen ein. Das kann für einige Zeit funktionieren, dann aber – wie die wissenschaftliche Literatur zeigt⁴ – holen die Betroffenen Schuldgefühle ein, manchmal sogar noch im hohen Alter. Dieses Trauma ist dann nur mehr schwer zu bewältigen.

Die Tötung des kranken Kindes ist kein Weg der Menschlichkeit, d. h. es ist kein vernünftiger Weg, weil ein schwerwiegender Verstoß gegen die Gerechtigkeit schuldhaft vorliegt, der nicht mehr zurückgenommen, d. h. nicht wieder gut gemacht werden kann. Da bietet die von Platon (Gorgias) Sokrates in den Mund gelegte Maxime „es ist besser Unrecht erleiden als Unrecht tun“ eine ethische Orientierung. Natürlich ist ein schweres Schicksal nichts Unrechtes, trotzdem wird es meistens als solches empfunden, indem sich das Opfer ungerecht behandelt fühlt und in seiner Verzweiflung fragt: „Warum passiert das gerade mir?“

Ein schweres Schicksal anzunehmen und das

Beste daraus zu machen, ist nicht leicht, aber möglich. Dazu ist ethische Charakterexzellenz notwendig, zu der jeder Mensch prinzipiell fähig ist. Aber auch das behandelnde Team muss dazu seinen Beitrag leisten, indem es die dritte Dimension des ärztlichen Handelns besonders pflegt: zu trösten. Jedes menschliche Leben ist ein Geschenk, egal wie kurz, egal wie zerbrechlich. Dies erfahren betroffene Eltern besonders intensiv. Dass diese Erfahrung Reifungsschritte in der eigenen Persönlichkeit ermöglicht, zeigen nicht zuletzt auch die inzwischen zahlreichen Zeugnisse.

Referenzen

- 1 Prat E. H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, *Imago Hominis* (1999); 6(1): 11-31
- 2 Boss R. D. et al., *Trisomy 18 and Complex Congenital Heart Disease: Seeking the Threshold Benefit*, *Pediatrics* (2013); 132: 161
- 3 Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press (2008)
- 4 Fergusson D. M., Horwood L. J., Ridder E. M., *Abortion in young women and subsequent mental health*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (2006); 47(1): 16-24
vgl. Studie: *Abtreibung begünstigt Entstehung von Depressionen*, IMABE-Newsletter 2006, <http://www.imabe.org/index.php?id=159>
vgl. *Abortion Causes Mental Disorders: New Zealand Study May Require Doctors to Do Fewer Abortions*, 9. Februar 2006, <http://afterabortion.org/2006/90-of-abortion-may-no-longer-be-legal-in-britain-and-new-zealand/>
vgl. *Studies Showing Emotional Problems Not Relevant to American Psychological Association's Pro-Choice Advocacy*, 15. Februar 2006, <http://afterabortion.org/2006/evidence-doesnt-matter-apa-spokesperson-says-of-abortion-complications/>
vgl. Müller M. M., *Das Post Abortion Syndrom*, <http://www.kath-info.de/pas.html>

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

Jakob Cornides

Gleichheit statt Ethik. Der VfGH entkernt das Fortpflanzungsmedizingesetz

Equality Instead of Ethics. Austria's Constitutional Court Cuts the Reproductive Medicine Law

1. Einleitung

Die Entscheidung¹ des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) im Jänner 2014, einige Kernbestimmungen des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) aufzuheben und somit eine „kopernikanische Wende“ auf dem Gebiet des Fortpflanzungsmedizinrechts herbeizuführen, hat nur einige Tage lang für ein Rauschen im Blätterwald gesorgt, auch Gegenstimmen meldeten sich zu Wort.² Bald aber ist man wieder zur Tagesordnung übergegangen, als handle es sich dabei um eine ganz alltägliche Angelegenheit.

Die wichtigsten Aspekte der Entscheidung sollen nun im vorliegenden Beitrag behandelt werden. Dabei geht es vor allem um die folgenden Punkte:

- die Inkongruenz zwischen Begründung und Urteilsspruch;
- die Lückenhaftigkeit des vom VfGH vorgebrachten „Gleichbehandlungs“-Arguments;
- die Fehlinterpretation bzw. Nichtberücksichtigung der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte;
- die in der VfGH-Entscheidung nur unzureichend erörterte Frage des Kindeswohls.

Zum Abschluss dieser Erörterung wird der Frage nachgegangen, welche Schlussfolgerungen aus dieser Entscheidung für die Neugestaltung des Fortpflanzungsmedizinrechts zu ziehen sind.

2. Inkongruenz zwischen Begründung und Urteilsspruch

Zuallererst sei aber festgehalten: Die beiden verfahrensgegenständlichen Beschwerden bezogen sich ausschließlich auf einen bestimmten Sonderfall der medizinisch unterstützten Fortpflanzung, nämlich auf die in § 1 Abs. 2 lit. 1 FMedG genannte Samenspende *in vivo*, d. h. auf „das Einbringen von

Samen in die Geschlechtsorgane der Frau“. Sie bezogen sich ausdrücklich *nicht* auf die übrigen in § 1 Abs. 2 FMedG genannten Sachverhalte.

Dementsprechend hat sich auch die Argumentation des VfGH nur mit diesem Sonderfall befasst, nicht aber mit der (in der Praxis weitaus häufigeren) *in-vitro*-Zeugung. Nur diese Einschränkung hat es dem VfGH ermöglicht, die gegen die medizinisch assistierte Zeugung allgemein bestehenden ethischen Einwände (insb. die gegen die Leihmutterschaft bestehenden Bedenken, dass hierdurch der weibliche Körper in menschenunwürdiger Weise kommerzialisiert werde, oder den Hinweis, dass bei der Zeugung im Reagenzglas üblicherweise sog. „überschüssige“ Embryonen hergestellt werden, unter denen man den „besten“ aussucht und in die Gebärmutter der Auftraggeberin einpflanzt, während man die übrigen entweder kryokonserviert oder gleich zerstört) beiseitezuschieben, weil sie den entscheidungsgegenständlichen Sachverhalt nicht betreffen.

Bene docet qui bene distinguit. Umso erstaunlicher ist es, dass der Spruch des Erkenntnis weit über das hinausgeht, was die Argumentation des VfGH zu tragen vermag. Nach Weglassung der vom VfGH aufgehobenen (hier durchgestrichen wiedergegebenen) Abschnitte lauten die relevanten Bestimmungen des FMedG nunmehr wie folgt:

Begriffsbestimmungen

§ 1. (1) Medizinisch unterstützte Fortpflanzung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist die Anwendung medizinischer Methoden zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr.

(2) Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung im Sinn des Abs. 1 sind insbesondere

1. das Einbringen von Samen in die Geschlechtsorgane einer Frau,
2. die Vereinigung von Eizellen mit Samenzellen außerhalb des Körpers einer Frau,
3. das Einbringen von entwicklungsfähigen Zellen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau und
4. das Einbringen von Eizellen oder von Eizellen mit Samen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau.

(3) Als entwicklungsfähige Zellen sind befruchtete Eizellen und daraus entwickelte Zellen anzusehen.

Zulässigkeit

§ 2. (1) Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung ist nur in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft von Personen verschiedenen Geschlechts zulässig.

(2) Sie ist ferner nur zulässig, wenn nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung alle anderen möglichen und zumutbaren Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind oder ein Geschlechtsverkehr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft den Ehegatten oder Lebensgefährten wegen der ernsten Gefahr der Übertragung einer schweren Infektionskrankheit auf Dauer nicht zumutbar ist.

(3) Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe dürfen auch für eine künftige medizinisch unterstützte Fortpflanzung entnommen und aufbewahrt werden, wenn ein körperliches Leiden oder dessen dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlung eine ernste Gefahr bewirkt, dass eine Schwangerschaft nicht mehr durch Geschlechtsverkehr herbeigeführt werden kann.

§ 3. (1) Für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung dürfen nur die Eizellen und der Samen der Ehegatten oder Lebensgefährten verwendet werden.

(2) Für die Methode nach § 1 Abs. 2 Z 1 darf jedoch der Samen eines Dritten verwendet werden, wenn der des Ehegatten oder Lebensgefährten nicht fortpflanzungsfähig ist.

(3) Eizellen und entwicklungsfähige Zellen dürfen nur bei der Frau verwendet werden, von der sie stammen.

Wie unschwer zu erkennen ist, fallen mit den aufgehobenen Wortfolgen (zum Stichtag 31. Dezember 2014) nahezu alle Beschränkungen weg, denen die medizinisch unterstützte Fortpflanzung bisher unterworfen war. Erlaubt ist demnach nicht etwa nur die verfahrensgegenständliche Samenspende *in vivo* für lesbische Paare; vielmehr stehen nunmehr *sämtliche* Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung *allen* Paaren (egal ob hetero- oder homosexuell, lesbisch, verheiratet oder unverheiratet, verpartnert oder unverpartnert) offen, und auch ein Verbot der Leihmutterschaft ist dem Gesetz nun nicht mehr eindeutig zu entnehmen.³ Auch ist die Zulässigkeit nicht mehr an die Bedingung gebunden, dass zuvor alle zumutbaren Anstrengungen unternommen wurden, um eine Schwangerschaft auf „natürlichem“ Weg herbeizuführen; die medizinisch unterstützte Fortpflanzung wäre demnach nicht mehr der letzte Ausweg für ungewollt kinderlose (heterosexuelle) Paare, sondern sie steht jedermann ohne weitere Voraussetzungen zur Verfügung – beispielsweise auch Paaren, die auf natürlichen Geschlechtsverkehr einfach keine Lust haben, oder die sich durch das Verfahren der künstlichen Zeugung eine genetische Optimierung ihres Nachwuchses erhoffen. Denn auch der Herstellung einer unbegrenzten Anzahl von Embryonen und der Selektion aufgrund beliebiger Kriterien steht nun, wie es scheint, kein Hindernis mehr entgegen.

Geht man von den rechtlichen Ausführungen des VfGH aus, so wäre eigentlich nur die Korrektur der (vermeintlichen) „Ungleichbehandlung“ gleichgeschlechtlicher Paare in Bezug auf die Samenspende *in vivo* erforderlich gewesen – und alles übrige wäre nur ein unbeabsichtigter oder unvermeidbarer „Kollateralschaden“, den der Gesetzgeber dadurch wieder beheben könnte, dass er die weggefallenen Beschränkungen durch neue, diesmal aber ‚diskriminierungsfreie‘ Bestimmungen gleichartigen Inhalts ersetzte. Dies ist auch der Grund, warum die aufgehobenen Bestimmungen erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung,

nämlich zum Stichtag 31. Dezember 2014, außer Kraft treten werden. Dem Gesetzgeber verbleibt somit eine „Reparaturfrist“, die es ihm theoretisch erlauben soll, die vom VfGH eingerissenen Schranken teilweise wieder aufzurichten – wenn er es denn will und kann. Unterbleibt die Gesetzesreparatur jedoch, so gilt ab 1. Jänner 2015 das FMedG in der vom Höchstgericht „amputierten“ Form.

Diese Situation ist von vielen früheren VfGH-Entscheidungen bekannt – beispielsweise von der 2007 erfolgten teilweisen Aufhebung des Erbschafts- und Schenkungssteuergesetzes, die, da sich die Regierung auf eine Neufassung der aufgehobenen Bestimmung nicht einigen konnte, den gänzlichen Wegfall der Erbschafts- und Schenkungssteuer ab 2008 zur Folge hatte.⁴ Im vorliegenden Fall ist das Vorgehen des VfGH jedoch aus mehreren Gründen höchst fragwürdig. Denn zum einen steht der Anlass des höchstgerichtlichen Eingreifens zu seinen kollateralen Auswirkungen in keinem angemessenen Verhältnis: Um eine (vermeintliche) Diskriminierung zu beseitigen, hat man die dem FMedG zugrundeliegenden Wertungen schlichtweg auf den Kopf gestellt bzw. sie aus der Rechtsordnung eliminiert, wodurch die Reproduktionsmedizin insgesamt zu einer ethik- und menschenrechtsfreien Zone innerhalb der österreichischen Rechtsordnung zu werden droht. Zweitens wirft die neue, durch das unbedachte Handeln des Höchstgerichts herbeigeführte Rechtslage weit erheblichere menschenrechtliche Probleme auf als jene (vermeintliche) Diskriminierung, die der VfGH beseitigen wollte: nämlich alle jene Bedenken (z. B. bezüglich der Herstellung „überzähliger“ Embryonen, ihrer Selektion, Zerstörung und Kryokonservierung), die, wenn man seinen Einlassungen Glauben schenken darf, auch der VfGH durchaus für gravierend hält.⁵ Man hat also auf Spatzen mit Kanonen geschossen, und den Teufel mit Beelzebub ausgetrieben. Drittens ist dieses Vorgehen auch demokratiepolitisch bedenklich: Denn wenn bis zum Jahresende keine Gesetzesänderung zustande kommt, dann

gilt ab dem 1. Jänner 2015 *par défaut* ein inhaltlich entkerntes FMedG, das in dieser Form von keinem Gesetzgeber jemals beschlossen wurde (und wohl auch niemals beschlossen worden wäre), und dessen ethische Wertungen jenen des historischen Gesetzgebers von 1992 in keinsten Weise mehr entsprechen. Es entsteht so eine vermutlich menschenrechtswidrige Rechtslage,⁶ die überdies durch kein demokratisches Verfahren jemals legitimiert worden ist. Die nahezu unbeschränkte Freigabe reproduktionsmedizinischer Techniken wäre dann gewissermaßen das ungeplante Ergebnis eines gesetzgeberischen „Betriebsunfalls“.

Gewiss, es bestünde theoretisch die Möglichkeit, diesem „Betriebsunfall“ durch eine rechtzeitig vor Jahresende erfolgende Gesetzesänderung zuvorzukommen. Doch auch diesbezüglich wird durch die hier zu erörternde Entscheidung die Ausgangslage in einer unguten Weise verschoben, weil der Umstand, dass nach Ablauf der vom VfGH gesetzten Frist automatisch eine moralische Substandardversion des bisherigen Gesetzes in Kraft tritt, genau jenen in die Hände spielt, die einen solchen moralischen Substandard für erstrebenswert halten: Sie können ihren Willen ganz einfach dadurch durchsetzen, dass sie eine Reparatur des Gesetzes blockieren. Es besteht somit die ernstliche Gefahr, dass die Entscheidung des VfGH letztlich zu einer dauerhaften Beschädigung der im Fortpflanzungsmedizinrecht bisher geltenden ethischen Standards führen wird. Man spricht im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin oft von drohenden Dammbrüchen. Im vorliegenden Fall aber ist, um bei diesem Bild zu bleiben, der Damm nicht gebrochen, sondern die Höchststrichter haben ihn fröhlich in die Luft gesprengt – mit dem freundlichen Hinweis, dass es dem Gesetzgeber ja unbenommen bleibe, aus den Trümmern einen neuen, um zwei Zentimeter niedrigeren Damm zu errichten. Es bleibt die Frage, ob der VfGH sich mit den abzusehenden Folgen seiner Entscheidung auseinandergesetzt hat: Hat er dies unterlassen, so kann man sein Vorgehen nur als naiv bezeichnen,

hat er es aber getan, so muss er sich den Vorwurf der Mutwilligkeit gefallen lassen.

3. Die (vermeintliche) „Diskriminierung“

Da der VfGH sich in seiner Entscheidung vor allem mit dem Problemkreis einer vermeintlichen „Diskriminierung“ gleichgeschlechtlicher Paare beschäftigt hat, so will auch ich in meiner Kritik dieser Entscheidung dasselbe tun. Was alle übrigen ethischen Gesichtspunkte betrifft, die im Rahmen reproduktionsethischer Fragestellungen berücksichtigt werden sollten, so hat der VfGH sie ja nicht rundweg für unerheblich erklärt, sondern sie nur – im Zusammenhang mit dem verfahrensgegenständlichen Themenkreis der Samenspende in vivo – für nicht einschlägig gehalten. Diesem Standpunkt vermag ich teilweise zu folgen, teilweise jedoch nicht. Richtig ist, dass die Möglichkeit der Herstellung (bzw. Selektion, Tötung, oder Kryokonservierung) „überschüssiger“ Embryonen hier nicht besteht, weswegen sie im vorliegenden Aufsatz auch nicht erörtert werden muss. Andere ethische Bedenken, wie z. B. die Frage, ob nicht auch das mit Hilfe reproduktionsmedizinischer Verfahren gezeugte Kind schützenswerte Rechte hat, auf die der Gesetzgeber Bedacht nehmen muss, scheinen mir hingegen sehr wohl von Bedeutung, und ich werde hierauf noch eingehen.

Zunächst aber will ich mich mit dem Thema der „Gleichbehandlung“ befassen, das den Dreh- und Angelpunkt der hier zu erörternden Entscheidung bildet.

3.1 Die Argumentation des VfGH

Die Argumentation des VfGH lässt sich im Wesentlichen wie folgt zusammenfassen: Zunächst wird festgestellt, dass nach der bisherigen Rechtslage *„verschiedengeschlechtliche Lebensgemeinschaften einerseits und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften andererseits ungleich behandelt werden“*; sodann wird darauf verwiesen, dass *„der Gleichheitssatz“* (gemeint ist wohl: Art. 7 B-VG) es dem Gesetzgeber *„verbietet, sachlich nicht begründbare Regelungen*

zu treffen“; zuletzt wird auf Art. 8 und 14 EMRK (und die einschlägige Judikatur des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte) verwiesen, wonach gleichgeschlechtliche Beziehungen sowohl unter den Begriff des „Privatlebens“ als auch unter den des „Familienlebens“ fallen. Der Wunsch, ein Kind zu haben und sich zu diesem Zweck natürlicher oder medizinisch unterstützter Methoden der Fortpflanzung zu bedienen, unterliege dem Schutzbereich des Art. 8 EMRK; außerdem müssen *„besonders überzeugende und schwerwiegende Gründe vorliegen, um eine am Geschlecht oder an der sexuellen Orientierung anknüpfende Differenzierung nicht als Diskriminierung und damit Verletzung des Art. 14 EMRK iVm mit einem einschlägigen Konventionsrecht zu erweisen“*.

Solche *„besonders überzeugenden und schwerwiegenden Gründe“* vermag der VfGH im gegebenen Zusammenhang nicht zu erkennen, weshalb er zu dem Ergebnis einer verfassungswidrigen „Diskriminierung“ gleichgeschlechtlicher Paare kommt.

3.2 Das fehlende Glied in der Beweiskette

Die Gerechtigkeit erfordert, Gleiches gleich und Ungleiches ungleich, alles aber sachgemäß zu behandeln. Nicht jede Ungleichbehandlung ist diskriminierend; vielmehr ist unter dem negativ konnotierten Begriff der „Diskriminierung“ nur eine *unsachgemäße* Ungleichbehandlung zu verstehen. Der Nachweis einer diskriminierenden Ungleichbehandlung läuft demnach auf den folgenden Syllogismus hinaus:

Prämisse 1	A und B werden ungleich behandelt.
Prämisse 2	A und B sind aber gleich.
Schlussfolgerung	Daher liegt eine Diskriminierung vor.

Es ist ein Kennzeichen fehlerhaften Argumentierens, wenn in einem solchen Syllogismus die zweite Prämisse kurzerhand weggelassen wird. Es verbleibt ein Argument von ungefähr dieser Struktur:

Prämisse	A und B werden ungleich behandelt.
Schlussfolgerung	Daher liegt eine Diskriminierung vor.

Das Argument dreht sich also gewissermaßen um sich selbst: *Jede* Ungleichbehandlung ist zugleich eine „Diskriminierung“. Genau an diesem Fehler leidet auch die hier zu erörternde Entscheidung des VfGH: Denn einen stichhaltigen Nachweis, dass es sich bei verschiedengeschlechtlichen und gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften um etwas – in Bezug auf den Verfahrensgegenstand – „Gleiches“ handelt, sucht man in ihr vergebens. Man kann nicht einmal sagen, dass die Argumente des VfGH in diesem Punkt „nicht überzeugend“ oder „nicht stichhaltig“ seien, sondern sie sind schlicht *nicht vorhanden*: Gerade das, was zu beweisen wäre, wird unhinterfragt vorausgesetzt.

Damit fällt aber das ganze Gedankenkonstrukt des VfGH wie ein Kartenhaus in sich zusammen. Denn die Argumentation erschöpft sich letztlich in einer (ebenfalls sehr oberflächlich bleibenden) Erörterung über das Nichtvorliegen „*besonders überzeugender und schwerwiegender Gründe*“, die eine Ungleichbehandlung allenfalls rechtfertigen könnten – aber sie übersieht, dass solche Rechtfertigungsgründe gar nicht notwendig sind, wenn noch nicht einmal der Nachweis erbracht wurde, dass das, was ungleich behandelt wurde, gleich ist.

Man kann dem Höchstgericht gewiss zugehalten, dass es mit seinem argumentativen Kurzschluss keineswegs alleine steht; vielmehr ist die gesamte gesellschaftliche Debatte über die (anzustrebende oder abzulehnende) Gleichstellung homosexueller Lebensgemeinschaften von genau diesem Defizit geprägt: Eine ernsthafte Erörterung der Frage, ob das, was da gleich *behandelt* werden soll, denn auch tatsächlich gleich ist, findet nicht statt. Es ist, als gäbe es hier ein Tabu, an das niemand zu rühren wagt.

Dass die Beschwerdeführer in den beiden verfahrensgegenständlichen Anlassfällen dieses The-

ma mit Stillschweigen übergangen haben, darf man ihnen nicht verdenken – wer wollte denn von ihnen verlangen, dass gerade sie selbst auf den entscheidenden Schwachpunkt ihres Argumentes hinweisen? Aber für ein Höchstgericht gelten andere Maßstäbe: Von ihm wird erwartet, dass es seine Standpunkte schlüssig begründet. Und in diesem Punkt erweisen sich sowohl der vom OGH eingebrachte Gesetzesprüfungsantrag⁷ als auch die letztendlich vom VfGH getroffene Entscheidung als defizitär.

3.3 Die Sonderstellung der Ehe

Bevor ich diesen Punkt – die Gleichsetzung verschiedener Lebensformen – einer ausführlicheren Erörterung unterziehe, muss ich in aller gebotenen Kürze noch auf ein weiteres Problem eingehen. Die Ausführungen des VfGH sind so ungenau gefasst, dass sich ihnen nicht mit letzter Klarheit entnehmen lässt, ob das Höchstgericht bereits die ungleiche Stellung von Ehepaaren und gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften als „Diskriminierung“ wertet, oder ob sich der Diskriminierungsvorwurf nur auf die differenzierende Behandlung zwischen verschiedengeschlechtlichen und gleichgeschlechtlichen (in beiden Fällen: nichtehelichen) Lebensgemeinschaften bezieht.⁸ Man ist insoweit auf Mutmaßungen angewiesen. Aus der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte geht jedoch ganz ausdrücklich hervor, dass die EMRK der Institution der Ehe zwischen Mann und Frau eine eindeutige Sonderstellung einräumt, so dass es den Konventionsstaaten jedenfalls gestattet ist, Ehepaaren Rechte einzuräumen, die anderen Zweiergemeinschaften nicht eingeräumt werden.⁹ Da sich die Argumentation des VfGH extensiv auf die Judikatur des EuGHMR stützt, zugleich aber eine eigenständige Argumentation in Bezug auf die Ehe nicht enthält, gehe ich davon aus, dass der VfGH den Standpunkt des Straßburger Gerichtshofs teilt oder zumindest nicht in Zweifel ziehen will. Demnach wäre also auch in Öster-

reich eine bevorzugte Behandlung der Ehe zulässig, und das Diskriminierungsverbot betreffe nur die ungleiche Behandlung *nichtehelicher* verschiedengeschlechtlicher mit gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften.

Für eine allfällige Reparatur des FMedG hätte dies natürlich Folgen: Denn sie könnte ganz einfach darin bestehen, dass die aufgehobenen Bestimmungen in § 2(2) und § 3(1) und (2) unverändert wieder in Kraft gesetzt würden, während man aus § 2(1) nunmehr auch die Wortfolge „oder Lebensgemeinschaft“ entfernte, sodass er nunmehr lautete: *„Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung ist nur in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft von Personen verschiedenen Geschlechts zulässig“*. Und in der Tat fragt es sich, warum der VfGH, als es darum ging, die (vermeintliche) Ungleichbehandlung zu beseitigen, nicht diese Lösung gewählt hat, die einen bei weitem gelinderen Eingriff in die (vermeintlich) defizitäre Rechtsnorm dargestellt hätte. Denn dies hätte zwar zu einem Rechtsverlust für nichteheliche verschiedengeschlechtliche Paare geführt, der aber von diesen Paaren in durchaus zumutbarer Weise dadurch vermieden werden könnte, dass sie, bevor sie sich der Prozedur einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung unterziehen, zuerst eine Ehe eingehen. Die unzweifelhaft legitimen (und auch vom VfGH nicht in Zweifel gezogenen) Grundwertungen des FMedG wären dabei intakt geblieben. Stattdessen hat das Höchstgericht diese Wertungen in einer grobschlächtigen, durch die eigene Argumentation überhaupt nicht gedeckten Weise außer Kraft gesetzt;¹⁰ was letztlich einen demokratiepolitisch überaus bedenklichen Übergriff in die Befugnisse des Gesetzgebers darstellt.

Für den weiteren Verlauf dieser Untersuchung können wir also die Frage, ob andere Lebensgemeinschaften der Ehe gleichzustellen sind, gestrost beiseitelassen: Nach der Rechtsprechung des EuGHMR ist dies ausdrücklich nicht der Fall, und auch aus der hier besprochenen VfGH-Entscheidung ist nichts Derartiges zu entnehmen.

3.4. Worin gleichen sich (nichteheliche) verschiedengeschlechtliche und gleichgeschlechtliche Gemeinschaften?

Der Kern der Problematik scheint vielmehr darin zu liegen, dass innerhalb der Kategorie „nichteheliche Lebensgemeinschaften“ eine differenzierende Behandlung verschiedengeschlechtlicher oder gleichgeschlechtlicher Zweiergemeinschaften nach Ansicht des VfGH entweder überhaupt nicht, oder doch nur dann zulässig ist, wenn hierfür *„besonders überzeugende und schwerwiegende Gründe“* ins Treffen geführt werden können. Hier befindet sich – soviel ist immerhin zuzugeben – die nunmehrige Entscheidung des VfGH in Einklang mit der Rechtsprechung des EuGHMR, der sich in der 2013 ergangenen Entscheidung *X. und andere gegen Österreich*¹¹ genau derselben Argumentation bedient hat.

Freilich wäre es wünschenswert, wenn das österreichische Höchstgericht die Standpunkte des EuGHMR nicht einfach ungeprüft und unhinterfragt zu den eigenen machte. Gerade die hier einschlägige Entscheidung *X. und andere gegen Österreich* leidet, neben anderen gravierenden Defiziten, an genau demselben Fehler, den wir bereits im Hinblick auf die hier erörterte VfGH-Entscheidung festgestellt haben: Die (vermeintliche) Ungleichbehandlung homo- und heterosexueller Lebensgemeinschaften wird nur behauptet, aber nicht schlüssig nachgewiesen.¹²

Worin besteht also nun die (vermeintliche) Gleichheit, die zu gleicher Behandlung berechtigen soll? Zunächst besteht sie wohl vor allem in einer negativen Eigenschaft – nämlich darin, dass es sich in beiden Fällen nicht um Ehen, sondern eben um *nichteheliche* Gemeinschaften handelt, die daher auch (wie wir bereits festgestellt haben) der Ehe rechtlich nicht gleichgestellt werden müssen. Aber gibt es, von dieser negativen Feststellung abgesehen, noch weitere Gemeinsamkeiten?

Man kann natürlich dadurch zum Ergebnis der „Gleichheit“ gelangen, dass man allfällige Unterschiede, worin auch immer sie bestehen mögen,

aus der Betrachtung ausklammert. Demnach wären gleichgeschlechtliche und verschiedengeschlechtliche eben deswegen „gleich“, weil es sich in beiden Fällen um zwei Personen handelt, die „einander lieben“ und „in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben“. Eine solche Betrachtungsweise wäre jedoch nur scheinbar „objektiv“ – tatsächlich reduziert sie die eigene Wahrnehmung *willkürlich* auf dasjenige, was zum vorgefassten Standpunkt nicht in Widerspruch steht, während alles Übrige geflissentlich übersehen wird. Die vermeintliche „Gleichheit“ stellt sich demnach als das Ergebnis einer gezielten und interessegeleiteten Reduktion der Wirklichkeit dar, nicht als das Resultat einer unvoreingenommenen Betrachtung.

Wer hingegen gleichgeschlechtliche und verschiedengeschlechtliche (nichteheliche) Lebensgemeinschaften unvoreingenommen und ohne vorgefasste Absicht miteinander vergleicht, kann sich der Einsicht nicht entziehen, dass eine gleichgeschlechtliche Beziehung *ihrer Natur nach steril* ist (d. h., dass sich die beiden Partner auch dann nicht gemeinsam fortpflanzen können, wenn sie beide an sich zeugungsfähig sind), während in einer verschiedengeschlechtlichen Beziehung die Zeugung gemeinsamer Kinder möglich ist, sofern dem nicht ein körperlicher Defekt eines der beiden Partner entgegensteht. Ist in einer solchen verschiedengeschlechtlichen Beziehung die Zeugung von Kindern beabsichtigt, dann kann diese Beziehung mit einer gewissen Berechtigung als „eheähnlich“ bezeichnet werden (und zwar auch dann, wenn es am für eine Ehe erforderlichen Bindungswillen beider Partner zu fehlen scheint bzw. dieser nicht durch ein Eheversprechen formalisiert ist); sie ist jedenfalls „eheähnlicher“, als es eine gleichgeschlechtliche Beziehung jemals sein könnte. Daraus folgt nicht, dass die verschiedengeschlechtliche nichteheliche Lebensgemeinschaft der Ehe gleichgestellt werden muss, aber es folgt, dass verschieden- und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften *nicht* „gleich“ sind – jedenfalls nicht in Bezug auf die Fähigkeit, Kinder zu zeugen.

Man kann diesen ontologischen Unterschied auch anhand eines anderen Beispiels veranschaulichen. In meiner Garage steht ein Auto. Es handelt sich um ein ganz normales Auto mit vier Rädern, einem Motor, einer Passagierkabine, einem Lenkrad, einer Windschutzscheibe, und allem, was sonst noch dazugehört. Aber leider ist der Motor defekt (vielleicht ist der Keilriemen gerissen?), und das Auto bewegt sich daher nicht von der Stelle. In meiner Küche steht ein anderer Gegenstand: Er ist kubisch, und wenn man die Türe öffnet, sieht man in seinem inneren eine drehbare Trommel. Es handelt sich bei diesem Gegenstand um eine Waschmaschine. Natürlich kann auch meine Waschmaschine nicht fahren – und das, obwohl sie einwandfrei funktioniert. Das Auto und die Waschmaschine gleichen sich also insofern, als sie sich beide nicht von der Stelle bewegen – aber niemand käme wohl auf die Idee, dass mein Auto, da es nicht fahren kann, kein Auto ist. Es handelt sich eben um ein Auto mit einem Defekt. Selbstverständlich würde aber auch kein vernünftiger Mensch meine funktionierende Waschmaschine für kaputt halten, weil sie sich nicht von der Stelle bewegt, oder sie gar als „kaputtes Auto“ bezeichnen. Ebenso wenig würde jemand sagen, dass alles, was nicht fahren kann, kein Auto ist, oder dass alle Objekte, die sich nicht von der Stelle bewegen können, gleich behandelt werden müssen. Tatsächlich muss nur das Auto repariert werden, die Waschmaschine hingegen nicht.

Dem FMedG hat der historische Gesetzgeber die grundlegende Wertung zugrunde gelegt, dass die medizinisch assistierte Fortpflanzung nicht zum Regelfall der menschlichen Fortpflanzung werden, sondern dass sie (gerade angesichts der bereits erwähnten ethischen Bedenken) ein seltener Ausnahmefall bleiben soll. Sie sollte daher als letzter verbleibender Ausweg nur solchen Paaren offenstehen, die, obwohl sie alles Zumutbare unternommen haben, um auf natürlichem Weg ein Kind zu zeugen, ungewollt kinderlos geblieben sind. Die Reproduktionsmedizin soll also Abhilfe schaffen, wo körperliche Defizite eines Partners

oder beider Partner eine Zeugung auf natürlichem Weg verhindern: Wer sie in Anspruch nimmt, muss tatsächlich ein „Patient“, d. h. ein Kranker, sein.

Diese vom Gesetzgeber getroffene Wertung kann man natürlich in Zweifel ziehen. Man könnte, wie ich es an anderer Stelle bereits getan habe;¹³ die Auffassung vertreten, dass gegen die Zeugung im Reagenzglas aus den bereits mehrfach erwähnten (hier nicht zu erörternden) Gründen so schwerwiegende ethische Bedenken bestehen, dass die einzig richtige Lösung darin läge, sie überhaupt niemandem zu gestatten. Man könnte auch den Standpunkt einnehmen, dass, um ein Aufwachsen des Kindes bei seinen biologischen Eltern zu gewährleisten, wenigstens die *heterologe* Zeugung (d. h. die medizinisch unterstützte Zeugung mithilfe gespendeter Ei- oder Samenzellen) ausgeschlossen sein sollte. Oder man könnte, alle ethischen Gesichtspunkte außerachtlassend, die Meinung vertreten, dass alles, was technisch möglich ist, auch erlaubt sein sollte.

Fest steht aber, dass die vom VfGH behauptete Diskriminierung in Wirklichkeit *nicht* vorliegt. Die vom historischen Gesetzgeber vorgenommene Wertentscheidung ist konsistent und nachvollziehbar: Es besteht ein objektiver und bedeutsamer Unterschied zwischen Paaren, die kinderlos geblieben sind, obwohl sie alles Zumutbare unternommen haben, um auf natürlichem Weg ein Kind zu zeugen, und Paaren oder Einzelpersonen, die sich aus freiem Willen dazu entschieden haben, das nicht tun zu wollen, was *„Eva einst hat machen müssen, dass sie hernach den Kain gebär“*.¹⁴

Der bereits im Gesetzesprüfungsantrag des OGH nachzulesende Hinweis, dass *„Frauen, die mit einer Frau in einer Partnerschaft leben, ... von der Möglichkeit aus[geschlossen seien], Kinder zu haben und aufzuziehen“*,¹⁵ erweist sich mithin als verfehlt. Denn in Wirklichkeit hindert nichts diese an sich gesunden und fortpflanzungsfähigen Frauen daran, Kinder zu haben und aufzuziehen; ihre Kinderlosigkeit ist vielmehr die Folge eines *selbstgewählten Lebensstils*: Sie könnten das tun, was man eben tun

muss, um ein Kind zu empfangen, aber sie wollen es nicht. Ist ihr Interesse, dennoch zu einem Kind zu kommen, im selben Maß berücksichtigenswert wie der Kinderwunsch einer Frau, die aufgrund einer physiologisch bedingten Unfruchtbarkeit kein Kind hat? Und inwiefern ist, wie vom Rechtsvertreter der Antragstellerinnen behauptet, für eine empfängnisfähige Frau, die ein Kind will, der Geschlechtsverkehr mit dem Mann, der der Vater dieses Kindes werden soll, *„nicht zumutbar“*¹⁶ oder gar *„menschenverachtend“*?¹⁷ (Gilt dieses Verdikt für alle Frauen oder nur für Lesben?) Kann allen Ernstes behauptet werden, für lesbische Frauen bestehe ein *„Fortpflanzungsverbot“*?¹⁸ Spielt es überhaupt keine Rolle, dass für das künstlich gezeugte Kind ein Aufwachsen ohne Vater geplant wird? Hier hätte der VfGH, bevor er sich die Standpunkte der Antragstellerinnen ungeprüft zu eigen macht, durchaus auch ein paar kritische Nachfragen stellen müssen.

Aus alledem ergibt sich: Die vom VfGH festgestellte „Diskriminierung“ liegt in Wirklichkeit schon deswegen nicht vor, weil das, was da gleichbehandelt werden soll, nicht gleich ist. Zwischen einer Ehe, einer „eheähnlichen“ verschiedengeschlechtlichen Partnerschaft, und einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft bestehen objektive und – gerade im Hinblick auf die Möglichkeit der Fortpflanzung! – relevante ontologische Unterschiede, die nur derjenige nicht erkennt, der sie nicht erkennen will. Dabei besteht zwischen der Ehe und einer „eheähnlichen“ verschiedengeschlechtlichen Partnerschaft eine größere Ähnlichkeit als zwischen dieser und einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft. Dass es keine Diskriminierung darstellt, die Ehe besser zu stellen als nichteheliche Gemeinschaften, hat der EuGHMR ausdrücklich festgestellt. Die Entscheidung des Gesetzgebers, die Inanspruchnahme bestimmter Formen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung nur Ehepaaren bzw. nur Ehepaaren und „eheähnlichen“ verschiedengeschlechtlichen Partnerschaften zu gestatten, ist sachlich begründbar und daher zulässig.

Ein Eingehen auf die Frage, ob „*besonders überzeugende und schwerwiegende Gründe*“ vorliegen, die eine Ungleichbehandlung aufgrund der sexuellen Orientierung rechtfertigen, kann hier übrigens schon deshalb unterbleiben, weil entgegen der Annahme des VfGH das Kriterium der vermeintlichen Ungleichbehandlung gar nicht in der sexuellen Orientierung gelegen war. Vielmehr waren nach der bisherigen Rechtslage *auch heterosexuelle* Paare von der Inanspruchnahme der in § 1 FMedG genannten reproduktionsmedizinischen Verfahren ausgeschlossen, wenn sie nicht aufgrund eines Gebrechens fortpflanzungsunfähig waren. Das Unterscheidungskriterium war also nicht die sexuelle Orientierung, sondern das Vorliegen eines Gebrechens. Die Entscheidung des VfGH wäre also nur dann nachvollziehbar, wenn man die homosexuelle Orientierung selbst als ein für die Zeugung von Kindern hinderliches „Gebrechen“ qualifizierte, was aber wohl vom Höchstgericht nicht beabsichtigt war. Mangels einer solchen Zuordnung stellt sich das Erkenntnis jedoch als argumentative Schattenboxerei dar: Es gibt nur vor, sich gegen Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung zu richten, während es in Wirklichkeit den vom Gesetzgeber 1992 gewählten „gebrechensorientierten“ Ansatz aushebelt.

4. Weitere Überlegungen zu Art. 8 und 14 EMRK

Nachdem meine bisherigen Ausführungen sich auf einer rein ontologischen Ebene bewegt haben, ist es an der Zeit, sich auch der rechtlichen Argumentation des VfGH zu widmen. Diese rechtliche Argumentation läuft im Wesentlichen auf die Behauptung hinaus, die nunmehrige Entscheidung habe anders nicht getroffen werden können, da sie bereits durch die Rechtsprechung des EuGHMR vorgegeben sei. Bei näherem Hinsehen erweist sich jedoch auch dies als unzutreffend.

Daran, dass eine gleichgeschlechtliche Beziehung unter den Begriff des „Privatlebens“ in Art. 8 EMRK fällt, besteht natürlich überhaupt kein Zweifel. Und dasselbe gilt natürlich für den

Wunsch eines Menschen nach Nachwuchs oder für die Entscheidung, kinderlos bleiben zu wollen. Aber was folgt daraus? Worin besteht die „Achtung“, die der Staat diesen und anderen Aspekten des Privatlebens schuldet?

Der wesentliche Gehalt des in Art. 8 EMRK garantierten Grundrechts ist es, das Privat- und Familienleben gegen unangemessene Eingriffe zu schützen. Das betrifft vor allem den Schutz gegen Überwachung und Ausspähung: Solange gegen jemanden kein konkreter Verdacht einer strafbaren Handlung (oder einer solchen Handlungsabsicht) besteht, soll der Staat ihn nicht belauschen, bespitzeln, seinen Brief- und Fernmeldeverkehr überwachen, etc. Selbstverständlich gilt dieses Recht auch gegen Dritte (z. B. Journalisten oder Papparazzi), so dass auch insoweit eine Pflicht des Staates besteht, durch geeignete Gesetzgebung und Gesetzesvollziehung für angemessenen Schutz zu sorgen. Angesichts der im Laufe der letzten Monate erfolgten Enthüllungen über die nahezu vollständige Überwachung des Internets, des Telefon- und des Briefverkehrs durch Geheimdienste und private Unternehmen wie Google oder Yahoo ist freilich die Feststellung unumgänglich, dass das in diesem ursprünglichen Sinn aufgefasste Recht auf Achtung des Privatlebens in Wirklichkeit überhaupt nicht mehr existiert: Es besteht zwar auf dem Papier, kann aber in der Praxis nicht durchgesetzt werden. Schlimmer noch: Die europäischen Staaten scheinen nicht nur nicht imstande zu sein, ihre Bürger gegen die Ausspähung durch Geheimdienste dritter Staaten zu schützen, sondern sie lassen sich von diesen Geheimdiensten gerne mit Erkenntnissen aus helfen, die auf diese Weise gewonnen werden, so dass man hier durchaus von einer gewissen Komplizenschaft sprechen könnte. Und man hat nicht den Eindruck, dass der EuGHMR bisher irgendeinen nennenswerten Beitrag dazu geleistet hätte, diese bedenkliche Entwicklung einzudämmen.

Wie dem auch sei – fest steht, dass Art. 8 EMRK im Hinblick auf die „sexuelle Orientierung“ vor

allem eines bedeutet: nämlich, dass jedermann grundsätzlich das Recht hat, seine „sexuelle Orientierung“ vor dem Staat und der Öffentlichkeit geheim zu halten.

Ein anderer wichtiger Aspekt ist, dass es dem Staat nicht gestattet ist, das Privatleben der Bürger in überflüssiger, sachlich nicht gebotener Weise zu reglementieren. Dies betrifft z. B. den (im vorliegenden Fall entscheidungsgegenständlichen) Kinderwunsch einer Person: Der Staat darf seinen Bürgern das Kinderkriegen weder aufzwingen noch verbieten.

Daraus folgt allerdings nicht, dass Eingriffe in das Privatleben unter keinen Umständen zulässig sind. Wer seine Ehefrau verprügelt, seine Kinder sexuell missbraucht oder im Kreise Gleichgesinnter mit Kinderpornographie handelt, wird sich nicht darauf berufen können, dass dies Bestandteil seines „Privatlebens“ sei, über das der Staat nichts wissen und in das er nicht eingreifen dürfe. Das Recht auf Achtung des Privatlebens ist kein absolutes und uneingeschränktes Recht; vielmehr sind staatliche Eingriffe in dieses Recht ausdrücklich gestattet, sofern sie *„gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig (sind) für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.“*

Man könnte nun trefflich darüber streiten, ob die Definitionsmacht darüber, was eine „Straftat“, bzw. was „die Moral“ ist, dem einzelstaatlichen Gesetzgeber oder dem EuGHMR als dem zur Auslegung der Konvention berufenen Organ zustehen soll. Fest steht aber, dass es sich bei Art. 8 EMRK jedenfalls nur um ein Abwehrrecht handelt und nicht um einen Anspruch des Bürgers, bei der Verwirklichung einer wie auch immer gearteten Lebensplanung vom Staat Unterstützung und Hilfestellung zu erhalten.

Der Themenkreis des Zugangs zur medizinisch assistierten Fortpflanzung war vor nicht allzu lan-

ger Zeit Gegenstand der EuGHMR-Entscheidung in der Rechtssache *S. H. u. a. gegen Österreich*, die genau dieselben Gesetzesbestimmungen betraf, um die es auch in der hier erörterten VfGH-Entscheidung ging. Eine der Beschwerde stattgebende Kammerentscheidung wurde infolge eines Einspruchs der österreichischen Bundesregierung von einer Großen Kammer des Straßburger Gerichtshofs dahingehend revidiert, dass ausdrücklich die Vereinbarkeit der österreichischen Rechtslage mit der Menschenrechtskonvention festgestellt bzw. das Vorliegen einer Verletzung von Art. 8 und 14 der Konvention verneint wurde.¹⁹ Die Einschätzung des VfGH, dass sich dort „andere Fragen gestellt haben“,²⁰ so dass aus der Entscheidung des EuGHMR für das vorliegende Verfahren nichts zu gewinnen sei, erweist sich bei näherem Hinsehen nicht als zutreffend; tatsächlich hätte eine sorgfältigere Befassung mit der Judikatur des EuGHMR zu dem Ergebnis führen müssen, auch die beiden vom VfGH zu beurteilenden Verfassungsbeschwerden abzuweisen.

In diesem Zusammenhang ist zuallererst festzustellen, dass den Konventionsstaaten nach Auffassung des EuGHMR bei der Regelung des Zugangs zur medizinisch assistierten Fortpflanzung ein sehr weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt ist,²¹ der grundsätzlich wohl auch die Möglichkeit eines Totalverbots einschließt. Sofern ein Staat den Gebrauch solcher Techniken gestattet, darf er dies jedoch nur in einer Art und Weise tun, die niemanden diskriminiert.

Dass der Ansatz des österreichischen Gesetzgebers, die medizinisch assistierte Fortpflanzung nur als Notlösung bei einer medizinisch begründeten Zeugungsunfähigkeit zuzulassen, bei sachgemäßer Betrachtung an sich keine Diskriminierung darstellt, habe ich bereits ausgeführt. Wer sich die Entscheidung *S. H. u. a. gegen Österreich* näher ansieht, wird aber feststellen, dass der EuGHMR nicht nur diesen „gebrechensorientierten“ Ansatz des österreichischen Gesetzgebers grundsätzlich akzeptiert hat, sondern dass er darüber hinaus dem

Gesetzgeber sogar die Möglichkeit zugesteht, innerhalb dieses Ansatzes unterschiedliche Sachverhalte unterschiedlich zu regeln.

Wie das vorliegende VfGH-Erkenntnis betraf *S. H. u. a. gegen Österreich* nämlich einen Diskriminierungsvorwurf. Die Sachverhalte, die vom Gesetz unterschiedlich geregelt wurden (und auf die sich der Vorwurf daher bezog), waren sich aber dort viel ähnlicher als hier: Während es beim nunmehrigen VfGH-Erkenntnis um den Vergleich zwischen einem an einem Zeugungsgebrechen leidenden heterosexuellen Paar und einem (naturgemäß zu gemeinsamer Fortpflanzung unfähigen) lesbischen Pärchen ging, ging es in *S.H. u.a. gegen Österreich* um den Vergleich zwischen Paaren, die allesamt in die Kategorie „heterosexuell aber zeugungsunfähig“ fielen. Die vermeintliche „Ungleichbehandlung“ lag darin, dass § 3(2) FMedG die künstliche Zeugung mithilfe gespendeter Samenzellen gestattete, die Verwendung gespendeter Eizellen hingegen nicht. Der Unterschied zwischen den Vergleichssachverhalten war also sehr viel geringer – und dennoch schien er dem EuGHMR bedeutend genug, eine Ungleichbehandlung zu rechtfertigen.

Mit anderen Worten: Wenn innerhalb der Kategorie der heterosexuellen aber zeugungsunfähigen (mithin dem „gebrechensorientierten Ansatz“ unterfallenden) Paare eine differenzierende Behandlung zulässig ist, dann muss eine Differenzierung zwischen Paaren, die an einem derartigen Zeugungsgebrechen leiden, und anderen Paaren, die die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin nur als Bestandteil eines neuartigen Lifestyle in Anspruch nehmen wollen, erst recht zulässig sein.

Die Entscheidung des VfGH kann sich daher nicht nur auf die Judikatur des EuGHMR nicht stützen, sondern sie steht zu ihr in *klarem Widerspruch*. Da das Erkenntnis in Bezug auf Art. 7 B-VG, der die einzige einschlägige innerstaatliche Rechtsnorm darstellt, keine eigenständige Argumentation aufweist, ist davon auszugehen, dass auch diese Bestimmung nicht verletzt wurde. Das Erkenntnis erweist sich also insgesamt als verfehlt.

5. Das Recht des Kindes auf beide Eltern

Zu guter Letzt will ich hier noch auf einen anderen Aspekt eingehen, der vom VfGH leider überhaupt nicht berücksichtigt wurde, nämlich den des Kindeswohls.

In den (vom VfGH in seinem Erkenntnis extensiv zitierten) Schriftsätzen des OGH und der Antragstellerinnen liest man dazu manch – zum Teil wohl unfreiwillig? – Erhellendes. Beispielsweise führt der OGH aus, dass es „für ein Kind – unabhängig von der Art seiner Zeugung und den Bedingungen seines Lebens – besser ist, überhaupt zu sein als nicht zu sein“.²² Und Rechtsanwalt Graupner, der zwei der vier Antragstellerinnen vertritt, äußert sich ähnlich: „Wird lesbischen Frauen der Zugang zu Samenspenden verweigert, so müsste der Gesetzgeber nachweisen, dass es für das Kind besser wäre GAR NICHT GEBOREN ZU WERDEN, als als Kind einer Frau, die mit einer Frau in einer Partnerschaft lebt“.²³

Diese Art der Argumentation befremdet. Gewiss trifft der Satz zu, dass es für ein Kind jedenfalls besser ist, überhaupt zu sein als nicht zu sein; – mit diesem Argument hat der OGH bereits im Jahr 1999 zurecht die im Namen eines mit schweren Behinderungen zur Welt gekommenen Kindes eingebrachte Schadenersatzklage wegen „wrongful life“ (d. h. wegen des von diesem Kind angeblich nicht erwünschten Lebens) abgewiesen. Aus dem Umstand, dass der Arzt während der Schwangerschaft der Mutter eine zufolge der bestehenden Diagnosemöglichkeiten feststellbare Missbildung des Fötus nicht erkannt habe und die Abtreibung des Fötus daher unterblieben sei, könne das mit diesen Missbildungen zur Welt gekommene Kind keine Schadenersatzforderung ableiten, da eben jeder das Leben so annehmen müsse, wie er es vorfinde.²⁴

Aber ist dieses Argument, das im Zusammenhang einer Schadenersatzklage wegen „wrongful life“ fraglos richtig ist, auch im hier zu untersuchenden Zusammenhang angemessen? Könnten auf diese Weise nicht alle Rechte und legitimen Erwartungen eines mithilfe reproduktionsme-

dizinischer Verfahren gezeugten Kindes kurzerhand beiseitegeschoben werden? Und vielleicht auch die Rechte aller anderen Kinder? Es genügt ja offenbar, irgendeinen Argumentationszusammenhang darzustellen, in dem die Hypothese der Existenz eines bestimmten Kindes mit der Hypothese seiner Nichtexistenz verglichen wird: Die Existenz ist dann – zumindest für das Kind – immer besser als die Nichtexistenz.

Was passiert, wenn man diese Argumentation auf andere Sachverhalte anwendet? Was wäre, wenn z. B. ein blindes Ehepaar sich ein ebenfalls blindes Kind wünscht und daher einem Arzt den Auftrag erteilt, das noch im Mutterleib befindliche Kind mittels eines chirurgischen Eingriffs zu blenden? Es kommt natürlich immer wieder vor, dass Kinder mit derartigen Beeinträchtigungen zur Welt kommen – aber darf man dies planen oder vorsätzlich herbeiführen? Was ist mit Eltern, die sich ein Kind mit nur einem Bein wünschen? Diese Gedankenspielerien sind gewiss nicht lebensnah – aber sie betreffen Sachverhalte, die immerhin denkbar sind.²⁵ Gilt dann immer noch das Prinzip, das Kind solle sich nicht beschweren, da es besser sei, überhaupt zu sein, als nicht zu sein? Haben Menschen mit Kinderwunsch das Recht zur „Planung“ blinder oder gehbehinderter Kinder? Gegenüber der in Österreich straffreien Abtreibung, die die Nichtexistenz des Kindes zur beabsichtigten Folge hat, stellen sich solche gezielten Verstümmelungen zweifellos noch als gelindere Form des Eingriffs dar – und doch scheint der Gedanke unerträglich, dass solche Planungen zulässig sein sollen. Wenn aber solche Planungen zurecht als unzulässiger Eingriff in die Rechte des Kindes zu betrachten sind, so fragt es sich, weshalb es in Bezug auf den Plan, ein Kind ohne seinen natürlichen Vater aufwachsen zu lassen, anders sein sollte.²⁶

Die Ausführungen des Rechtsanwalts Dr. Graupner klingen so, als wollte er dem Kind, das seine Mandantinnen sich wünschen, schon vor der Geburt zurufen: „Sei froh, dass Du leben darfst, und stell keine dummen Fragen!“

Es bleibt ein schaler Beigeschmack: Wie es scheint, haben im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin nur die beteiligten Erwachsenen irgendwelche Rechte, das Kind hingegen keine. Alles dreht sich nur um den „Kinderwunsch“. Dieser „Kinderwunsch“ schafft scheinbar eine durch Art. 8 EMRK grundrechtlich abgesicherte Rechtsposition; der Staat hat ihn nicht zu hinterfragen, sondern zu seiner Verwirklichung beizutragen – und zwar auch dann, wenn er von Einzelpersonen oder einem unfruchtbaren oder gleichgeschlechtlichen Paar geäußert wird. Das Kind hingegen ist und bleibt ein rechtloses Objekt. Ihm wird vom OGH (und von einem betriebsamen Rechtsanwalt, dem man die Einseitigkeit seines Standpunkts freilich nicht zum Vorwurf machen kann, weil er als Parteienvertreter agiert) mitgeteilt, dass seinen Interessen von vornherein nur ein geringer oder gar kein Stellenwert beizumessen sei, weil ja niemand dazu verpflichtet gewesen sei, seine Herstellung in Auftrag zu geben. Und der VfGH fügt dem einen dünnen Verweis auf § 20 Abs. 2 FMedG hinzu, der dem Kind nach Vollendung des 14. Lebensjahres die Möglichkeit einräumt, von der Identität seines biologischen Vaters Kenntnis zu erhalten.

Das scheint mir ein wenig dürftig.

Die Beziehung zwischen Kindern und ihren Eltern ist nicht bloß ein rechtliches Konstrukt, das vom Gesetzgeber nach Belieben gestaltet werden darf. Vielmehr handelt es sich um eine Gegebenheit, die zu respektieren ist. Der Umgang der Rechtsordnung mit solchen Gegebenheiten gibt Auskunft über das zugrundeliegende Menschenbild.

Das mithilfe einer Samenspende entstandene Kind wächst mit seiner Mutter und einer Person auf, die *nicht* sein Vater ist. Ihm wird also das Recht auf eine Beziehung zu seinem leiblichen Vater (und bis zum 14. Lebensjahr sogar das Recht, auch nur die Identität dieses Vaters zu kennen) genommen. Stattdessen wird von ihm verlangt, dass es eine andere Person, nämlich den Lebensgefährten oder Ehegatten seiner Mutter, als „Vater“ betrachtet und respektiert. Infolge der hier besprochenen

VfGH-Entscheidung kann es sich bei dieser zweiten Person nunmehr auch um eine Frau handeln, deren Qualifikation für die Rolle als „Bezugsperson“ offenbar allein darin besteht, dass sie mit der leiblichen Mutter des Kindes gleichgeschlechtliche Intimbeziehungen unterhält. Nicht nur auf den Vater hat das Kind kein Recht, sondern auch nicht auf eine männliche Vaterfigur. Und die Vorstellung, dass das Kind eine Bezugsperson braucht, die ihm einen gesunden, auf die Weitergabe des Lebens orientierten Umgang mit der Sexualität vorlebt, scheint unserem Höchstgericht ja mittlerweile völlig fremd zu sein. Ganz augenscheinlich liegt allem die Annahme zugrunde, dass die Rolle einer „Bezugsperson“ beliebig substituierbar ist: Man braucht dem Kind nur zu befehlen, die betreffende Person fortan als „Papa“ oder „Mama“ zu bezeichnen, und die Sache hat sich. Was dies für die Identitätsfindung und das Selbstbewusstsein des Kindes bedeutet, wenn es in dieser entwürdigenden Weise zum Gegenstand fremder Verfügung gemacht wird, kann man sich leicht denken.

Man könnte mir natürlich entgegenhalten, dass meine Kritik sich allgemein gegen die Praxis der Samenspende durch Dritte richtet, und nicht nur gegen den Umstand, dass diese nunmehr auch gleichgeschlechtlichen Paaren zugänglich gemacht wird; nur letzteres sei aber Gegenstand der nunmehrigen VfGH-Entscheidung. Die Entscheidung, verschiedengeschlechtlichen Paaren die Zeugung eines Kindes mithilfe einer Samenspende *in vivo* zu ermöglichen, sei vom Gesetzgeber schon vor etlichen Jahren getroffen worden.

Dieser Einwand mag zutreffen. Aber mit der nunmehrigen Entscheidung hat man auf diesem Irrweg doch zwei entscheidende neue Schritte gesetzt: Denn zum einen wird aus dem, was nach der Absicht des historischen Gesetzgebers ein Ausnahmefall bleiben sollte, nunmehr ein Regelfall (da ein lesbisches Paar *nur* durch Samenspende zu einem Kind kommen kann); zum anderen schlägt man die Warnungen vieler Entwicklungspsychologen in den Wind, dass ein Kind zweier verschie-

dengeschlechtlicher Bezugspersonen bedarf, und mutet ihm stattdessen die Fiktion eines „gleichgeschlechtlichen Elternpaares“ zu. Und dies alles – die Unkenntnis des biologischen Vaters, und das Aufwachsen bei zwei gleichgeschlechtlichen Eltern – sind nicht etwa die Folge irgendwelcher unvorhergesehener Schicksalsschläge, sondern das Ergebnis einer von den Interessen der beteiligten Erwachsenen geleiteten *Planung*. Welchem Menschenbild entspricht das? Geht es hier wirklich um „Gleichberechtigung“, oder sind wir nicht eher dabei, das Kind zur Ware zu degradieren?

6. Was ist nun zu tun? Vorschläge für eine „diskriminierungsfreie“ Neufassung des FMedG

Ich denke, alle ethisch und rechtlich denkenden Menschen werden darin übereinstimmen, dass die durch das vom VfGH verfügte Außerkrafttreten einzelner Bestimmungen entstehende Rumpffassung des FMedG nicht unkorrigiert stehenbleiben kann: Sie würde zu einem ethischen Dammbruch führen, der von den tragenden Erwägungen des hier besprochenen VfGH-Erkenntnisses nicht gedeckt und, wie ich hoffe, vom Höchstgericht auch nicht beabsichtigt ist. Die Einräumung einer Übergangsfrist scheint vielmehr darauf hinzudeuten, dass auch der VfGH eine (freilich nach seinen eigenwilligen Kriterien „diskriminierungsfreie“) Neuregelung der Materie für erforderlich hält.

Wie kann eine solche Neuregelung aussehen?

Im Grunde geht es hier um die Festlegung zweier Determinanten: einerseits um die Frage, welche Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung überhaupt zulässig sein sollen, andererseits aber um den zur Inanspruchnahme dieser Möglichkeiten berechtigten Personenkreis.

Die durch die nunmehrige VfGH-Entscheidung hervorgerufene Notwendigkeit einer gesetzlichen Neuregelung bietet die Gelegenheit, auch über grundsätzliche Probleme noch einmal von neuem nachzudenken, selbst wenn diese nicht Gegenstand der Anlassentscheidung waren. Für

den vom VfGH nur kurz angedeuteten – aber nicht verfahrensgegenständlichen – Problemkreis der Herstellung, Selektion und Aufbewahrung oder Vernichtung sog. „überschüssiger“ Embryonen fehlt es bislang an einer ethisch überzeugenden Lösung. Es zeigt sich sogar, dass die in vielen europäischen Ländern im Bereich der Reproduktionsmedizin geübte Praxis ein gefährliches Potenzial aufweist, das Bewusstsein für die Menschenwürde in breiten Bevölkerungsschichten zu untergraben. Die kürzlich vom EuGHMR zugelassene Beschwerde einer italienischen Frau, die ein Eigentumsrecht an den vor einigen Jahren in ihrem Auftrag hergestellten „überschüssigen“ Embryonen geltend macht,²⁷ sollte die letzten Zweifel ausräumen, worauf die Entwicklung hinausläuft: dass ein menschliches Wesen zur bloßen „Sache“ erklärt wird, über die andere Menschen nach Belieben verfügen können.

Angesichts dieser Entwicklung spräche viel dafür, die medizinisch unterstützte Fortpflanzung entweder ganz zu verbieten oder, wenn dies nicht „mehrheitsfähig“ sein sollte, den Zugang zu ihr (im Sinne der vom Gesetzgeber ursprünglich getroffenen Wertung) einzuschränken: Sie soll weiterhin nur in speziell begründeten Ausnahmefällen Anwendung finden und nicht etwa als Bestandteil eines modischen Lebensgefühls. Die Zeugung mithilfe einer Samenspende sollte ganz verboten werden; im Übrigen aber sollte am vom Gesetzgeber 1992 gewählten „gebrechensorientierten“ Regellungsansatz festgehalten werden.

Die vom VfGH in der hier besprochenen Entscheidung vorgetragenen Argumente scheinen ein Festhalten an diesem Ansatz in keiner Weise auszuschließen; ihre Stoßrichtung liegt ja in der Beseitigung einer vermeintlichen „Diskriminierung“ gleichgeschlechtlicher gegenüber verschiedengeschlechtlichen (nichtehelichen) Lebensgemeinschaften. Auch wenn die Entscheidung sehr schlecht begründet erscheint, wird man ihr zumindest in diesem Punkt Rechnung tragen müssen. Dementsprechend sollte § 2 Abs. 1 dahin-

gehend abgeändert werden, dass die medizinisch unterstützte Fortpflanzung fortan nur in einer Ehe zulässig sein soll.

Referenzen

- 1 VfGH, 10. 12. 2013, G 16/2013 und G 44/2013
- 2 Cornides J., *Samenspende für Lesben: Unscharfes Denken durch Gleichheitswahn*, Kommentar der anderen, Der Standard, 26. 1. 2014, <http://derstandard.at/1389858296185/Unscharfes-Denken-durch-Gleichheitswahn>
- 3 Die in § 3 Abs. 3 FMedG enthaltene Bedingung schließt nämlich keineswegs aus, dass eine Frau sich als Leihmutter verdingt – etwa um dadurch einem homosexuellen Paar einen Kinderwunsch zu erfüllen. Die einzige Voraussetzung ist, dass die zu befruchtende Eizelle von ihr selber stammt. Dies wäre sozusagen das Korrelat zum hier vom VfGH untersuchten Sachverhalt eines lesbischen Paares, das mithilfe einer Fremdsamenspende zu einem Kind kommen möchte.
- 4 VfGH, 7. 3. 2007, VfSlg 18093/2007. Wiewohl ich ihre letztendliche Folge, nämlich den gänzlichen Wegfall der Schenkungs- und Erbschaftssteuer, durchaus gutheiße, halte ich auch diese Entscheidung des VfGH für verfehlt. Ganz wie die im vorliegenden Aufsatz erörterte Entscheidung ist auch sie das Ergebnis einer verkehrten Anwendung des Gleichheitssatzes, die darauf hinausläuft, nicht etwa Personen gleich zu behandeln, sondern (unterschiedliche!) Sachverhalte: A hat ein Grundstück geerbt, und B ein Sparbuch, was nach der (vom VfGH für gleichheitswidrig gehaltenen) Rechtslage zu unterschiedlichen Steuerfolgen führte. Der Gleichheitssatz in Art. 7 B-VG erfordert aber nur, dass Personen (ohne Ansehen ihres Standes, ihres Geschlechtes, ihrer Person, etc.) vor dem Gesetz gleich seien; dass zwei an sich unterschiedliche Sachverhalte gleichbehandelt werden müssen, geht aus ihm nicht hervor.
- 5 vgl. VfSlg 15.632/1999
- 6 Die Vermutung der Menschenrechtswidrigkeit stützt sich einerseits auf das Faktum, dass die nunmehrige Rechtslage die Selektion, Zerstörung und Kryokonservierung menschlicher Embryonen gestattet, obwohl der VfGH selbst in VfSlg 15.632/1999 die Auffassung vertreten hatte, dass diesbezügliche ethisch/moralische Bedenken das Verbot derartiger Praktiken rechtfertigten; es ist aber seit 1999 kein technologischer Fortschritt eingetreten, der – etwa, indem er die Vermeidung solcher Verfahrensschritte ermöglichte – diese Bedenken heute obsolet erscheinen ließe.

- Andererseits lässt die nunmehr entstandene Rechtslage auch sämtliche wichtigen Belange des in vitro gezeugten Kindes außer Acht; vgl. hierzu Abschnitt 5 des vorliegenden Beitrags.
- 7 Das zu G 16/2013 protokollierte Gesetzesprüfungsverfahren geht auf einen Antrag des OGH zurück, von dem in Rz 8 der VfGH-Entscheidung längere Passagen wiedergegeben werden.
 - 8 Formulierungen in Rz 31, 32, 39, 40, 41, und 42 der Entscheidung lassen anklingen, dass zumindest die verfahrenseinleitenden Anträge einen Vergleich zwischen (nicht registrierten) homosexuellen Partnerschaften und der Ehe herstellen wollten; die rechtlichen Ausführungen des VfGH sind freilich so allgemein gefasst, dass sich nicht recht erschließt, was womit verglichen wird.
 - 9 vgl. z. B. EuGHMR, *Burden gg. Vereinigtes Königreich* (13378/05), § 63; *Gas und Dubois gg. Frankreich* (25951/07), § 68; jeweils m. w. N.
 - 10 Wie der VfGH auch in der vorliegenden Entscheidung (Rz 27) ausführt, soll ein Normenkontrollverfahren dazu führen, „die behauptete Verfassungswidrigkeit – wenn sie tatsächlich vorläge – zu beseitigen“, wobei „der nach Aufhebung verbleibende Teil der Norm möglichst nicht mehr verändert werden soll, als zur Bereinigung der Rechtslage notwendig ist.“ Von diesen Vorgaben scheint die Entscheidung jedoch in zweifacher Hinsicht abzuweichen: denn einerseits scheint bei genauerem Hinsehen die behauptete Verfassungswidrigkeit nicht vorzuliegen, andererseits hätte man die (vermeintliche) Diskriminierung beseitigen können, ohne deswegen gleich die grundlegenden ethischen Wertungen des Gesetzes infrage zu stellen.
 - 11 EuGHMR, *X. und andere gg. Österreich* (19010/07), insb. §§ 130, 134, 136, 141, 151
 - 12 In dem Verfahren ging es um die Frage, ob in Österreich für Homosexuelle die Möglichkeit der sog. „Stiefkindadoption“ geschaffen werden müsse, d. h. die Möglichkeit, das leibliche Kind eines gleichgeschlechtlichen Lebensgefährten zu adoptieren. Der EuGHMR bejahte dies, da er eine ungerechtfertigte Diskriminierung gleichgeschlechtlicher im Verhältnis zu verschiedengeschlechtlichen (nichtehelichen) Lebensgemeinschaften zu erblicken vermeinte. Bei näherem Hinsehen stellt sich jedoch heraus, dass bereits die Ausgangsfrage falsch gestellt war: Das österreichische Recht kennt nämlich den Begriff einer „Stiefkindadoption“ gar nicht, sodass insofern auch kein „Recht“ besteht, in Bezug auf welches jemand diskriminiert sein könnte. Tatsächlich sieht das ABGB nur die Adoption durch Ehepaare (die aber als Vergleichsobjekt für den Diskriminierungsvorwurf nicht in Betracht kam, weil, wie bereits erwähnt, die Judikatur des EuGHMR eine Besserstellung der Ehe gestattet) oder durch Einzelpersonen vor. Die sog. „Stiefkindadoption“ ist daher in Wirklichkeit ein Sonderfall der Adoption durch eine Einzelperson. In Bezug auf ein Recht (sofern es sich überhaupt um ein solches handelt), das nur durch Einzelpersonen ausgeübt werden kann, ist aber eine „Diskriminierung“ bestimmter Zweiergemeinschaften gegenüber bestimmten anderen Zweiergemeinschaften bereits begrifflich ausgeschlossen. Des Weiteren ist festzuhalten, dass nach der (auch damaligen) österreichischen Rechtslage Homosexuelle nicht von der Möglichkeit Kinder zu adoptieren ausgeschlossen waren; eine „Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung“ konnte also auch aus diesem Grund nicht vorliegen. Das eigentliche Hindernis für die von der Antragstellerin angestrebte Adoption des leiblichen Kindes ihrer Lebensgefährtin lag in Wirklichkeit nicht in ihrer sexuellen Orientierung begründet, sondern nur darin, dass nach (damaligem) österreichischem Recht eine Adoptivmutter nur an die Stelle der natürlichen Mutter bzw. ein Adoptivvater nur an die Stelle des natürlichen Vaters treten konnte; eine Adoption, bei der der natürliche Vater durch eine Frau ersetzt worden wäre, war demnach unzulässig. Mit der „sexuellen Orientierung“ des (oder der) Adoptionswilligen hat dies freilich nichts zu tun, sondern nur mit seinem (bzw. ihrem) Geschlecht. Doch auch eine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts lag mit Sicherheit nicht vor, da Männer und Frauen genau gleich behandelt wurden. Die Entscheidung des EuGHMR erweist sich daher als verfehlt.
 - 13 Cornides J., *Das Verbot der Eizellspende als „Diskriminierung“*, Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL) (2010); 4: 106–117, vgl. insb. S. 114 ff.
 - 14 Mozart W. A., *Brief an seine Schwester*, 18. August 1784, (vgl. Schiedermaier L., *Die Briefe W. A. Mozarts und seiner Familie*, Band 2, München/ Leipzig (1914), S. 260–262)
 - 15 Wiedergegeben in Rz 9 der hier besprochenen VfGH-Entscheidung
 - 16 vgl. § 2 (2) FMedG
 - 17 So der in Rz 12 der Entscheidung auszugsweise wiedergegebene, von RA Dr. Graupner im Namen zweier Antragstellerinnen eingebrachte Gesetzesprüfungsantrag (dort unter Abschnitt 30)
 - 18 ebd., Abschnitt 54
 - 19 EuGHMR, *S. H. u. a. gegen Österreich* (57813/00)
 - 20 vgl. Rz 46 in der hier besprochenen Entscheidung
 - 21 EuGHMR, *S. H. u. a. gegen Österreich* (57813/00), § 97

- 22 Wiedergegeben in Rz 9 der hier besprochenen Vf-GH-Entscheidung
- 23 vgl. den in Rz 12 der Entscheidung auszugsweise wiedergegebenen Gesetzesprüfungsantrag (dort unter Abschnitt 33)
- 24 OGH, 1Ob 91/99k, 25. 5. 1999
- 25 Eine Mitarbeiterin von IMABE, die diesen Aufsatz korrigiert hat, macht mich darauf aufmerksam, dass die hier geschilderten Sachverhalte offenbar keineswegs so lebensfern sind, wie ich dachte (bzw. hoffte). Die britische Tageszeitung „The Guardian“ vom 8. April 2002 berichtet von zwei tauben lesbischen Frauen, die sich an eine reproduktionsmedizinische Klinik mit dem Wunsch wandten, ihnen ein ebenfalls taubes Kind zu verschaffen. Als Samenspender komme daher nur ein Gehörloser in Betracht.
- 26 Dass das Kind grundsätzlich ein Recht darauf hat, mit seinen biologischen Eltern aufzuwachsen, ist im internationalen Recht anerkannt. So bestimmt z. B. Art. 24.3 der EU-Grundrechtecharta: „Jedes Kind hat Anspruch auf regelmäßige persönliche Beziehungen und direkte Kontakte zu beiden Elternteilen, es sei denn, dies steht seinem Wohl entgegen“. Es ist erstaunlich, dass der VfGH in der vorliegend erörterten Entscheidung das Thema der Samenspende abhandelt, ohne auch nur mit einem Wort auf diese Bestimmung einzugehen.
- 27 EuGHMR, *Parillo gegen Italien* (46470/11)

Dr. Jakob Cornides
rue de l'Aqueduc 27, B-1060 Bruxelles
jakob.cornides@yahoo.com

Margit Spatzenegger

Endokrine Disruptoren - ein außer Kontrolle geratenes Experiment?

Endocrine Disruptors - An Experiment Getting out of Control?

Zusammenfassung

Endokrine Disruptoren (EDCs) sind Verbindungen, die in das endokrine System eingreifen, dessen Funktion unterbrechen und zu gesundheitlichen Schäden führen können. Zu dieser Substanzgruppe gehören Hormone, Verbindungen in Plastik sowie Pestizide. Seit 1950 sind negative Auswirkungen dieser Ökotoxide auf die Fertilität der Tiere bekannt. In den letzten Jahren werden diese auch mit gesundheitlichen Schädigungen des Menschen in Verbindung gebracht wie Fertilitätsstörungen, negative Auswirkungen auf Schilddrüsen- und Hirnfunktion und erhöhtes Krebsrisiko. Diese neuen Erkenntnisse haben jüngst weltweit zu Diskussionen hinsichtlich neuer Gesetze und regulatorischer Richtlinien geführt. Im folgenden Artikel sollen die wesentlichen toxikologischen und ethischen Herausforderungen diskutiert werden insbesondere in Bezug auf den kumulativen Effekt, dem Verlust der Wirkschwelle, der Auswirkung auf die Nachkommen und das Verschwinden der Trennlinie zwischen Mensch und Tier.

Schlüsselwörter: Endokrine Disruptoren, kumulative Effekte, Transgenerationeneffekt, Tierethik, Umweltethik

Abstract

Endocrine disrupting chemicals (EDCs) refer to a spectrum of compounds that interfere with the endocrine system, disrupt its normal function, and can lead to health problems. Hormones, plastic compounds, and pesticides are some examples of these compounds. The adverse effects of EDCs on animal reproduction have been known since 1950. In recent years, there has been growing evidence of their adverse effects on human reproduction, thyroid function, brain function, and an increased risk of cancer. This new evidence has resulted in worldwide discussions regarding new laws and regulatory guidelines. In this article, the main toxicological as well as ethical challenges posed by EDCs will be discussed, particularly regarding their cumulative effect, the absence of an effective dose level, the trans-generational effects, and the blurring of the dividing line between humans and other creatures.

Keywords: endocrine disrupting chemicals, cumulative effects, trans-generational effects, animal ethics, environmental ethics

Mag. pharm. Dr. Margit Spatzenegger, Lic.
bioethics
Scheibenbergstraße 38, Top 2/21, A-1180 Wien
Margit.Spatzenegger@gmx.net

„Im Menschen hat die Natur sich selbst gestört und nur in seiner moralischen Begabung...einen unsicheren Ausgleich für die erschütterte Sicherheit der Selbstregulierung offengelassen“¹ – so schrieb Hans Jonas vor mehr als 30 Jahren.

In diese Selbstregulierung hat der Mensch in den letzten Jahrzehnten mit einer Selbstverständlichkeit eingegriffen, ohne zunächst zu merken, dass er in ein globales Experiment mit massiven Auswirkungen auf die Natur involviert ist. Dies betrifft vor allem den Bereich der Ökotoxizität. Niemals zuvor wurden so viele Schadstoffe in einem vergleichbaren Ausmaß und mit derartiger Geschwindigkeit dem Ökosystem zugeführt.² Dass dies meist ohne direkte Absicht – zumindest was die Sicherheit des Menschen anbelangt – geschehen ist, entschuldigt nicht. Denn die Konsequenzen sind schon lange sichtbar und bekannt – allerdings nicht beim Menschen, sondern in der Tierwelt. Da allerdings die Schädlichkeit für den Menschen bisher nicht wissenschaftlich erwiesen war, wurde und wird die Natur weiter (aus)genutzt, ohne sich um andere Lebensformen zu kümmern.

Wie irreführend diese abwartende Schlussfolgerung ist, zeigt sich nun insbesondere in Bezug auf eine Substanzgruppe, die als endokrine Disruptoren (EDCs = endocrine disrupting chemicals) bezeichnet werden. Dazu gehören so unterschiedliche Substanzgruppen wie pharmazeutische Produkte (z. B. Östrogene, wie das in Kontrazeptiva enthaltene Ethinylestradiol (EE₂), Hormone in der Tiermedizin, Antibiotika und Cytotoxine), das im Plastik enthaltene Bisphenol A, durch den Autoverkehr verursachte polyzyklische aromatische Hydrocarbone, Produkte in Textilien, Pestizide, Metalle, Lebensmittelzusatzstoffe, Kosmetika oder das Desinfektionsmittel Triclosan, aber auch natürliche Substanzen wie Phytoöstrogene. Diese Verbindungen greifen sowohl im Menschen als auch bei fast allen Lebewesen in das sogenannte endokrine System ein. Dieses ist zusammen mit dem Nervensystem verantwortlich für die innere Stabilität plurizellulärer Lebewesen. Das endokri-

ne System wird reguliert durch hochaktive Substanzen, die Hormone.

Schädigungen durch EDCs, wie beispielsweise durch die Einnahme des synthetischen Östrogens Diethylstilbestrol zur Verhütung von Schwangerschaftskomplikationen, sind bereits seit 1950 bekannt.³ Allerdings dauerte es noch 40 Jahre, bis Theo Colburn den Begriff der „endocrine disruptor chemicals“ (EDC) für hormonell aktive Umweltschadstoffe prägte.⁴ Noch 2002 wurde in einem Bericht der WHO zu EDCs erklärt, dass es nur wenige Beweise gäbe, die auf eine Gesundheitsgefährdung des Menschen hinweisen. Hingegen sei ausreichend bewiesen – auch durch Laboruntersuchungen –, dass es zur Schädigung des endokrinen Systems in der Tierwelt kommt.⁵ Mittlerweile werden EDCs von der Europäischen Umweltbehörde, der Europäischen Kommission und der Endocrine Society mit einer Reihe von gesundheitlichen Schädigungen des Menschen in Zusammenhang gebracht, wie Fertilitätsstörungen, Missbildungen bei Nachkommen, Entwicklungsstörungen, negative Auswirkungen auf die Schilddrüsenfunktion, auf den Metabolismus und erhöhte Risiken der Krebsentstehung in hormonabhängigen oder hormonproduzierenden Organen.⁶

Die brennende Aktualität und globale Dringlichkeit des Themas EDCs hat jüngst zu heftigen Diskussionen auf wissenschaftlicher und behördlicher Ebene geführt: Ein Bericht der WHO und UNEP Ende 2012/Anfang 2013 veröffentlicht durch Ake Bergman et al.⁷ bringt EDCs mit erhöhtem Krebsrisiko sowie mit gesundheitlichen Problemen der Schilddrüse, des Gehirns und Fertilitätsstörungen in Verbindung. Daraufhin unterzeichnen im Mai 2013 89 Wissenschaftler die sogenannte „2013 Berlaymont Declaration on Endocrine Disruptors“.⁸ Darin ist zu lesen, dass die europaweite Zunahme an hormonellen Erkrankungen nicht nur durch genetische Vorbedingungen und Lebensstil erklärt werden könne. Im März 2013 wurde von der EFSA die „Scientific Opinion on the hazard assessment of endocrine disruptors“ publiziert,⁹ die zwi-

schen endokrin aktiven Verbindungen und EDCs unterscheidet. Daraufhin warf PAN Europe (The Pesticide Action Network Europe) in einem offenen Brief dem Kommissar für Gesundheit und Konsumentenschutz Tonio Borg vor, für die Industrie Gesetzeslücken zu schaffen, da die EFSA einen Nachweis für einen kausalen Zusammenhang zwischen endokriner Aktivität und unerwünschter Wirkung verlangt, in den Pestizid/Biozid Gesetzen aber nur die Möglichkeit einer negativen Auswirkung auf die Gesundheit genügt, um die Chemikalien aus dem Verkehr zu ziehen.¹⁰ In einem Brief an Professor Anne Glover, der wissenschaftlichen Beraterin des Präsidenten der Europäischen Kommission warnen 81 Wissenschaftler ausdrücklich vor neuen europäischen Regularien, die es als unmöglich ansehen, einen Schwellenwert oder einen sicheren Grenzwert für EDCs zu definieren. Dies würde die gegenwärtigen wissenschaftlichen und regulatorischen Praktiken auf den Kopf stellen und das traditionell akzeptierte Wissen der Toxikologie ignorieren.¹¹ Diese neuen Standards würden außerdem weitreichende Folgen für die Gesellschaft und unsere Gewohnheiten haben. Eine für Dezember 2013 geplante Publikation der EU zur Definition der EDCs wurde von EU Umweltkommissar Janez Potocnik verschoben. Auf Initiative Frankreichs wurde die EU im Juni dieses Jahres jedoch wieder zu vereintem Handeln in Bezug auf EDCs aufgerufen.¹²

Hier geht es um mögliche Änderungen unseres täglichen Lebensstils. Die erste Frage an uns lautet: Wollen wir lieb gewonnene Gewohnheiten ändern, um uns und unsere Mitmenschen vor krankmachenden Chemikalien zu schützen? Die zweite Frage lautet und sie ist mit der ersten untrennbar verwoben: Wollen wir auch unsere Gewohnheiten ändern, um Tiere und die unbelebte Natur zu bewahren? Denn hätten wir den stummen Appell der Tiere und der Natur früher gehört, wäre der Natur, aber auch uns viel erspart geblieben. Diese Erkenntnis des „Fast zu Spät-Seins“ aber fordert ein radikales Umdenken aus ethischer Perspektive. In diesem Artikel sollen die wesentlichen Heraus-

forderungen der herkömmlichen Toxikologie und Ethik andiskutiert werden. Eine vollständige Darstellung des komplexen Themas ist im Rahmen dieser Publikation nicht möglich.

Der kumulative Effekt

In konventionellen Toxikologiestudien wurden bisher meist nur Effekte einzelner Substanzen untersucht. Tatsächlich ist aber der Organismus immer vielen Substanzen gleichzeitig ausgesetzt. Verbindungen, die für sich allein keine toxischen Wirkungen zeigen, können, wenn Mensch und Tier diese gleichzeitig zu sich nehmen, zu synergistischen oder additiven schädlichen Effekten führen – auch kumulative Effekte oder Cocktaileffekt genannt. Diese kumulierten Expositionen werden in der klassischen Risikobewertung kaum beachtet.

EDCs kommen in vielen alltäglichen Gebrauchsgütern, in Lebensmitteln, in Arzneimitteln und in den Gewässern vor. Wenn diese Verbindungen einmal in der Umwelt vorhanden sind, können sie durch Luft und Wasserströmungen in die entferntesten Regionen kommen.¹³ Durch die Nahrungsmittelkette können abbauresistente EDCs in großen Mengen in Mensch und Tier angereichert werden. Auch wenn diese rasch abgebaut werden, kann eine regelmäßige Kontamination z. B. von landwirtschaftlichen Abflüssen zu hohen Konzentrationen führen. EDC-Exposition geschieht durch Aufnahme von Nahrungsmitteln, Staub und Wasser sowie durch Einatmung von Gasen und Partikeln über die Luft und Resorption über die Haut. Tierstudien zeigen, dass die kombinierte Verabreichung von EDCs zu additiven Effekten führt. Dies ist sogar der Fall, wenn die einzelnen Stoffe nur in ganz geringen Konzentrationen vorkommen und selbst keine schädlichen Effekte aufweisen.¹⁴ Zurzeit gibt es allerdings kaum Daten zur Auswirkung des EDC-Cocktails auf Mensch und wildlebende Tiere. Einen ersten neuen Ansatz findet man bei der Dänischen Umweltbehörde, die verschiedene Lebenssituationen besonders empfindlicher Personengruppen nachzuzeichnen versucht und realisti-

sche Expositionsszenarien mit Hilfe ausgewählter Alltagsprodukte zugrunde legt. Erste Erkenntnisse zeigen, dass nicht nur die Exposition über Nahrung und Innenraumluft, sondern auch der direkte Kontakt mit Kosmetika, Spielzeug oder Textilien zum Gesamtrisiko beiträgt.¹⁵ Der Östrogencocktail, den wir täglich genießen, besteht je nach geographischer Versorgungslage aus einer Mischung von landwirtschaftlichen Düngemitteln, Östrogenausscheidungen von Viehbestand, das mit Hormonen behandelt wurde, Plastikzusätzen, mit Chemikalien und Arzneistoffresten angereicherte Abflüsse, die ins Grundwasser gelangen. So werden Antiepileptika, Antidepressiva, aber vor allem das in der Antibabypille vorkommende EE2 als wirksame EDCs angeführt.¹⁶

EE2 ist ein anschauliches Beispiel, wie schwierig es ist, sowohl von toxikologischer als auch ethischer Seite mit dem Problem Akkumulation umzugehen. Pillenbefürworter betonen, dass das EE2 aus den Kontrazeptiva nur einen verschwindend kleinen Mengenanteil der EDCs in den Gewässern ausmacht.¹⁷ Pillengegner betonen hingegen, dass EE2 schon in geringsten Dosen hochwirksam ist und schädliche Auswirkungen auf die Umwelt hat.¹⁸ Bereits 5 parts per trillion EE2, die 2001 von Forschern in einen kanadischen See eingelassen wurden, löschten eine ganze Fischpopulation aus.¹⁹ Ist also der Verwender von EE2 verantwortlich für die Fruchtbarkeitsstörungen bei Tier und Mensch?

Gerne würden wir doch eine Tat oder einen Täter für schuldig erklären und unter unsere Kontrolle bringen. Allerdings können wir im Falle der EDCs die einzelnen Ursachen nicht mehr voneinander lösen. Denn diese potenzieren sich im Netzwerk ihrer Auswirkungen. Bereits Hans Jonas hat den „kumulativen Charakter“ der modernen Technik als neue Herausforderung der Ethik gesehen: „...ihre Wirkungen addieren sich, so dass die Lage für späteres Handeln und Sein nicht mehr dieselbe ist wie für den anfänglich Handelnden, sondern zunehmend davon verschieden und immer mehr ein Ergebnis dessen, was schon getan ward. Alle herkömmliche

Ethik rechnete nur mit nicht-kumulativem Verhalten. Die Grundsituation von Mensch zu Mensch, ..., bleibt stets dieselbe und mit ihr fängt jede Tat von neuem an“.²⁰ Es genügt also nicht mehr, nur die je eigene Perspektive und Ausgangslage sowie die Konsequenzen meiner eigenen Verwendung von EDCs zu verantworten, sondern ich muss daran denken, dass mein geringer Beitrag durch einen unverhältnismäßig großen Effekt zusammen mit dem Cocktail anderer EDCs möglicherweise nicht nur mein Leben und die direkt mich umgebende Umwelt, sondern auch die Lebenssituation anderer Menschen, zukünftiger Generationen und anderer Spezies verändert. Diese Effekte sind z. T. unumkehrbar und verlangen von meiner Umwelt, durch immer neue Entscheidungen mit immer neuen bis her nicht erfahrenen Situationen fertig zu werden.

Und Jonas fährt fort: „Aber die kumulative Selbstfortpflanzung technologischer Veränderung der Welt überholt fortwährend die Bedingungen jedes ihrer beitragenden Akte und verläuft durch lauter präzedenzlose Situationen, für die die Lehren der Erfahrung ohnmächtig sind“.²¹ Um also verantwortlich mit EDCs umgehen zu können, müssten wir jedes Mal mitbedenken, was der weggeworfene Plastiksack, die Einnahme von Hormonen, das Wegwerfen von Textilien und Metallen nicht nur für mich und meine nächste Umgebung, sondern auch global und für die Zukunft bedeuten könnte. Eine Frau, die Kontrazeptiva mit EE2 einnimmt, trägt mit ihrer Einnahme möglicherweise nicht nur zu ihrer eigenen Unfruchtbarkeit, sondern zur unerwünschten Kinderlosigkeit vieler Paare sowie zu unerwünschten Effekten ihrer und vieler Kinder und Enkel bei. Nur: Wie kann ich für etwas verantwortlich sein, das ich nicht sicher weiß? Jonas spricht in diesem Zusammenhang von der „Anerkennung der Unwissenheit“ als einem Teil der Ethik.²² Derzeit vorherrschende Ethikperspektiven wie der Utilitarismus bedingen starre Regeln und gehen von zu berechnenden, quantifizierbaren Konsequenzen aus der Perspektive der 3. Person aus. Im Fall der EDCs ist der Einzelne je aus seiner

Perspektive (erste Person) gefragt, aus dem „hier und jetzt“ ohne berechnende Gewissheit der Konsequenzen umwelt- und kontextgemäß zu handeln. Und dies nicht nur in Relation zum Menschen, sondern auch zum Tier und zur Umwelt allgemein. Ich muss davon ausgehen, dass meine auch noch so unbedeutende Handlung einem kleinen Schneeball gleicht, für den es immerzu möglich sein kann, zusammen mit anderen Handlungen eine Lawine auszulösen. Das derzeit ungenügende Wissen um die Folgen sowie den möglichen Beitrag des Einzelnen zur Gefährdung der Umwelt und damit auch zur gesundheitlichen Gefährdung der Menschen erfordern gesetzliche Vorsichtsmaßnahmen. Vor allem aber wird uns unsere derzeitige Unwissenheit bewusst, wenn es um die Bestimmung einer Wirkschwelle geht, unter der eine Substanz gesundheitlich unbedenklich ist.

Der Verlust der Wirkschwelle

Seit Paracelsus gilt, dass allein die Dosis das Gift macht. Toxikologische Studien in Tieren, die von internationalen Guidelines für Chemikalien und Pharmazeutika zur Ermittlung des Risikos für den Menschen vorgeschrieben werden,²³ ermitteln einen sogenannten „no observed-adverse effect level“ (NOAEL), bei dem keine schädliche Wirkungen im Tier beobachtet werden. Dieser Wert wird dann mittels eines Faktors, der die äquivalente Dosis der jeweiligen Spezies berücksichtigt, auf Mensch und wildlebende Tierwelt extrapoliert. Dabei wird ein Schwellenwert angenommen, unter dem die Dosis eines Stoffes als sicher gilt. Zusätzlich wird mit einem linearen Dosis-Wirkungsverlauf gerechnet.

EDCs haben allerdings nach neuen Studien keinen Schwellenwert, sondern Effekte bereits in niedrigen Dosen, die nicht durch Effekte in höheren Dosen vorhersagbar sind, da die Dosis-Wirkungskurven nicht linear sind. Von epidemiologischen Studien weiß man, dass Effekte bei Mensch und Tier auch bei kleinsten Dosen von EDCs auftreten. Ein Review der Tufts Universität beinhaltet ca. 30 verschiedene EDCs wie Bisphenol A (BPA),

das Herbizid Atrazin und das Desinfektions- und Konservierungsmittel Triclosan, deren Niedrigdosiseffekte sich signifikant von ihren Wirkungen in höheren Dosen unterscheiden.²⁴ Niedrige Dosen von BPA, das in unzähligen Produkten vorkommt und unter normalen Bedingungen sich aus diesen löst und damit in Lebensmittel und Getränke gelangt und dessen Metaboliten sich im Harn eines Großteils der Bevölkerung der Industrienationen finden, führen in Nagerstudien zu schädigenden Wirkungen an der Prostata. Wenn das BPA in den ersten Entwicklungsphasen der Nager gegeben wurde, führte dies bei den geschlechtsreifen Tieren zu gehäuftem Prostatakrebs.²⁵ BPA führt in niedrigen Dosen zu Brustkrebs, Verhaltensänderungen und Wirkungen auf das Gehirn, wenn die Nager bereits als Föten oder in frühen postnatalen Entwicklungsstadien der Chemikalie ausgesetzt waren.²⁶ Atrazin, ein Pestizid, das am häufigsten im Grund- und Trinkwasser gefunden wird, zeigt Niedrigdosiseffekte in Fischen, Amphibien, Reptilien, Vögel und Säugetieren sowie menschlichen Zelllinien.²⁷ Dazu gehören die Verweiblichung männlicher Tiere, ein Anstieg der Umwandlung von Testosteron zu Östrogen, ein Abfall von Androgensynthese und –aktivität, antiöstrogene Wirkung, erhöhte Glucocorticoideausschüttung sowie Wirkungen auf das Immunsystem und die Schilddrüsenhormone.²⁸ Die geringste Dosis an EDCs erzeugt also schon signifikante negative Effekte.

Ist somit auch jede meiner Handlungen, mit der ich zur weiteren Verbreitung der EDCs beitrage, eine ethisch unrechte Handlung? Ethisches Handeln hat mit freiem Willen und mit meiner inneren Absicht zu tun. In unserem täglichen Leben erfahren wir uns als Gefangene im globalen Experiment der EDCs, bei dem wir gezwungenermaßen mitmachen müssen. Hans Jonas bezeichnet dies als „enorme Entmündigung des Einzelnen durch den – faktischen und psychologischen Massenzwang der technologischen Ordnung“.²⁹ Unsere Zwangslage ergibt sich daraus, dass bloße Mittel zum Ziel unseres Lebens geworden sind und uns eine Utopie der

Freiheit vorgaukeln. Plastik ist mit dem Ziel der Bequemlichkeit, Pestizide mit dem Ziel der Produktionssteigerung und EE2 mit dem Ziel flexibler Fertilität und Lusterfüllung auf das engste verknüpft. In der „Eroberung der Natur“ ist nun allerdings der Mensch und mit ihm zuerst auch die Tierwelt zum bloßen Mittel geworden.³⁰ Aber nicht nur unser Wollen unterliegt einer psychologischen Zwangsjacke. Die Spezialisierung des Wissens macht uns höchstens zu Zuschauern des Wissens und schließt Laien von jeder Kontrolle und Voraussicht aus.³¹ Ist dann der Versuch der Vermeidung von EDCs völlig sinnlos? Obwohl Hans Jonas eindringlich die Ohnmacht des Menschen gegenüber dem technischen Fortschritt beschreibt, sieht er die Chance im Mut zur Verantwortung, die sowohl von Hoffnung als auch Furcht getragen ist. So schreibt Hans Jonas: „Als Potential aber steckt die Furcht schon in der ursprünglichen Frage, mit der man sich jede aktive Verantwortung beginnend vorstellen kann: was wird ihm zustoßen, wenn ich mich seiner nicht annehme? Je dunkler die Antwort, desto heller gezeichnet die Verantwortung. Und je weiter noch in der Zukunft, je entfernter vom eigenen Wohl und Wehe und je unvertrauter in seiner Art das zu Fürchtende ist, desto mehr müssen Hellsicht der Einbildungskraft und Empfindlichkeit des Gefühls geflissentlich dafür mobilisiert werden.“³² Konkret heißt dies für die Politik, dass allein der Verdacht der Schädlichkeit von EDCs für die Umwelt und für kommende Generationen genügen muss, um deren Einsatz zu verbieten. Mit Furcht meint Hans Jonas nicht Ängstlichkeit, die allen Gefahren aus dem Weg geht, sondern das aufmerksame Leben in Ehrfurcht vor dem Menschen, seiner Zukunft und dem aller Lebewesen. Und damit beginnt das ethische Leben im bewussten Verzicht und der Vermeidung einiger Bequemlichkeiten wie in Plastik verpackte Lebensmittel, der bewussten Vermeidung von mit Pestiziden behandelten Lebensmitteln, der überlegten Verschreibung und Einnahme von Arzneimitteln. Aus dieser einfachen Übung wird mein Denken und Wollen geformt. Wenn sich dieser ein-

fachen Übung viele anschließen, wird daraus ein Prozess, der das Experiment mit den EDCs stoppt. Dies ist eine Ethik der geduldigen, kleinen Schritte, die auch mein Denken und Wollen umformt.

Es ist möglicherweise ein Verzicht, ohne den Erfolg selbst noch zu erleben. Neben dem Mut zum Maß ist ein Respekt und eine Hoffnung gefragt, die räumlich und zeitlich über mich zum ganz Anderen hinausreichen: räumlich, weil es außer dem Menschen auch Tier und Umwelt betrifft, zeitlich, weil es auch und vor allem die Nachkommen betrifft. E. Levinas drückt dies so aus: „Wer darauf verzichtet, den Erfolg seines Werks zu erleben, hat diesen Sieg in einer Zeit ohne das Ich; er zielt ab auf diese Welt ohne Ich, er intendiert eine Zeit jenseits des Horizontes seiner Zeit. Eschatologie ohne Hoffnung für sich oder Befreiung von meiner Zeit (...) Daß die Zukunft und die entferntesten Dinge die Regel seien für alle gegenwärtigen Tage“. Dies ist kein banaler Gedanke, ..., sondern Übergang zur Zeit des Anderen ... Sein-zum-Tode, um zu sein für-das-was-nach-mir-ist“.³³ Levinas Aussage mag uns als zu radikales Plädoyer gegen Autonomie und Selbstsorge erscheinen. Sieht man sich jedoch die möglichen Auswirkungen der EDCs auf unsere Nachkommen an, ist der Ruf nach dem Loslassen des Ich um der Zukunft des Menschen und des Planeten willen mehr als gerechtfertigt.

Die Auswirkung auf die Nachkommen

Die letzten zehn Jahre haben mehr und mehr verdeutlicht, dass eine EDC-Exposition während der Entwicklungsperiode des Fötus und während der Pubertät zu einem verstärkten Auftreten von Fertilitätsstörungen, Krebserkrankungen hormonaler Ursache, Verhaltens- und Lernproblemen (wie ADHD), Infektionserkrankungen, Asthma und möglicherweise Diabetes führt.³⁴ Während beim Erwachsenen die Auswirkungen der EDCs nur spürbar sind, solange diese einer EDC Quelle ausgesetzt sind, kann eine Exposition während der Entwicklungsphase (im Mutterleib, in früher Kindheit und Pubertät) zu anhaltender Schädigung

führen. Diese gesundheitsschädlichen Wirkungen machen sich erst Jahrzehnte später bemerkbar.

Warum dies so ist, ist derzeit Gegenstand intensiver Forschungen. Beispielsweise werden Imidazole und Triazole weltweit als Fungizide in der Landwirtschaft und medikamentös zur Behandlung von Pilzkrankungen verwendet.³⁵ Der Wirkmechanismus basiert auf der Hemmung des Enzyms CYP51, das Lanosterol in Ergosterol in den Zellmembranen der Pilze umwandelt. Leider ist die Wirkung nicht auf Pilzenzyme beschränkt, sondern diese Verbindungen können auch andere Cytochrom P450 Enzyme in Mensch und Tier beeinflussen, die in die Biosynthese und in den Metabolismus der Steroidhormone involviert sind. Dieses Wissen hat allerdings bisher zu keinen praktischen Konsequenzen geführt: Obwohl Prochloraz in Nagerstudien eine Verweiblichung und Fehlbildungen der Sexualorgane beim männlichen Nachwuchs nach Exposition des trächtigen Muttertieres gezeigt hat, ist diese Verbindung weiterhin zum Einsatz in der Landwirtschaft in der EU zugelassen.³⁶

Manche EDCs zeigen aber auch einen längerfristigen, irreversiblen Effekt über mehrere Generationen: Das heißt, dass die EDC-Exposition während der Schwangerschaft sich nicht nur auf die direkten Nachkommen auswirken kann, sondern auch auf den Nachwuchs dieser Nachkommen. Die Zunahme an EDC bedingten Erkrankungen heute könnte also zum Teil durch die EDC-Exposition unserer Großeltern verursacht worden sein.³⁷ Dieser Mechanismus wird auch als epigenetischer Transgenerationeneffekt bezeichnet, der durch Änderungen der DNA Methylierung in der Keimbahn hervorgerufen wird.³⁸ Auslöser dieses Phänomens sind z. B. die Pharmazeutika Diethylstilbestrol und Flutamide, aber auch das Fungizid Vinclozolin, das eine antiandrogene Wirkung besitzt. Wird einer trächtigen Ratte dieses landwirtschaftliche Pestizid zugeführt, zeigen sich Defekte der Spermatogenese über 4 Generationen, vermehrtes Auftreten von Tumoren, Erkrankungen der Prostata und Niere, Störungen des Immunsystems und Veränderungen im Verhalten.³⁹

Diese Auswirkungen auf die 4. Generation – werden sie unser kurzfristiges Denken und Planen in Politik und Gesellschaft langfristig ändern? Die Idee der Reziprozität von Rechten und Pflichten, auf denen bisher unser gesellschaftliches Leben gründete, hilft uns in diesem Fall nicht mehr weiter. Denn der Anspruch auf ein Recht und ein gesundes Dasein beginnt erst mit dem Beginn des Lebens. Um es mit E. Levinas zu sagen, verlangt heutiges verantwortliches Handeln den Verzicht darauf, noch in meinem Leben den Erfolg meines Einsatzes zu sehen. Dies scheint etwas ganz Neues für eine dem Diktat des raschen Erfolgs und Gewinns ausgerichtete Gesellschaft zu sein. Oder vielleicht doch nicht?

H. Jonas weist darauf hin, dass es auch in der derzeitigen Ethik „einen Fall elementarer *nicht-reziproker* Verantwortung und Pflicht“ gibt, nämlich die gegenüber unseren Kindern.⁴⁰ Dieses völlig spontane, selbstlose Verhalten ist uns von der Natur her gegeben. „Hier ist der Archetyp alles verantwortlichen Handelns, der zum Glück keiner Deduktion aus einem Prinzip bedarf, sondern uns (oder wenigstens dem gebärenden Teil der Menschheit) von der Natur mächtig eingepflanzt ist“. ⁴¹ Diese Erinnerung an den Ursprung verantwortlichen Denkens stimmt gerade im Zusammenhang mit den EDCs nachdenklich. Denn Mütter sind nicht nur oft die einzigen, die völlig selbstlos ihr Leben den Kindern widmen, sie prägen auch das Verhalten der Nachkommen nachhaltig im Konsum und Umgang mit Lebensmitteln. Ein Umstand ist allerdings nicht zu übersehen: Mütter (und Väter) werden nicht nur zahlenmäßig in Europa immer geringer, auch die Zeit, die sie den Kleinen widmen, nimmt immer mehr ab. Ihre Zeit gehört mehr und mehr dem Beruf und nicht dem Nachwuchs. Statt bewusstem Nahrungsmiteleinkauf und liebevoller, bewusster Zubereitung des Essens wird das mit Lebensmittelzusatzstoffen und Pestiziden in Plastik verpackte Fertigessen unserem Nachwuchs vorgesetzt. In den gesellschaftlichen Leitbildern ist jedenfalls maskuline Selbstbestimmung mehr ge-

fragt als selbstlose Mütterlichkeit. Wollen wir aber unseren Nachkommen eine Zukunft ohne die Konsequenzen der EDCs geben, müssen wir mehr dem Anderen gehören, nämlich den Kindern und Kindeskindern. Im Sinne von Levinas heißt dies: „Die einzig legitime Form des Ich wird nunmehr das mit dem anderen trachtige Ich-maskuline Mündigkeit hat sich zu verlieren in die unmündige Weiblichkeit und Verletzlichkeit des Ich, in die vom anderen diktierte Weise des Seins“.⁴²

Aber ist nicht die Pflicht gegenüber den eigenen Kindern etwas anderes als die gegenüber späteren Generationen? Und hat diese Pflicht nicht der Staat oder die Staatengemeinschaften zu leisten? Tatsächlich nimmt uns das Kind durch sein Dasein und unsere direkte Verantwortung als Eltern in die Pflicht. Ein Recht der Menschheit auf ein späteres Dasein unter zumutbaren Bedingungen ist etwas anderes. Dieses Recht übersteigt die Verantwortung des einzelnen, die herkömmliche Auffassung von Gerechtigkeit in unserer Gesellschaft als Gleichgewicht zwischen Nehmen und Geben (Rechten und Pflichten), aber vor allem verlangt es ein Bewusstsein der Transzendenz. Wir sollen durch Vermeidung der EDCs den Menschen und der Umwelt eine Zukunft geben. Dieses Geben aber ist ein Geschenk an unsere Nachkommen, das wir selbst niemals zurückerhalten werden. Levinas benennt diese „Bewegung zum Anderen ohne Rückkehr“ mit dem Terminus „Liturgie“.⁴³ Er stellt dem Bedürfnis in der Sorge um sich selbst das Begehren des Anderen gegenüber, „das von einem schon erfüllten und unabhängigen Seienden ausgeht und das nichts für sich selbst verlangt“.⁴⁴ Dieser erfüllte Seiende aber ist ein Mensch, der sich einem Schöpfer verdankt.

Der Anspruch auf eine Zukunft der Menschheit übersteigt eine innerethische Begründung, denn hinter dem Anspruch auf Bedingungen, die den Menschen auch zukünftig gut leben lassen, steht die Frage, warum Menschen sein sollen, die Frage nach dem Sinn des Daseins. H. Jonas spricht in diesem Zusammenhang von der „Idee

des Menschen“.⁴⁵ „Es ist, ..., eine *ontologische* Idee, ..., die sagt, dass eine solche Anwesenheit sein soll, sie also uns, die wir sie gefährden können, zur Pflicht macht.“⁴⁶ Vielleicht tun wir uns deshalb mit dem Umweltschutz so schwer, weil wir nur für unser eigenes Bedürfnis leben, aber die Idee des Menschen, die über uns hinausweist, vergessen haben? Der Staat oder die Staatengemeinschaft wie die EU kann der „Idee des Menschen“ und der vorausschauenden Gerechtigkeit dienen, indem er Richtlinien zur Eindämmung von EDCs erlässt, wie dies hinsichtlich der Plastiksäcke im Gespräch ist. EU-Staaten sollen die Sackerl künftig verbieten dürfen.⁴⁷ Allerdings geht es hier nicht nur um den Menschen, sondern auch um die Tierwelt. 95 % der Vögel an der Nordseeküste enthalten durchschnittlich 30 Kunststoffteile in ihrem Körper. Hunderttausende Meerestiere verenden jährlich aufgrund des Plastikmülls.

Das Verschwinden der Trennlinie zwischen Mensch und Tier

Ein Bericht des WWF aus dem Jahr 2011 fasst die bisher bekannten Wirkungen der EDCs auf das gesamte Ökosystem zusammen.⁴⁸ Dabei wird in eindrucksvoller Weise klar, dass der Mensch nur gesund sein kann, wenn auch die ihn umgebenden Lebewesen sowie seine gesamte belebte und unbelebte Umwelt im Gleichgewicht sind. Von den Auswirkungen der EDCs sind alle 5 Klassen der Wirbeltiere betroffen wie Säugetiere, Reptilien, Amphibien, Vögel und Fische. Letztere sind nicht nur ein ideales Modell, um die Effekte der EDCs zu studieren, sondern auch ein Beispiel für das Netzwerk des Lebens, dem wir als Mensch angehören, denn Fische nehmen unsere Abwässer als Nahrung auf und sie dienen uns wiederum als Nahrung. 2010 meldete der Guardian, dass mehr als 80% des männlichen Barsches im größten Fluss von Washington DC weibliche Merkmale aufweisen und Eier produzieren. Als Verursacher steht ein Cocktail von Chemikalien aus menschlichen Abwässern unter Verdacht, bestehend aus der Antibabypille

und anderen Arzneimitteln, Körperpflegemitteln (besonders jene mit Duftstoffen), Desinfektionsmitteln, Düngemitteln und Pestiziden.⁴⁹ 90% der Einwohner Washingtons beziehen ihr Trinkwasser aus dem untersuchten Fluss. Auch in Europa beobachtet man seit ca. 30 Jahren die Verweiblichung des männlichen Fisches und damit einen Rückgang der Fischpopulationen.

Unter dem Titel „The hidden Costs of flexible fertility“ verlangen R. Owen und S. Jobling in Nature dringend eine öffentliche Debatte, die Konzentration von EE2 im Wasser zu regulieren.⁵⁰ Auf Betreiben Englands hat die Europäische Kommission Anfang 2012 beschlossen, in der Water Framework Directive EE2 zu regulieren. Bis 2021 soll die Konzentration des EE2 in Wasser auf höchstens 0.035 parts per trillion limitiert werden. Die Kosten für die Absorption durch Aktivkohle werden enorm sein (für eine Stadt mit 250.000 Einwohner 8 Millionen Euro Installationskosten plus 800.000 Euro laufende Kosten pro Jahr).

Die Effekte der EDCs beschränken sich aber nicht nur auf die Fortpflanzungsorgane der Tiere, sondern greifen auch in ihr Verhalten ein. Zum Beispiel können PCBs (Polychlorobiphenyl Verbindungen) das Fütterungsverhalten der Meeresvögel gegenüber ihrem Nachwuchs verändern. Weiters können EDCs die Effekte der Schilddrüsenhormone imitieren und insbesondere bei den Jungtieren die Entwicklung des Immunsystems beeinflussen. Nicht nur, dass ähnliche Effekte auch im Menschen beobachtet werden können, verbindet uns mit anderen Lebewesen. Auch die sogenannte Bioamplifikation durch die Nahrungskette illustriert die Interaktion zwischen Mensch und anderen Lebewesen. Manche Pestizide nehmen im Laufe der Nahrungskette stark an Konzentration zu. So akkumulieren Fisch- und Fleischfresser am Ende der Nahrungskette Pestizidkonzentrationen, die das 10.000fache verglichen mit dem ersten Glied der Nahrungskette, dem Zooplankton betragen.⁵¹

Wie bereits erwähnt sind die Auswirkungen der EDCs auf die Tierwelt schon seit Jahrzehnten

bekannt. Aber erst jetzt, wo es vermehrt Hinweise gibt, dass die menschliche Gesundheit ernsthaft bedroht ist, werden Gesetze hinsichtlich der Einschränkung der EDCs diskutiert.

Es genügt also nicht, uns allein das zukünftige Dasein des Menschen zur Pflicht zu machen. Einer anthropozentrischen Ausschließlichkeit widerspricht die Eigenschaft von EDCs, in einem extrem weiten Spektrum an Lebewesen wirksam zu sein.⁵²

In der thomistischen Ethik ist es die Klugheit, die uns die Wirklichkeit, so wie sie ist, erkennen und leben lässt. Tatsächlich sehen moderne Tierethiker, die eine Brücke zwischen Tier- und Umweltethik schlagen wollen, die Tugendethik als Weg der kleinen Schritte.⁵³ Rosalind Hursthouse weist darauf hin, dass „der Stempel des moralischen Status“ der Utilitaristen völlig überflüssig wird, wenn wir uns auf das Eigentliche der Ethik, nämlich der menschlichen Handlung wieder besinnen, die nicht nur von den nicht immer berechenbaren Konsequenzen, sondern vor allem von den Umständen abhängt. Für die große Herausforderung der Umweltethik benötigen wir nicht nur eine Tugend des Mitleids und der Gerechtigkeit gegenüber Tieren, sondern alle Tugenden, also ebenso ein Maß in unserem Lebensstil und den Mut zu eigenen Entscheidungen. Denn ein „Konzept des moralischen Status“ gibt die Verantwortung an 3. Personen (z. B. Ethikkommissionen und Gesetze) ab und entzweit. Die Tugenden, weil sie in das tägliche Leben des Menschen eingebettet sind, lassen eine flexible Orientierung für den jeweiligen Kontext zu. Dies wird auch dem Verstehen einer ganzheitlich-leiblichen Konstitution des tierischen Anderen gerecht (so wie dies die Phänomenologie ausdrückt), die sich nicht berechnen und messen lässt.⁵⁴

Es ist zu hoffen, dass die neuen Gesetzgebungen zur Eindämmung der EDCs auf letzteren philosophischen Erkenntnissen aufbauen werden, den Eigenwert eines jeden Lebewesen in seiner ökologischen Nische anerkennen ohne menschliche Fähigkeiten im Tier zu suchen.

Das endokrine System ist Mensch und Tier gemeinsam zur Aufrechterhaltung der inneren Stabilität. Das Tier hält instinktiv dieses hormonelle Gleichgewicht aufrecht; der Mensch aber nur, wenn er sich seiner inneren Freiheit und seiner Verantwortung gegenüber der schwächeren Natur bewusst ist.

Referenzen

- 1 Jonas H., *Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Suhrkamp Taschenbuch Verlag (2003), S. 248
- 2 Cairns J., *Ethics in science: ecotoxicology*, ESEP (2003); May 8: 33-39
- 3 Smolka S., *Hormonaktive Pestizide und Biozide. Der lange Weg von wissenschaftlicher Erkenntnis zur gesetzlichen Regulation*, Umwelt-Medizin-Gesellschaft (2012); 25(2): 85
- 4 Colburn T., Soto A. and Vom Saal F., *Developmental effects of endocrine-disrupting chemicals in wildlife and humans*. Environmental Health Perspectives (1993); 101(5): 378-384
- 5 IPCS (International Programme on Chemical Safety), *Global assessment of the state-of-the-science of endocrine disruptors*, Geneva, World Health Organization, Switzerland (2002)
- 6 Diamanti-Kandarakis E. et al., *Endocrine-disrupting chemicals: an Endocrine Society scientific statement*, Endocrine Reviews (2009); 30(4): 293-342
- 7 European Environment Agency, *The impacts of endocrine disruptors on wildlife, people and their environments- The Weybridge +15 (1996-2011) report*, Technical Report No. 2/2012, European Environment Agency, Copenhagen, Denmark, S. 112
- 8 Kortenkamp A. et al., *State of the art assessment of endocrine disruptors. Final report*, European Commission, Directorate-General for the Environment (Project Contract No. 070307/2009/550687/SER/D3) (2011)
- 9 Bergman A., Heindel J. J., Jobling S., Kidd K. A., Zoeller R. T. (Hrsg.), *IOMC State of the Science of Endocrine Disrupting Chemicals 2012 Summary for Decision-Makers*, ed. by United Nations Environment Programme and the World Health Organization (2012)
- 10 The 2013 Berlaymont Declaration on Endocrine Disruptors, http://www.brunel.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0005/300200/The_Berlaymont_Declaration_on_Endocrine_Disruptors.pdf
- 11 EFSA (European Food Safety Authority Scientific Committee), *Scientific Opinion on the hazard assessment of endocrine disruptors: Scientific criteria for identification of endocrine disruptors and appropriateness of existing test methods for assessing effects mediated by these substances on human health and the environment*, EFSA Journal (2013); 11: 3132-3216
- 12 Pesticide industry and NGO clash over EFSA definition of endocrine disruptors, EurActiv.com, 5. 4. 2013, <http://www.euractiv.com/health/borg-urged-react-efsa-endocrine-news-518890>
- 13 Dietrich D. R. et al., *Scientifically unfounded precaution drives European Commissions's recommendations on EDC regulation, while defying common sense, well-established science and risk assessment principles*, ALTEX (2013); 30: 381-385
- 14 <http://www.chemsec.org/news/news-2014/april-june/1338-france-brings-the-endocrine-disruptors-forward-on-the-EU-agenda>
- 15 Bergman A. et al., siehe Ref. 7
- 16 ebd.
- 17 The Danish Environmental Protection Agency (EPA), *Exposure of pregnant consumers to suspected endocrine disruptors. Survey of chemical substances in consumer products*, (2012), S. 117, <http://www2.mst.dk/Udgiv/publications/2012/04/978-87-92903-02-0.pdf>
- 18 Wise A. et al., *Critical review: are oral contraceptives a significant contributor to the estrogenicity of drinking water?* Environ Sci Tech (2011); 1: 51-60
- 19 Natural Resources Defense Council, *Dosed without prescription: Preventing pharmaceutical contamination of our nation's drinking water* (2010)
- 20 Moore K. et al., *Birth control hormones in water: separating myth from fact*, Contraception (2011); 84: 115-118
- 21 American Life League, *The Pill Kills* (2010), <http://www.thepillkills.org/>
- 22 Kidd K. A. et al., *Collapse of a fish population after exposure to a synthetic estrogen*, Proc. Natl Acad Sci USA (2007); 104: 8897-8901
- 23 Jonas H., siehe Ref. 1, S. 27-28
- 24 Jonas H., siehe Ref. 1
- 25 ebd.
- 26 International Conference on Harmonisation of technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for human use, *Guidance on Nonclinical Safety Studies for the Conduct of Human Clinical Trials and Marketing Authorization M3 (R2)*, ICH Harmonised Tripartite Guideline (2009), Current Step 4 version, http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Multidisciplinary/M3_R2/Step4/M3_R2_Guideline.pdf
- 27 Vandenberg L. N. et al., *Hormones and Endocrine-Disrupting Chemicals: Low-Dose Effects and Nonmonotonic Dose Responses*, Endocrine Reviews (2012); 33 (3): 378-

455

- 25 Prins G. S. et al., *Perinatal exposure to oestradiol and bisphenol A alters the prostate epigenome and increases susceptibility to carcinogenesis*, *Basic Clin Pharmacol Toxicol* (2008); 102: 134-138
Prins G. S. et al., *Serum bisphenol A pharmacokinetics and prostate responses following oral and subcutaneous exposures in neonatal Sprague-Dawley rats*, *Reprod Toxicol* (2011); 31: 1-9
- 26 Vandenberg L. N. et al., *Hormones and Endocrine-Disrupting Chemicals: Low-Dose Effects and Nonmonotonic Dose Responses*, *Endocrine Reviews* (2012); 33 (3): 378-455
- 27 Hayes T. B. et al., *Demasculinization and feminization of amle gonads by atrazine: consistent effects across vertebrate classes*, *J Steroid Biochem Mol Biol* (2011); 127: 64-73
- 28 Vandenberg L. N. et al., *Hormones and Endocrine-Disrupting Chemicals: Low-Dose Effects and Nonmonotonic Dose Responses*, *Endocrine Reviews* (2012); 33(3): 378-455
- 29 Jonas H., siehe Ref. 1, S. 297
- 30 ebd., S.296
- 31 ebd., S. 294
- 32 ebd., S.391-392
- 33 Lévinas E., *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*, Studienausgabe, Verlag Karl Alber, Freiburg im Breisgau (2012), S. 217
- 34 Bergman A. et al., siehe Ref. 7
- 35 Kjaerstad M. B. et al., *Endocrine disruption effects in vitro of conazole antifungals used as pesticides and pharmaceuticals*, *Reprod Toxicol* (2010); 30: 573-582
- 36 Muilerman H. et al., *PAN Europe challenges Commission in Court on pesticide prochloraz* (2012), <http://www.end-seurope.com/docs/120502a.pdf>.
- 37 Bergman A. et al., siehe Ref. 7
- 38 Skinner M. K. et al., *Epigenetic transgenerational actions of endocrine disruptors*, *Reprod Toxicol* (2011); 31 (3): 337-343
- 39 Anway M. D. et al., *Epigenetic transgenerational actions of endocrine disruptors and male fertility*, *Science* (2005); 308: 1466-1469
Anway M. D. et al., *Transgenerational effect of the endocrine disruptor vinclozolin on male spermatogenesis*, *J Androl* (2006); 27: 868-879
- 40 Jonas H., *Das Prinzip Verantwortung*, Suhrkamp (2003), S. 85
- 41 ebd.
- 42 Gerl-Falkovitz H.-B., *Athen und Jerusalem. Oder: Neuevangelisierung mit Hilfe der Vernunft? Ein Blick auf neuere philosophische Entwicklungen*, Neuevangelisierung-Ta-
gung im Akademischen Forum vom 24. bis 25. Februar 2012 im Haus Sankt Ulrich
Mission ist säen und nicht ernten, Die Tagespost, 1. März 2012, S. 5
- 43 Lévinas E., siehe Ref. 33, S. 217, 218
- 44 ebd., S. 217, 219
- 45 Jonas H., siehe Ref. 1, S. 91
- 46 Jonas H., siehe Ref. 1
- 47 Salzburger Nachrichten, 4. November 2013
- 48 Jean K., Benmarhnia T. (Hrsg.), *Endocrine disruptors and biodiversity. Biological diversity faced with chemical risks: the need for a paradigm shift*, WWF Report, WWF, France, Paris (2011)
- 49 "Toxic stew" of chemicals causing male fish to carry eggs in testes, *The Guardian*, 21. April 2010, <http://www.guardian.co.uk/environment/2010/apr/21/toxic-stew-chemicals-fish-eggs>
- 50 Owen R., *Jobling S., The hidden costs of flexible fertility*, *Nature* (2012); 485: 441
- 51 Jean K., Benmarhnia T. (Hrsg.), siehe Ref. 48, S. 8
- 52 Jean K., Benmarhnia T. (Hrsg.), siehe Ref. 48
- 53 Hursthouse R., *Virtue Ethics and the Treatment of Animals*, in: Beauchamp T. L., Frey R. G. (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Animals Ethics* (2011)
- 54 Huth M., „Negative Integrität“ *Das Konzept der Leiblichkeit in der Ethik der Mensch-Tier-Beziehung*, *Tierethik* (2013); 5(1) : 108-128

Österreich: 1,5 Millionen Menschen leiden an chronischen Schmerzen

In Österreich leiden 1,5 Millionen Menschen an chronischen Schmerzen, darunter sind rund 200.000 Schmerzpatienten mit einem sehr hohen Chronifizierungsgrad auf spezielle Schmerztherapien angewiesen. Doch es gebe kein Geld für nachhaltige Strukturveränderungen, sagte Christian Lampl, Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) anlässlich der 22. Jahrestagung der ÖSG in Graz „Für zeit- und zuwendungsintensive Behandlung fehlt die materielle Existenzgrundlage“, so der Linzer Neurologe Lampl. Insgesamt werden die in Österreich durch chronische Schmerzen verursachten Kosten auf 1,4 bis 1,8 Milliarden Euro jährlich geschätzt. 33 Prozent der chronischen Schmerzpatienten sind berufsunfähig, 21 Prozent werden in die Frühpension entlassen. „Frühzeitige Therapie und innovative Medikamente könnten dieser Entwicklung entgegenwirken“, so Lampl, der auch die Plattform *Allianz Chronischer Schmerz Österreich* mitunterstützt.

Auch der Deutsche Ärztetag setzt sich für eine bessere schmerzmedizinische Versorgung in Praxen und Krankenhäusern ein. Der Weg zur richtigen Schmerztherapie dauert Studien zufolge in Deutschland mehr als vier Jahre. Schmerztherapien hätten auch hier noch keinen hohen Stellenwert und würden schlecht bezahlt. Zwar hätten schon mehr als 4700 Ärzte die Zusatzausbildung in Schmerztherapie, sagt die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer Martina Wenker. Viele Patienten würden von den Angeboten aber nicht erreicht. Ab 2016 soll Schmerzmedizin nun auch Pflichtfach für Medizinstudierende werden.

Schmerzmedizin müsse, so der Tenor des Deutschen Ärztetages, zur Querschnittsmaterie und nach dem Vorbild des Hygiene-Managements zur Pflicht in Kliniken und zum Qualitätsindikator für Krankenhäuser werden.

ÖSG-Pressemittteilung, 22. Mai 2014

Salzburger Nachrichten, 29. Mai 2014 (online)

Studie: Warnung vor schädlichen Folgen von Cannabis-Konsum bei Jugendlichen

Vor den gravierenden Folgen von Cannabis-Konsum in jungen Jahren warnt eine aktuelle im NEJM publizierte Übersichtsarbeit. Das Suchtmittel Cannabis (Rohstoff der Drogen Marihuana und Haschisch) richte dauerhafte gesundheitliche Schäden an, das Suchtpotenzial der Droge wurde bislang offenbar unterschätzt.

Sucht- und Hirnforscherin Nora Volkow vom US-amerikanischen National Institute on Drug Abuse (NIDA) in Bethesda/Maryland hat rund 80 einschlägige

Studien aus den vergangenen zehn Jahren ausgewertet. Schon bei kurzfristigem Cannabis-Konsum zeigten sich Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der motorischen Koordinierung. Eine hohe Dosis könne bei den Konsumenten auch Wahnvorstellungen oder Psychosen auslösen. Bei einem langfristigen Konsum sieht NIDA- und Studienleiterin Volkow aufgrund der Datenlage außerdem die Gefahr einer Abhängigkeit: Sie entwickle sich bei 9 Prozent aller Konsumenten, bei einem Beginn im Jugendalter sogar bei 17 Prozent, bei täglichem Konsum würden 25 bis 50 Prozent abhängig. Eine Störung der Hirnentwicklung wurde vor allem bei jenen Personen beobachtet, die als Jugendliche mit dem Cannabis-Konsum begonnen hatten. Der regelmäßige Cannabis-Konsum in frühen Teenager-Jahren senkt den IQ im Erwachsenenalter, auch wenn die Jugendlichen dann als Erwachsene aufgehört hatten, Marihuana zu rauchen.

Angesichts der Daten halten es die Hirnforscher für wichtig, „die Öffentlichkeit zu warnen, dass der Konsum von Marihuana in Teenager-Jahren ein gesundheitliches, soziales und schulisches Risiko mit sich bringt“. Sie appellieren an Ärzte, mehr in der Aufklärung zu intervenieren, und warnen vor einer Legalisierung der Droge für nicht-medizinische Zwecke.

Anlässlich der Vorstellung des *Weltdrogenberichts 2014* der UN-Behörde für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) in Wien am Weltdrogentag zeigte sich die UNO besorgt angesichts der weltweiten Ausbreitung von synthetischen Drogen. Die Herstellung von Amphetaminen, zu denen auch das Rauschmittel Crystal Meth gehört, habe stark zugenommen.

In Europa wurde Cannabis im Jahr 2013 von 5,3 Prozent (18,1 Millionen) der Bevölkerung konsumiert, wobei vor allem junge Menschen davon Gebrauch machen: 14,6 Millionen der Konsumenten waren im Alter zwischen 15 und 34 Jahren.

Eine Mehrheit der Österreicher ist laut jüngster Umfrage gegen eine Cannabis-Legalisierung. Sowohl VP-Justizminister Wolfgang Brandstetter als auch SP-Gesundheitsminister Alois Stöger setzen auf Therapie und auf Prävention. Der Konsum von Suchtmitteln wie Cannabis dürfe keinesfalls erleichtert werden, so Brandstetter.

NEJM (2014; 370: 2219-2227)

UNODC, Pressemitteilung, 26. Juni 2014 (online)

Süddeutsche Zeitung, 20. Juni 2014 (online)

Salzburger Nachrichten, 5. Juli 2014 (online)

Studie: Ärzte scheuen sich, das Thema Lebensende gegenüber Patienten anzusprechen

Ärzte und Pflegepersonen scheuen sich davor, mit

Patienten, die an Herzinsuffizienz leiden, Gespräche über das Lebensende zu führen. Das ist das Ergebnis einer im Rahmen der Quality of Care and Outcomes 2014 Scientific Sessions in Baltimore vorgestellten neuen Studie. Als Begründung nannte das medizinische Personal, das Thema sei ihnen unangenehm, die Gespräche würden ohnehin wenig bringen, sie klagten aber auch über mangelnde Zeit und die eigene Unsicherheit.

Über 5,1 Millionen US-Bürger leiden an Herzinsuffizienz. Nach Angaben der American Heart Association stirbt etwa die Hälfte dieser Patienten innerhalb von fünf Jahren nach der Diagnose. Die Wissenschaftler unter der Leitung von Shannon Dunlay, Kardiologin an der Mayo-Klinik in Rochester, Minnesota, hatten 50 Ärzte und 45 Pflegepersonen an drei Klinikstandorten befragt. Nur 12 Prozent der Ärzte und Pfleger hatten die von der American Heart Association empfohlenen Leitlinien, die ein jährliches Routine-Gespräch über End-of-Life-Care vorsieht, befürwortet. 30 Prozent hatten wenig Vertrauen in ein Gespräch bzw. das Anbieten von End-of-Life-Care.

Unter den 52 Prozent, die angaben, End-of-Life-Care-Themen nur zögerlich zu behandeln, gaben 21 Prozent an, dass nach ihrer Wahrnehmung die Patienten nicht bereit waren, über das Thema zu sprechen. 11 Prozent der Befragten würden dem Gespräch ausweichen, weil es für sie unangenehm sei; 9 Prozent waren besorgt, dass sie den Patienten die Hoffnung nehmen würden, 8 Prozent gaben Zeitmangel als Grund für das Ausweichen vor dem Gespräch an.

Es gibt jedoch keine Anzeichen dafür, dass Gespräche über das Lebensende Hoffnungen zerstören. Im Gegenteil: Es lindert bei den meisten Patienten und Familien Ängste, sagt Studienleiterin Dunlay. Die richtige Kommunikation sei der Schlüssel, sowohl zwischen Patienten und Angehörigen, als auch im Arzt-Pflege-Team. Dunlay plädiert dafür, End-of-Life-Gespräche innerhalb der laufenden routinemäßigen Versorgung des Patienten einzubauen. Die erste Voraussetzung dafür sei neben Ausbildung, Rahmenbedingungen und persönlicher Verantwortung die Bereitschaft, sich zeitlich und emotional einzubringen

Medicalnewstoday, 4. Juni 2014 (online)

Reproduktionsmedizin: Politischer Widerstand gegen Eizellenspende in Deutschland

In Deutschland haben sich die Gesundheitspolitiker dreier Bundestagsfraktionen bei der Jahrestagung des Deutschen Ethikrats zur Fortpflanzungsmedizin klar gegen eine Liberalisierung in der Frage der Ei-

zellenspende ausgesprochen. Für Katrin Vogler (Linke), Harald Terpe (Grüne) und Hubert Hüppe (CDU) ist die Eizellenspende in Deutschland aus guten Gründen verboten. Das Gros der Frauen, so die Linken-Abgeordnete Vogler, würde nicht aus Altruismus, sondern aus wirtschaftlicher Not Eizellen spenden. Im krisengeschüttelten Spanien sei rund jede vierte Spenderin Studentin, die rund 1000 Euro „Aufwandsentschädigung“ erhält. Kritisch kommentiert wurden von den Parlamentariern neue Verfahren, die es Frauen mit mitochondrialen DNA-Erkrankungen erlauben sollen, sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen.

Auf Ablehnung und Sorge stieß der Trend des Social Egg Freezing. Frauen wird angeboten, unbefruchtete Eizellen in jüngeren Jahren auf Vorrat einzufrieren, um später auf Abruf per künstlicher Befruchtung schwanger zu werden. Dass immer mehr Frauen Mitte 30 sind, bevor sie das erste Kind bekommen, habe gesellschaftliche Ursachen, sagte Vogler. Neue reproduktionsmedizinische Verfahren seien darauf die falsche Antwort. Hubert Hüppe verwies dazu auf deutlich erhöhte Abortraten bei Schwangerschaften, bei denen Frauen zuvor eingefrorene Eizellen eingesetzt wurden.

Jennifer Lahl, Direktorin des Center for Bioethics and Culture, unterstreicht in einem aktuellen Beitrag die Risiken: Laut Daten der American Society for Reproductive Medicine (ASRM) spielt das Alter der Frau für die spätere Embryo-Implantationsrate eine große Rolle. Rund 90 Prozent dieser Frauen werden erst gar nicht schwanger. Frauen, die mit 30 Jahren ihre Eizellen schockgefrieren haben lassen, haben je nach Tiefkühlverfahren eine 8,9- bis 13,2-prozentige Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft. Die Rate sinkt auf 4,3 bzw. 8,6 Prozent, wenn die Eizellen einer 40-jährigen eingelagert werden. Die sogenannte Baby-Take-Home-Rate ist nochmals geringer. Lahl weist auf die Illusion hin, dass das Einfrieren von Eizellen Garantie für ein Kind sei. Hier werde mit Hoffnungen und Ängsten der Frauen gespielt, schreibt Lahl in einem kritischen Beitrag zu *Egg Freezing*. Dahinter stünden auch starke finanzielle Interessen.

www.cbc-network.org

Ärztezeitung, 23. Mai 2014 (online)

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
 Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
 Band 26, Heft 3, 2014
 Editorial: Heiner Fangerau, Gisela Badura-Lotter: Einsatz von Medizintechnik und Technisierung der Medizin – Reflexionen im Vorfeld der Jahrestagung der AEM 2014;
 Originalarbeiten:
 Marco Stier: Tetraploide Komplementierung von iPS-Zellen: Implikationen für das Potenzialitätsargument;
 Tim Henning: Retter-Kinder, Instrumentalisierung und Kants Zweckformel;
 Angelika Hüppe, Katharina Dziubek, Heiner Raspe: Zum Verbesserungspotenzial schriftlicher Aufklärungsmaterialien zu (bio)medizinischen Forschungsvorhaben – Empirische Analyse von Antragsunterlagen einer Forschungsethikkommission;
 Wolfgang Strube, Marianne Rabe, Jürgen Härlein, Florian Steger: Gesundheitsethische Kenntnisse im Verlauf der Pflegeausbildung – Ergebnisse einer Querschnittsstudie in Deutschland.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch
 14. Jahrgang, Heft 2, 2014
 Articles:
 Robert L. Kinney III: Liberalism, Health Care, and Disorder. A MacIntyrean Approach;
 Steven J. Jensen: Causal Constraints on Intention. A Critique of Tollefsen on the Phoenix Case;
 Becket Gremmels, Peter J. Cataldo: Elliot Louis Bedford, Cornelia R. Graves: The Metaphysical Status of the Placenta.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
 21. Jahrgang, Heft 4, 2014
 Wilhelm Berghaler, Ferdinand Kerschner, Eva Schulev-Steindl: Editorial. Privatisierung der Wasserversorgung – eine „never ending story“;
 Leopold Bumberger: Rechtsprechung zum Abfallrecht im Jahr 2013;
 Astrid Wagner: Die Konzessionsrichtlinie;
 Martin Bösch, Julia Kager: Roudungsbegriff und UVP.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di Bioetica
 Halbjährliche Zeitschrift
 2014/2
 Articoli:
 Simona Giardina, Antonio G. Spagnolo: I medici e il camice bianco Note storico-culturali e implicazioni per la formazione dello studente di medicina;
 Roberto Dell'Oro: Oltre la censura del senso: riflessioni sul futuro della bioetica;
 Remo Appignanesi: Una riflessione sulle professioni sanitarie nell'ambito di organizzazioni burocratiche;
 Nicola Posteraro: Vanità, moda e diritto alla salute: problemi di legittimazione giuridica della chirurgia estetica;
 Vittorio Possenti: Il dibattito in bioetica. Sugli argomenti usati in bioetica e sullo statuto dell'embrione umano. Una discussione con Carlo Flamigni e Maurizio Mori.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
 22. Jahrgang, Heft 2, 2014

Leitartikel:

Norbert Campagna: Die Roboter als Gegenstand der Ethik;
 Martina Schmidhuber: Ethische Probleme der Patientenverfügung bei Demenzbetroffenen;
 Bernhard Irrgang: Drohnen und Kampfroboter. Neue Militärtechnik für den gerechten Krieg im Globalisierungsstrudel?
 Viola Schubert-Lehnhardt, Klaus Thielmann: „Das Einfache, das so schwer zu machen ist“: gute Allgemeinmedizin. Zum Verhältnis von öffentlicher zu individueller Gesundheitsversorgung.

Schmerz. Über die Beziehung physischer und mentaler Zustände

Lisa Tambornino

Band 6 der Studien zu Wissenschaft und Ethik (im Auftrag des Instituts für Wissenschaft und Ethik),
Ludwig Siep, Dieter Sturma (Hrsg.)

Walter De Gruyter GmbH, Berlin/Boston 2013

222 Seiten

ISBN 978-3-11-031479-3

In dem vorliegenden Band soll eine umfassende Phänomenbeschreibung des Schmerzes unter Berücksichtigung aller neurowissenschaftlichen Erkenntnisse versucht werden. Die Autorin stellt sich diesem Problem in umfassender Weise. In sechs Kapiteln geht sie ausführlich auf alle physischen und psychischen Aspekte dieses Themas ein. Einschränkung kommt sie gleich zu Beginn zu dem Schluss, dass es einen rein seelischen oder psychischen Schmerz nicht gibt. Der Schmerz von Tieren wird zur deutlicheren Abgrenzung vom Schmerz des Menschen herangezogen.

Im Kapitel „Historische Problemhinführung“ wird Thomas von Aquin zitiert: Schmerz und Freude betrachtet er als Eigenschaften der Seele. Er bezeichnet sie als Leidenschaften, die allerdings durch den menschlichen Willen beherrscht werden können. Schmerzen entstehen seiner Meinung nach in zwei Phasen: Zunächst wird der Schmerz im Leib ausgelöst und erst in einer zweiten Phase wird er in der Seele empfunden. Der Schmerz gelte als leiblich, weil die Ursache des Schmerzes im Körper liege. Die Schmerzempfindung selbst sei immer in der Seele zu verorten. In diesem Zusammenhang erklärt er auch, dass sich Schmerzen einerseits durch die Zuwendung von Freunden und Mitmenschen stark verringern lassen würden oder auch Schmerzen, die aus Liebe er/tragen werden.

Im Zusammenhang damit wird die Behauptung aufgestellt, dass während des gesamten Mittelalters bis in die Neuzeit Schmerzen als von Gott verursacht betrachtet werden. Richtiger wäre davon zu sprechen, dass in der Frage des Übels, des Nicht-Sein-Sollenden Gott theologisch nicht als Verursacher betrachtet wird, sondern als jener, der

diese zulässt – mit dem Blick auf ein höheres Gut, das Heil in einem umfassenderen Sinn.

Klar ist auch, dass die Literatur der Aufklärung bis hin zu den Existentialisten keinen Sinn im Schmerz erkennen kann bis auf eine gewisse Warnfunktion, um größere Schäden zu vermeiden. Da, wie im selben Abschnitt berichtet wird, derzeit kaum noch ein Philosoph davon ausgeht, dass es eine Seele gibt, kommt man natürlich bei dem Fragen nach dem Sinn eines Phänomens wie dem Schmerz in Argumentationsnotstand.

Mit großer Genauigkeit wird im Kapitel Phänomenbeschreibung der Schmerz bis ins kleinste Detail aufgearbeitet. Die Begriffe Schmerz psychisch-körperlich, Ort des Schmerzes, Phantom-schmerz, Wahrnehmung, Empfindung, Gefühl und Erlebnis des Schmerzes, akuter-chronischer Schmerz, nozizeptive und neuropathische Schmerzen, Schmerzgedächtnis, Schmerzempfindung, Schmerzentstehung etc. werden besprochen und mit zahlreichen Zitaten belegt. Schmerzen werden immer in einem Körperteil oder einer Körperregion empfunden. Negative Gefühle, die beispielsweise mit Trauer oder Enttäuschung einhergehen und nicht im Körper lokalisiert werden können, sind dementsprechend keine Schmerzen, obwohl sie metaphorisch gewöhnlich als Schmerzen oder schmerzhaft Zustände beschrieben werden. Schmerz könne psychosomatisch sein, das heißt durch andere mentale Zustände verursacht, und umgekehrt können negative Gefühle in Folge anhaltender Schmerzen auftreten.

Dem Gehirn kommt die zentrale Rolle bei der Schmerzentstehung und Schmerzverarbeitung zu. Obwohl wir beispielsweise die neuralen Mechanismen, die der Chronifizierung von Schmerzen dem Placeboeffekt und dem Phantomschmerz zugrunde liegen, zunehmend besser verstehen, stellt das Schmerzphänomen aus medizinischer Perspektive immer noch ein in vielerlei Hinsicht ungelöstes Rätsel dar. Die funktionelle Bildgebung scheint eine für die Entschlüsselung dieses Rätsels vielversprechende Methode zu sein. Schmerzen werden grund-

sätzlich als unangenehm empfunden, sie können aber in positive Gesamterlebnisse einfließen.

Es gibt auch Schmerzen ohne erkennbare Schädigung. Dies kann aber auch daran liegen, dass wir zum jetzigen Zeitpunkt nur sehr wenig über das menschliche Gehirn wissen. Diese Tatsache bringt praktische Probleme bei allem mit sich, was im weitesten Sinn mit Begutachtung und Beurteilung von Schmerzen (Schmerzengeld) zu tun hat.

Nach Meinung der Autorin ist es falsch, Schmerzen jeglichen Sinn abzuspochen. Akute Schmerzen können durchaus Sinn machen, wenn ihnen eine Warn- oder Belehrungsfunktion zukommt. Schwieriger ist es jedoch, die Frage zu beantworten, ob auch chronische Schmerzen einen Sinn haben können. Gelegentlich könnten chronische Schmerzen ein Sinn zukommen, wenn sie mit negativen Gedanken, Gefühlen und Einstellungen in Verbindung stehen, die durch psychische Probleme oder durch schwierige Lebensumstände ausgelöst wurden und die durch eine Änderung der Denk- und Verhaltensweise gelindert werden können. Die Autorin kommt allerdings zu dem Schluss, dass chronische Schmerzen häufig vollkommen sinnentleert und damit nutzlos sind.

In diesem Zusammenhang wäre zumindest ein kleiner Hinweis darauf angebracht, dass vor einem entsprechenden metaphysischen Hintergrund, wie ihn das Christentum bietet, dem Schmerz eine sinnvolle Dimension innewohnt, wie es etwa der Theologe B. Fraling formulierte: „Wo menschliches Leben an seine Grenzen stößt, eröffnen sich für den Glaubenden nach und nach die *Chancen eines Überstiegs*: ... einer Hoffnung auf die Zukunft“. Ein gelungener, sinnvoller Umgang mit Krankheit kann nicht zuletzt auch zu einer Gesundung des Menschen als Mensch beitragen und der Gesellschaft ein menschlicheres Gesicht geben.

Man muss der Autorin hoch anrechnen, dass sie durch mehrere Zusammenfassungen im Text die komplexe Materie übersichtlicher gestaltet. Es ist zu hoffen, dass ein Anliegen der Verfasserin – nämlich das Bewusstsein dafür, dass es Menschen gibt, die an

Schmerzen leiden, für die keine Ursache gefunden werden kann – in der Gesellschaft und im akademischen Bereich mehr Aufmerksamkeit findet.

C. D. Schwarz

Schwierige Patienten

Hans-Wolfgang Hoefert, Martin Härter (Hrsg.)

Verlag Hans Huber, Bern 2013

350 Seiten, 6 Abb., 27 Tab.

ISBN 978-3-456-85121-1

Ausgehend vom „hateful patient“ (J. Groves, 1978) ist – wie von den Herausgebern im Vorwort vermerkt – ein Perspektivenwandel festzustellen, der die Probleme der Diagnostik und Therapie hinter sich lässt. An deren Stelle tritt die Auseinandersetzung mit gravierenden Mängeln in der Gestaltung der Beziehung zwischen Patient und Betreuer.

Es ist daher nicht weiter erstaunlich, dass die 22 Beiträge mehrheitlich von klinischen Psychologen (17 von 29 Autoren) verfasst sind.

Nach anfänglicher Skepsis bezüglich der „ärztlichen Kompetenz“ wird der (medizinisch orientierte) Leser rasch von der Versiertheit der „Dipl-Psych“ in Sachen Arzt-Patient-Beziehung überzeugt. Es scheint sogar von Vorteil zu sein, wenn die Autoren die multiplen Interaktionen auf den diversen Ebenen der ärztlichen Praxis gewissermaßen aus sicherer Entfernung, aber mit umso besserer Übersicht beurteilen.

Auch ist es durchaus heilsam zu lesen, wie ein Arzt „schwierige Ärzte“, die in ihrer Kommunikation gehemmt sind, beschreibt (Harald Jurkat, Psychosomatik Uni Gießen/Marburg).

Schwierig wird es schon mit Patienten, die „somatoforme“ Störungen präsentieren, für die kein organisches Substrat zu finden ist. Hier bietet die ICD-10-Klassifizierung (F45,0 bis F45,9) eine nur ungenügende Handhabe: Wie intensiv, aufwändig und invasiv muss eigentlich untersucht werden, bis eine therapiebedürftige somatische Krankheit ausgeschlossen ist? Was für eine Rolle spielt der „forensische Vorbehalt“?

Dazu gesellen sich Divergenzen zwischen Arzt

und Patienten im „Erleben“ der Krankheit (unterschiedliche „Krankheitstheorien“), wie in einem der Beiträge von Hans-Wolfgang Hoefert erläutert.

Kann das Internet die Patienten „schwieriger“ machen? Christiane Eichenberg (Köln) und Demetris Malberg (Kassel) haben herausgefunden, dass für 90% der von ihnen befragten Ärzte eine Richtigstellung der Internet-basierten Patienteninfo notwendig sei, doch könne eine solche Vor-information für heikle Gespräche auch von Vorteil sein (Beispiel: Pankreas-Ca). Nicht alle Patienten geben ihre Internetbefragung zu, was wieder für das Gespräch mit dem Arzt nicht förderlich ist.

Die Rolle der complementär-alternativen Medizin (CAM) ist ein besonderes Anliegen von Hans-Wolfgang Hoefert, der auf deren verschiedene Ausprägungen bzw. Akzeptanz eingeht, wobei aber gerade das, was den aktuellen Umgang zwischen CAM-Adepten und Kritikern belastet, nur gestreift wird (z. B. die Suche nach einer gemeinsamen Gesprächsbasis).

Der zweite Hauptteil des Buches setzt sich mit „schwierigen Patienten“ aus einigen medizinischen Fachgebieten auseinander. Die große Zahl von Patienten mit unklaren Atem-, Herz- und Schmerzproblemen bleiben leider weitgehend auf der Strecke, wiewohl gerade diese in der Hausarztpraxis stark vertreten sind. So interessant die dargelegten Probleme von Gastroenterologen, Gynäkologen und Zahnmedizinern auch sind, sie können das angesprochene Manko nicht wettmachen. Auch bleiben diese wenigen, der somatischen Medizin gewidmeten Kapitel in der – wenn auch gelungenen – Beschreibung der Probleme stecken, ohne zu diskutieren, wie die Probleme der „Schwierigen“ dieser Art zu meistern wären.

Ein in sich geschlossener Beitrag ist speziell den „Schwierigen“ in der Psychiatrie gewidmet (Martin Lambert, Hamburg). Hier darf man sich über sehr konkrete Hinweise freuen, wie man Patienten zur Mitarbeit motiviert und sie auch bei Langzeitbetreuung bei der Stange hält – Informationen, die auch für die Hausarztpraxis willkommen sind.

Natürlich ist auch die Pflege tief in die Problematik der schwierigen Patienten involviert. Almut Hartenstein-Pinter (Uni Witten-Herdecke) nimmt sich der Sache mit einer guten Mischung aus theoretischem und empathisch-praktischem Zugang an. Für sie sind es „Grenzkonflikte“, die in der individuellen Lebens- und Leidensgeschichte, kulturellen Prägung und Balance zwischen eigener Person und Umwelt wurzeln. Die in der Pflege Schwierigen fallen auf durch Forderungen, Ablehnung, Provokation, intrigante Manipulation, Aggression bis zur Gewalt, oft verkompliziert durch verschiedene Grade der Demenz. Die Autorin propagiert ihr Motto, schwierige Situationen in „spannende Begegnungen“ umzumünzen. Sie kann dabei auf persönliche positive Erfahrungen verweisen.

Lehrreich sind die Überlegungen einer Autorengruppe aus Freiburg und Offenburg zur Rolle unserer plurikulturellen Gesellschaft, deren Ethik und Soziologie. Spezifische Probleme sind hier etwa der Migrationsstress, das Nichterreichen des Migrationszieles und kumulierende Gesundheitsrisiken, die – andererseits – mit einem „healthy-migrant-Effekt“ kontrastieren.

Sehr praxisorientiert werden die Schwierigkeiten der Adipösen diskutiert, für die die Hormone, die Schwangerschaften und die Lebensumstände die Schuld an ihrer Gewichtigkeit haben. Sie sehen sich in der Nähe der Philosophie der „Fat Studies“, welche die Fettsucht als persönliches (wertfreies) Merkmal propagieren.

Stationäre dementielle Patienten komplizieren den Arbeitsaufwand der Pflege in einer sehr spezifischen Weise, so dass die dort tätigen Personen eigenen Schulungen unterzogen werden, bzw. sollten (da noch nicht flächendeckend).

Bei ambulanten Patienten spielt die Demenz oft eine heimtückische Rolle: Sie wird gerade bei „schwierigen“ Patienten in der Praxis nicht gleich offenkundig. Wenn schließlich die Demenz als solche erkannt ist, sind da noch die Angehörigen, die dem unter ständigem Druck stehenden Hausarzt

zur zusätzlichen Last werden können. Eva Maria Neumann (Lausitz) fordert daher in ihrem Beitrag eine Anleitung (Qualifizierung) aller Betreuenden.

Am Ende des Buches wird schließlich auch auf die „schwierigen Ärzte“ eingegangen, bei denen körperliche und psychische Beeinträchtigungen (bis zum Burnout) geortet werden und – hoffentlich rechtzeitig – behandelt werden. Bewährte Ansätze werden in den Balint-Gruppen gesehen.

So mündet das Buch in den Appell an Arzt und „schwierige Patienten“, sich um eine „partizipative Entscheidungsfindung“ zu bemühen, das heißt, um eine Gesprächsbasis des Wohlwollens und der gegenseitigen Information (Miriam Körner und Linda Zimmermann, Freiburg).

Das Buch ist zu loben einmal für die gediegenen Beiträge zu einem hochaktuellen Thema; zum anderen dafür, dass hier Psychologen den Ärzten gekonnt und auf hohem Niveau „ins Handwerk pfuschen dürfen“ – ohne je besserwisserisch zu agieren, sondern vielmehr klug und behutsam eine Anleitung zum Umgang mit den „schwierigen Patienten“ vorzulegen.

Für Ärzte in Klinik und Praxis, ebenso für alle Pflegeberufe eine sehr empfehlenswerte Lektüre.

F. Kummer

Abschied von der freudigen Erwartung. Werdende Eltern unter dem wachsenden Druck der vorgeburtlichen Diagnostik

Giovanni Maio

Edition Sonderwege, Waltrop und Leipzig 2013

139 Seiten

ISBN 978-3-937801-93-3

Ein überraschender, geradezu erschreckender Buchtitel, der den Leser jedoch auch neugierig werden lässt. Maio beklagt, dass der Geburt heute die Selbstverständlichkeit fehle, dass ein Kind oft erst nach vielen „Prüfungen“, die es bestehen muss, geboren werden darf und damit dann ein Kind ist, „das überlebt hat“. Das Kind soll keine Überraschung mehr sein, keine Gabe, die man dankbar annimmt, sondern vielmehr ein geplantes Projekt.

Behinderungen sind dann Folge von Fehlplanungen und Unterlassungen. Das Kind muss bestimmten Ansprüchen genügen, bevor es weiterleben darf. Wird das Leben grundsätzlich verfügbar? Wird jede Existenz an ihrem Anfang grundsätzlich zur Disposition gestellt?

Maio sieht vier Bereiche der modernen Medizin, die für diesen Abschied verantwortlich sind: die Pränataldiagnostik, vor allem mit dem Bluttest auf Trisomie 21, die Abtreibung, die Präimplantationsdiagnostik und die Reproduktionsmedizin. Diese Bereiche werden in jeweils eigenen Kapiteln fachlich umfassend und dennoch prägnant und auch für medizinische Laien gut verständlich dargestellt und in umfassende philosophisch-ethische Zusammenhänge gebracht.

Maio zeigt auf, wie die Pränataldiagnostik, die die Schwangere ursprünglich psychisch entlasten und gegebenenfalls Therapien während der Schwangerschaft oder unmittelbar nach der Geburt ermöglichen sollte, durch die breite Anwendung und die Selbstverständlichkeit der Abtreibung zu etwas ganz anderem wird, nämlich zur Belastung für die Mutter und zu einem Instrument der Selektion. Sie wird auch zunehmend von Seiten der Ärzte eingesetzt, um nicht in Schadenersatzansprüche durch die Geburt eines behinderten Kindes zu geraten. So würden nach Maio neue Normalitäten geschaffen, nämlich erstens, dass es irrational wäre, nicht zu testen, und zweitens, sich im Fall eines positiven Befundes „dennoch“ für das Kind zu entscheiden. Wichtig ist auch der Hinweis, dass die Befunde in der Aussagekraft oft überschätzt werden, auch, dass der Ausschluss einer genetischen Krankheit nicht mit einer Gesundheitsgarantie gleichgesetzt werden kann und falsche Erwartungen weckt.

Im Besonderen wird auf den sogenannten „Präna-Test“ eingegangen. Es handelt sich um einen neu entwickelten Bluttest bei der Schwangeren, mit dem Ziel festzustellen, ob das ungeborene Kind Trisomie 21 hat. Die Brisanz des Testes liegt nach Maio in dessen scheinbarer Harmlosigkeit. Er zeigt

auf, wie rasch die Schwangere oft unvorbereitet in eine Entscheidungssituation über Leben und Tod gerät, die viele überfordert. Zudem würde der routinemäßige Einsatz auch bei Nichttrisikoschwangerschaften bedeuten, dass „das Leben mit Trisomie 21 als ein grundsätzlich verhinderbares ‚Übel‘ zu betrachten“ ist. Der Arzt würde vom Helfer zum Fahnder nach „normabweichendem“ Leben werden und „eine subtile Form von Eugenik“ betreiben. Maio stellt auch immer wieder den Bezug der besprochenen bioethischen Bereiche zu aktuellen politischen Entscheidungen in Deutschland her. Er beklagt, dass Eltern mit behinderten Kindern nicht genug seelisch, moralisch und finanziell unterstützt würden. Die Selbstverständlichkeit der Abtreibung von Kindern mit Behinderungen mache das Ja zu so einem Kind immer schwieriger, weil den Eltern später womöglich „verantwortungsloses“ Verhalten vorgehalten werde.

Immer wieder entlarvt Maio auch irreführende Sprachregelungen. So „verhindert“ etwa die Präimplantationsdiagnostik nicht den Schicksalsschlag etwa eines Lebens mit Gendefekt, sondern macht ihn nur frühzeitig ausfindig, um das Leben dann zu vernichten.

Wenn Eltern nur ein gesundes Kind akzeptieren: Wie werden sie sich verhalten, wenn das Kind später ernsthaft krank wird? Der Verzicht auf die bedingungslose Annahme eines jeden Menschen zieht den Verlust der Geborgenheit und des Urvertrauens nach sich. „Dieses Urvertrauen bleibt lebenslang erschüttert, wenn man schon am Beginn seines Lebens bloß überlebt hat.“

Im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin weist Maio nachhaltig auf die Gefahren hin, die durch eine „Logik des Herstellens“ entstehen. Produkt statt Geschenk, Instrument zur Wunscherfüllung, Festlegung auf ein Resultat statt Staunen, Entpersonalisierung, Modularisierung der Fortpflanzung. Darüber die bange Frage: „Wer denkt noch an die Interessen der Kinder?“

Es ist faszinierend, welche Fülle an Information in diesem Büchlein steckt. Das betrifft sowohl die

naturwissenschaftlichen Grundlagen, als auch die Darstellung der bioethischen Fragen der besprochenen Bereiche. Es werden die oft unerwartet neu auftretenden Entscheidungssituationen dargestellt und Auswege gewiesen.

Die rechtlichen Bezüge und Bezugnahmen auf aktuelle politische Entscheidungen beziehen sich auf Deutschland. Die gesellschaftliche Situation ist jedoch mit Österreich vergleichbar. Das Buch zeigt neben den unmittelbaren Fachaspekten auch die Auswirkungen auf gesellschaftliche Grundhaltungen auf, aber auch auf die Medizin als solche und die Änderung des Verhaltens der Ärzte durch das Bestreben nach Absicherung.

Sprach- und Hilflosigkeit würden viel zu schnell hinter technischer Perfektion maskiert, die jedoch nicht die Antworten auf existentielle Fragen geben könnten. Anstelle einer zunehmend auf Machbarkeit reduzierten Dienstleistungsmedizin plädiert Maio im Interesse der ganzheitlichen Betreuung der Paare für eine „Medizin als soziale Praxis, die technisches Können mit Mitmenschlichkeit verbindet.“

Das Buch ist gut lesbar und dabei hilfreich, Zusammenhänge und Entwicklungen in den angesprochenen Bereichen besser zu verstehen, positive Auswege zu erkennen und zu finden. Das nötige Fachwissen wird verständlich und überzeugend vermittelt, die ethischen Überlegungen sind gut nachvollziehbar. Die Erkenntnis, wie bestimmend die Fragen um Schwangerschaft und Geburt sind, und wie viel Erosion an Grundhaltungen der Gesellschaft durch die Auswirkungen medizinisch-technischer Methoden bewirkt wird, ist bestürzend. Diese Erkenntnis eröffnet jedoch gleichzeitig auch die Möglichkeit innezuhalten und diesen Entwicklungen eine neue und gute Richtung zu geben.

R. Klötzl

Symposium „Die Sprache des Schmerzes verstehen“

5. Dezember 2014, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Adalbert-Stifter-Straße 65, A-1200 Wien

In Österreich leiden 1,5 Millionen Menschen an chronischen Schmerzen. Schmerzen zu lindern gehört zum Grundauftrag der Medizin, hier wurden große Fortschritte erreicht. Doch Schmerz ist nicht gleich Schmerz. Hinter einer unübersehbar wachsenden Medikalisierung hat zugleich lautlos das Leiden am Schmerz zugenommen.

Welche Möglichkeiten hat die Schmerztherapie heute - und wo liegen ihre Grenzen? Nur wenn der vom Schmerz geplagte Mensch in seiner Ganzheit in den Blick genommen wird, ist Linderung möglich. Welche Rolle spielt die Geschichte und Psyche des Patienten in der Wahrnehmung, Verarbeitung und Bewältigung von Schmerz? Welche Kompetenzen im Umgang mit Leidenden braucht es angesichts eines gesellschaftlich utopischen Anspruchs, das Leben müsse frei von jedem Schmerz sein?

Veranstalter

IMABE

Mitveranstalter

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Österreichische Ärztekammer
Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Anmeldung

Anmeldung bis 21. November 2014 im Tagungssekretariat (Büro für internationale Beziehungen und Kongresswesen, AUVA, Adalbert-Stifter-Straße 65, 1200 Wien).

Die Tagungsgebühr beträgt 30 Euro.

Die Österreichische Ärztekammer vergibt 5 DFP-Punkte.

Weitere Informationen und Download des Programms unter www.imabe.org.

Programm

08.30 Registrierung

09.00 Begrüßung

09.15 **„Schmerzfrei - aber sofort!“ Möglichkeiten und Grenzen der Schmerztherapie**

Ao. Univ.-Prof. Prim. Dr. Astrid Chiari,
Wien

09.45 **Entmedikalisierung des Schmerzes: die Lebensgeschichte hinter dem Schmerz**

Univ.-Prof. Dr. med. Marcus Schiltenswolf,
Heidelberg

10.15 **Der blinde Fleck in der Skala: die psychosomatische Dimension des Schmerzes**

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Bach, Salzburg

10.45 Kaffeepause

11.00 **Schmerz, Lebensqualität und Lebenssinn: Neue Wege der Palliative Care**

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc,
Klagenfurt

11.30 **Leid verstehen. Die Utopie einer schmerzfreien Gesellschaft**

Univ.-Prof. MMag. DDDr. Clemens Sedmak,
Salzburg

12.00 Podiumsdiskussion

13.00 Ende der Tagung mit Mittagsbuffet

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
Burnout
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Euthanasie aus ethischer Sicht
Katholische Kirche zur Euthanasie
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 21 · Heft 4/2014
Schwerpunkt: Der Schmerz

Editorial	163	
Current Issues	166	Susanne Kummer For a New Culture of Assistance: Saving Lives Instead of Killing
Focus	169	Reinhard J. Topf Cancer: The Overestimation of Psychological Factors as a Cause of Disease
	183	Christiana Justin Pain in Children - Ethical and Therapeutic Considerations
Pediatric Case Study	193	Reduction of Therapy in Genetically Hard-Damaged Children
	195	Enrique H. Prat Commentary on the Case
Juridical Commentary	199	Jakob Cornides Equality Instead of Ethics. Austria's Constitutional Court Guts the Reproductive Medicine Law
Article	215	Margit Spatzenegger Endocrine Disruptors - An Experiment Getting out of Control?
News	226	
Journal Review	228	
Book Reviews	229	
Announcement	193	Symposium „Understanding the Language of Pain“