

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 21 · Heft 4 · 2014

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

# Imago Hominis

**Die Sprache des  
Schmerzes verstehen I**

**Understanding the  
Language of Pain I**

IMABE

# Imago Hominis

## Herausgeber

Johannes Bonelli  
Friedrich Kummer  
Enrique Prat

## Schriftleitung

Susanne Kummer

## Wissenschaftlicher Beirat

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

## IMABE

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

Editorial	239	
Aus aktuellem Anlass	242	IMABE <b>Stellungnahme: „Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung - für eine Kultur des Beistands“</b>
	245	Enrique H. Prat <b>Die Freiheit im Widerspruch: Ein Selbstbestimmungsrecht, sich selbst zu töten?</b>
Schwerpunkt	249	Astrid Chiari <b>Schmerzfrei, aber sofort! Möglichkeiten und Grenzen der Schmerztherapie</b>
	259	Michael Bach <b>Das Leiden am Schmerz. Psychosozial-anthropologische Dimensionen</b>
	269	Martina Schmidl <b>Demenz und Schmerz</b>
	279	Johannes Bonelli, Susanne Kummer <b>Die Wandlung der Perspektive des Lebens durch Schmerz</b>
Freies Thema	287	Marcus Knaup <b>Ein neues Naturdenken als Grundlage für die Ethik. Zur Aktualität von Hans Jonas</b>
Fall	303	<b>Juristisch fragliche Patientenverfügung</b>
	305	Friedrich Kummer <b>Kommentar zum Fall</b>
Nachrichten	307	
Zeitschriftenspiegel	308	
Buchbesprechungen	310	
Imago Hominis	315	<b>Jahresinhaltsverzeichnis des 21. Bandes (2014)</b>

## 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](mailto: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 Feuchtner

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

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtner

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand  
Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,  
Studentenabo € 20, Förderabo € 80  
Abo-Service: Mag. Monika Feuchtner

## Bankverbindung:

UniCredit Bank Austria AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800  
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

## Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen  
der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.  
Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die  
einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen  
Sachexperten begutachtet.

Redaktionsschluss: 12. November 2014

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



orthomol



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des  
Heftes.

Die Sprache des Schmerzes verstehen heißt, den leidenden Menschen als Mensch zu verstehen, in seiner Not, in seinen Lebensbezügen, in seinen Ängsten und auch in seinen Möglichkeiten. Viele Schmerzpatienten haben oft eine jahrelange Odyssee hinter sich. Sie haben den Hausarzt aufgesucht, waren bei diversen Fachärzten, haben ihren Schmerz mit Tabletten oder Spritzen bekämpft, sich zum Teil mehrfach operieren lassen. Und immer haben sie gehofft, dass der nächste Arzt eine Art Wundermittel findet, um ihre Schmerzen wegzunehmen – doch dieses Wunder ist nie eingetreten. Damit beginnt häufig auch ein fataler Kreislauf: Die Erwartung, dass der Schmerz immer wieder kommt, erzeugt Angst, die den Schmerz verstärkt - bis hin zu Depression und sozialer Isolation. Die Patienten fürchten sich davor, in eine Psychoecke geschoben zu werden, zumal gerade beim chronischen Schmerz keine klare körperliche Ursache dingfest gemacht werden kann.

Es scheint, dass die Illusion der medizinischen Machbarkeit, wonach jeder Schmerz grundsätzlich immer behebbar und kontrollierbar sei, immer noch wirkmächtig ist. Chronische Schmerzpatienten verstoßen gegen dieses Diktat der Machbarkeit. Hinter einer wachsenden Medikalisierung hat das Leiden am Schmerz lautlos zugenommen.

Häufig sind Schmerzen auch Chiffre für viele andere Leidenssituationen, Symptom für Stress, Überforderung oder eine Sinnkrise. Wird dies im ärztlichen Gespräch nicht deutlich herausgearbeitet und das vordergründige dargebotene Schmerzsymptom bloß pharmakologisch zu beherrschen versucht, führt dies auch zur Medikalisierung sozialer Problemlagen.

Dieser Gefahr muss man sich umso bewusster werden, als der chronische Schmerz ein weit verbreitetes Problem in der Bevölkerung ist. Insgesamt sind rund 1,7 Millionen Österreichern davon betroffen. Zu den häufigsten Arten von chronischen Schmerzen zählen Rückenschmerzen, gefolgt von Kopfschmerzen und neuropathischen Schmerzen. Auch Schmerzen, deren Ursache im Seelischen liegt (psychogene Schmerzen), können zu dauerhaft chronischen Schmerzen führen. Starke chronische Schmerzen

beeinträchtigen nicht nur das private Leben, sondern können im schlimmsten Fall auch zum kompletten Rückzug aus dem Erwerbsleben zwingen. 33 Prozent der chronischen Schmerzpatienten sind berufsunfähig, 21 Prozent werden in die Frühpension entlassen. Insgesamt werden die in Österreich jährlich durch chronische Schmerzen verursachten gesamtwirtschaftlichen Kosten auf 1,4 bis 1,8 Milliarden Euro geschätzt.

Diese Zahlen stimmen nachdenklich. Die Sprache des Schmerzes verstehen, heißt zunächst genau hinzuschauen und hinzuhören, was Schmerz mit uns macht. Der Schmerz wirft zurück, er engt ein. Im Schmerz erfährt man immer eine Art von Kontrollverlust über sich. Man funktioniert plötzlich nicht mehr – und das in einer Welt, wo erwartet wird, dass jeder grundsätzlich zu funktionieren hat. Diese Erfahrung von Grenze trifft den Patienten, sie trifft aber auch den Arzt oder Therapeuten. Denn die Erwartungshaltung vonseiten der Patienten ist hoch: Man will durch die Therapie den Schmerz „loszuwerden“, und zwar möglichst rasch und effizient, durch Tabletten, Spritzen oder eine Operation.

Ärzte wollen helfen, sind aber auch unsicher, was nun wirklich helfen könnte, also greift man unter Zeitdruck eher zum Altbekanntem und erfüllt dabei auch die Erwartungen des Patienten: Studien zeigen, dass Patienten zufriedener sind und sich besser aufgehoben fühlen, wenn sie zu einem Röntgen geschickt werden. Begünstigt wird diese Haltung durch die Anreize im Gesundheitssystem: Ein Rezept schreiben geht schnell, diagnostische Verfahren oder Operationen werden finanziell abgegolten, Zeit und Gespräch, die der Arzt dem Patienten widmet, sind ein blinder Fleck in der Abrechnung. Zeit als Qualitätsfaktor ist im beschleunigten Gesundheitssystem nicht vorgesehen.

Die Sprache des Schmerzes verstehen, heißt zu lernen, mit Grenzen zu leben. Die Errungenschaften der Schmerzmedizin sind beachtlich, das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten breitgefächert, die Erfolge lassen sich zeigen, beispielsweise in der Behandlung des Akutschmerzes. Unübersehbar sind aber auch die Stagnation in der Therapie chronischer Schmerzen, der teilweise unkritische Einsatz invasiver Maßnahmen und häufig das Fehlen der geforderten Interdisziplinarität.

Das birgt eine Chance: für den Patienten, für seine Umgebung und die Zukunft des Gesundheitswesens.

Das Leiden chronischer Schmerzpatienten wird stark von der Psyche mitbestimmt, von der Art und Weise, wie sie mit dem

Schmerz umgehen und sich mit ihm arrangiert haben. Eine Therapie im Sinne des biopsychosozialen Ansatzes hilft Patienten, ihre Haltung und Gewohnheiten zum Schmerz zu verändern, indem sie versuchen, von der Fixierung auf das Nicht-Können wegzukommen, hin zu einem Erkennen und aktiven Einsetzen der eigenen Ressourcen.

In der Schmerzbewältigung spielen Familie und soziales Umfeld eine große Rolle: Patienten sind weniger depressiv, wenn sie in ihrem Leiden ausreichende soziale Unterstützung erfahren – was wiederum zu einer Reduktion von Schmerzwahrnehmung führt.

Die Sprache des Schmerzes verstehen heißt, dass wir die Entwicklung der modernen Medizin neu denken müssen. Der Schmerzpatient ist der Ruf nach einer Neuorientierung. Die Behandlung von Schmerz muss zu einer Querschnittsmaterie für alle medizinischen Fächer werden, sie verlangt ein multiprofessionelles und multimodales Vorgehen. „Das Gespräch ist ein Heilfaktor, weil es die Existenz des Menschen miteinbezieht“, schreibt der Schweizer Psychiater und Psychotherapeut Gion Condrau: „Der Arzt kann wohl Organe behandeln; niemals kann er sich mit einem Organ besprechen. Die Sprache richtet sich immer an den Menschen in seiner Ganzheit.“ Die Sprache des Schmerzes verstehen heißt, bereit sein, eine grundsätzliche Diskussion über die Prioritäten in der Medizin zu führen. In einer rein handlungsorientierten und leistungsorientierten Medizin haben Schmerzpatienten keinen Raum, sie fordern eine zuwendungsorientierte Medizin ein.

Der ganze Mensch muss in den Blick genommen werden. Und das gilt wohl überhaupt für eine Medizin, die sich menschlich nennen will.

Als interdisziplinäres Wissenschaftsinstitut hat IMABE deshalb sein Jahressymposium am 5. Dezember 2014 in Wien dem Thema „Die Sprache des Schmerzes verstehen“ gewidmet. Wir danken an dieser Stelle unseren Kooperationspartnern, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. In der vorliegenden Ausgabe von *Imago Hominis* findet sich nun ein Teil der Vorträge sowie ergänzende Beiträge aus der klinischen Praxis und zu ethischen Fragestellungen. Der zweite Band zur Tagung wird im Frühjahr 2015 erscheinen.

**S. Kummer**

IMABE

## Stellungnahme: „Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung - für eine Kultur des Beistands“

Commentary: "A Clear 'No' to Physician-Assisted Suicide – A 'Yes' to a Culture of Support"

Es geht in der Debatte um „aktive Sterbehilfe“ nicht um die Frage von Einzelfällen, sondern um die Frage, wie wir als Gesellschaft in Zukunft leben wollen. Wenn wir als Gesellschaft menschenwürdig, solidarisch und mit Respekt vor einer richtig verstandenen Autonomie leben wollen, dann muss der Schutz von vulnerablen Personen vor Tötung oder Beihilfe zur Selbsttötung ein Fundament der Rechtsordnung bleiben.

### 1. Wo Beihilfe zum Suizid legalisiert wird, steigt die Zahl der Fälle.

Einige europäische Länder wie Belgien, die Niederlande und die Schweiz, haben bereits vor Augen geführt, wo die Reise gesellschaftspolitisch endet: In der Schweiz ist die Zahl der Menschen, die über Organisationen wie *Exit* oder *Dignitas* Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen, in 10 Jahren bis 2012 auf 680 Personen gestiegen. Inzwischen gibt es dort auch das Angebot eines „Altersfreitods“ für lebensmüde Pensionisten, die aber an keiner lebensbedrohlichen Krankheit leiden. Der Sterbehilfe-Verein *Exit* will sich nun gezielt um diese wachsende Klientel kümmern.

In den Niederlanden wird die sog. Hilfe zur Selbsttötung meist von Hausärzten ausgeführt. Die Zahl der offiziell gemeldeten assistierten Suizide und Fälle von „Tötung auf Verlangen“ ist gegenüber 2012 um 15 Prozent auf knapp 5.000 Fälle gestiegen (exakt 4.829). Das sind 13 Todesfälle pro Tag.

Der 3,9 Millionen Einwohner zählende US-Bundesstaat Oregon wird in Europa medial als Vorzeigeland für einen bestmöglich geregelten Suizid hingestellt. Die aktuellen Entwicklungen zeigen jedoch, dass es fatal wäre, Selbstmord zu einem logischen Akt der Selbstbestimmung umzudefi-

nieren. Laut dem aktuellen Report zu *Death with Dignity Act* (Gesetz für ein Sterben in Würde) ist die Zahl der Patienten, die sich seit 1998 mit ärztlicher Unterstützung das Leben nahmen, in 15 Jahren um 430 (!) Prozent gestiegen (von 16 auf 75).

### 2. Aus dem Recht auf den „begleiteten Selbstmord“ wird eine Pflicht zum „sozialverträglichen Frühableben“.

Im US-Bundesstaat Oregon gaben die Suizidwilligen 2013 als Hauptgründe für ihren Entschluss an: Angst vor einem „Verlust von Autonomie“ und damit Sorge, Last für andere zu werden (93 Prozent); „weniger in der Lage zu sein, an Aktivitäten teilzuhaben, die dem Leben Freude geben“ (89 Prozent); Furcht vor einem „Verlust an Würde“ (73 Prozent).

Ein Suizidgefährdeter will gar nicht dem Leben, sondern vielmehr dem Leiden enttrinnen. 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.

Ist 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. Der Gedanke, dass sie das alles ja ihrer Umgebung 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 Therapie oder Pflege noch leistet.

Was das in der Praxis bedeutet, zeigt der Fall von zwei Krebspatienten in Oregon. Sie verfügten nur über die staatliche Armen-Krankenversicherung Medicaid: Per amtlichem Schreiben wurde ihnen die zu teure Chemotherapie verweigert, während man ihnen gleichzeitig anbot, als Alternative den assistierten Suizid zu bezahlen. Beide wollten aber leben und behandelt werden. Erst als der Fall von Randy Stroup im Februar 2009 an die Öffentlichkeit kam, wurde ihm eine Chemotherapie zugestanden. Aus dem Recht auf den „begleiteten Selbstmord“ wird so eine Pflicht zum „sozialverträglichen Frühableben“.

### **3. Die Aufgabe des Gesetzes liegt im Schutz vulnerabler Personen. Eine Freigabe der Beihilfe zum Suizid fördert paradoxerweise Grauzonen.**

In Österreich ist sowohl die Mithilfe am Selbstmord (§ 78 StGB) als auch Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) gesetzlich verboten. Der Gesetzgeber hat immer schon vorgesehen, dass im Falle von Rechtsbruch in extremen Einzelfällen Milderungsgründe angeführt werden können. Klar aber ist: Niemand von uns kann erleichtert sein, dass ein Mensch durch einen anderen Menschen getötet wird.

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

Politiker müssen sich auch der gesellschaftlichen Signalwirkung bewusst werden, die eine Aufhebung des Tötungsverbots mit sich bringen würde. Gesetze haben eine Schutzfunktion. Denken wir an das Verbot der Abgabe von Alkohol an unter 16-Jährige, an die Geschwindigkeitsbegrenzung auf Autobahnen auf 130 km/h. Wohl kaum jemand würde hier ernsthaft argumentieren, dass

diese Gesetze das Recht auf Selbstbestimmung einschränken und deshalb gelockert werden müssen.

Wer die Zulassung von Tötung unter bestimmten Bedingungen einführt, öffnet damit das Tor für weitere, nicht mehr kontrollierbare Entwicklungen: Auf die Zulassung des assistierten Suizids folgt die Zulassung der Tötung auf Verlangen und damit de facto die Tötung auch ohne ausdrückliches Verlangen der Patienten – diese Erfahrung in Ländern, in denen der assistierte Suizid legalisiert wurde, muss Österreich eine Warnung sein! Statt Transparenz sind neue Grauzonen und Dunkelziffern entstanden. So ist in den Niederlanden die Hemmschwelle zu töten gesunken. Hier nehmen Ärzte Patiententötungen vor, auch ohne dass diese dezidiert darum gebeten hatten. Sie rechtfertigen dies mit einem zu hohen Leidensdruck für die Angehörigen, auch gesundheitsökonomische Interessen spielen neben Mitleid eine immer größere Rolle. 23 Prozent der bewilligungspflichtigen Sterbehilfe-Fälle wurden von den Ärzten nicht gemeldet (vgl. *Langzeitstudie 1990 – 2010 zur Situation in den Niederlanden*, *The Lancet* 2012; 380: 908-915).

### **4. Suizid ist keine Privatsache: Wider die Heroisierung der Selbsttötung.**

In den allermeisten Fällen ist der Todeswunsch eines Patienten Ausdruck und Symptom einer schweren psychischen Krise. Depression im Alter wird oft übersehen, vor allem in Altersheimen. 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 moralische 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 menschenverachtendste Ausweg, den die Gesellschaft sich ausdenken kann, um sich der Solidarität mit den Schwächsten zu entziehen.

### **5. Ein klarer Auftrag: Palliative Care, Hospiz und Kultur des Beistands. Ärzte haben keinen Auftrag als Tötungsgehilfen.**

Niemals kann es Aufgabe des Arztes sein, den Tod als professionelle Dienstleistung anzubieten oder an „qualitätsgesicherten, klinisch sauberen Suiziden“ (Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Deutschen Bundesärztekammer) mitzuwirken. 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.

Was wir brauchen, ist eine neue Kultur des Sterbens und der Leidensbewältigung und des Beistands. 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 assistierten Suizids ausgerechnet dann geführt wird, wenn Österreich nach Ansicht von Experten noch nicht einmal seine Hausaufgaben in Sachen Palliativversorgung und Hospiz erfüllt hat, sorgt zu Recht für Kritik.

Menschliche Medizin zeigt sich in der professionellen Kompetenz, Therapien zurückzufahren, wo keine Aussicht auf Heilung besteht, Therapieziele zum Wohle des Patienten ändern zu können, Maßnahmen zur Schmerzlinderung zu verbessern sowie Ressourcen in der Kommunikation und Empathie in der Begleitung und Behandlung Schwerkranker zu stärken. Hier schließt sich auch eine Forderung nach dem Ausbau der Weiterbildung für Ärzte und Pfleger – möglichst schon in ihrer Ausbildung.

Unsere Kultur lebt davon, dass wir auch an den Grenzen des Lebens zueinanderstehen. Die Politik ist gefordert, sich klar gegen eine Tötungslogik und zu einer Kultur des Beistands zu bekennen.

Enrique H. Prat

## Die Freiheit im Widerspruch: Ein Selbstbestimmungsrecht, sich selbst zu töten?

Inconsistent with Freedom: The Right of Self-Determination – to Kill Oneself

Die Autonomie des Menschen ist eines der Hauptthemen der Philosophie der Aufklärung, doch die Väter der Aufklärung waren nicht der Meinung, dass die Autonomie (= Selbstbestimmung) des Menschen schrankenlose Willkür ist. Sie meinten nur, dass sie von anderen Menschen nicht willkürlich eingeschränkt werden kann. Kant hat Autonomie als Selbstgesetzgebung der praktischen Vernunft definiert.<sup>1</sup> Mit der moralischen Selbstbestimmung meint er nicht eine ungebundene oder gar begründungsfreie Autonomie, sondern eine Bestimmung des individuellen Willens, die zugleich als Gegenstand eines allgemeinen Willens gedacht werden kann.<sup>2</sup> Mit anderen Worten: Der autonome Mensch muss herausfinden, was vernünftig ist. Was vernünftig ist, ist auch das sittlich Richtige. Autonomie schließt Bindung an die Sittlichkeit konstitutiv ein. Die Autonomie einer unvernünftigen Selbstgesetzgebung wäre daher unsittlich und keine Autonomie mehr, sondern eher Heteronomie, d. h. Fremdbestimmung.

### Die Selbstvernichtungsentscheidung: eine Absage an die Freiheit

Schon bei Kant<sup>3</sup> ist der Selbstmord nicht Ausdruck von, sondern Absage an die Autonomie und Freiheit des Menschen, denn mit diesem Akt vernichtet sich ja gerade das Subjekt von Freiheit und Sittlichkeit selbst. Das Selbstbestimmungsrecht setzt ein Selbst als Rechtssubjekt voraus, das sich selbst bestimmen kann. Die Frage ist nun, ob der Mensch, der keiner eigenen Selbstbestimmungshandlung seinen Ursprung verdankt – niemand hat sich selbst gemacht –, sich selbst vernichten darf. Anhänger eines materialistisch-evolutionistischen Menschenbildes, die keinen Bezug zum Leben als

Gabe oder Schöpfung kennen und den Menschen bloß als Produkt des Zufalls ansehen, sagen: „Warum nicht?“ Schließlich ist jedes Individuum ein Zufallsprodukt, wer mit sich selbst nicht zu Rande kommt, ist ein Opfer der Evolution. Eine Form der Anpassung ist eben die Selbstvernichtung. Das klingt zynisch, ist aber nichts anderes als ein konsequent zu Ende gedachtes materialistisch-evolutionäres Weltbild. Dieses ist zutiefst deterministisch, es leugnet Freiheit, d. h. es leugnet die Autonomie und die Selbstbestimmung, die es rein psychologisch einstuft. Halten wir fest: Mit bekennenden Materialisten hat es wenig Sinn, über Euthanasie, Töten auf Verlangen oder den Suizid zu debattieren, sie setzen an einem falschen Paradigma an. Es fehlt ihnen das Fundament, um geistige Vollzüge, Verstand und Willen ausreichend erklären zu können. Wenn sie dennoch von der Autonomie des Menschen und von Selbstbestimmung sprechen, sind sie inkonsequent.

Ein Recht auf Selbstvernichtung muss unabhängig vom Selbstbestimmungsrecht begründet werden. Letzteres legitimiert autonome Entscheidungen, zu tun und zu werden, was vernünftig, d. h. sittlich richtig ist. Selbstvernichtung als autonome Entscheidung ist die radikalste aller Entscheidungen des Menschen, der sich in der Frage Hamlets „to be or not to be?“ für das Nichtsein entscheidet. Sie steht im krassen Gegensatz zum allgemeinen Naturgesetz eines jeden Lebewesens, nämlich zum Selbsterhaltungstrieb. Zur Selbstvernichtungsentscheidung muss der Mensch die stärkste aller seiner inneren Kräfte überwinden, nämlich die biologische und die psychologische Kraft des Selbsterhaltungstriebes. Noch im 20. Jahrhundert galt es als unumstritten, dass eine innere selbstvernichtende Kraft,

die stärker als der Selbsterhaltungstrieb ist, nur mit einer Psychopathie begründet werden kann. Selbstvernichtung bedeutet auf der anderen Seite einen gewalttätigen Identitätsbruch, nämlich die Wendung gegen sich selbst und gegen alle. Denn jeder Mensch ist zugleich Mit-Mensch.

Der Mensch hat das Privileg der Freiheit (und konsequenterweise die Verantwortung für sein Tun) erhalten. Dies begründet seine Würde: „Menschenwürde“ hält den Raum offen, innerhalb dessen der Vorrang des Selbstseins vor dem Etwas-Sein und damit das auszeichnend humane, das freiheitliche Niveau eines menschlichen Selbstverhältnisses allererst möglich ist.<sup>4</sup> Aus dieser Perspektive stellt sich nun die Frage, ob die Selbstbestimmungsentscheidung, endgültig aus der Freiheit herauszutreten, vielleicht als angemessen betrachtet werden kann?

Wer diese Argumentation vertritt, führt das Wesen der Freiheit ad absurdum. In Betrachtungen über das Wesen der Zeit kommen Augustinus<sup>5</sup> ebenso wie H. Bergson<sup>6</sup> zu dem Schluss, dass das Leben eines Menschen eine biographische Einheit aus den verschiedenen Lebensphasen bildet, die keine Teilung zulässt. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bilden ein Kontinuum. Eine Selbsttötung ist allemal ein Gewaltakt, der das biographische Kontinuum des Menschen zerstört. Die Person lebt ja nicht bloß im Augenblick des Jetzt, ihre Identität ist Folge der biographischen Einheit, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft umfasst. Menschen verstehen die Vergangenheit als „ihre Vergangenheit“ und Zukunft als das, was „mir offensteht“. Wer unter Rekurs auf die Freiheit die Freiheit zerstört, verweigert sich daher einer Dimension der eigenen Identität, der eigenen Zukunft.

Ein Selbstvernichtungsrecht ist mit einem Selbstbestimmungsrecht nicht kompatibel, ganz im Gegenteil, es würde die Selbstbestimmung permanent gefährden. Beide schließen also einander aus.

Der Selbstmord hat eine tragische Note: In ihr instrumentalisiert sich der Mensch selbst. Er sieht sich selbst nur noch als Mittel, um einen wünschenswerten

Zustand zu erreichen. Versagt nun dieses Mittel, dann räumt er sich selbst beiseite. Wir stehen aber zu unserem eigenen Leben, das die Bedingung jedes instrumentellen, auf Zweck hing gerichteten Handelns ist, nicht nur in einem rein instrumentellen Verhältnis.

### **Echte Autonomie darf nicht eingeschränkt werden**

Die ethische Legitimität der Beihilfe zur Selbsttötung bzw. Tötung auf Verlangen (Euthanasie) wird meistens mit dem unveräußerlichen Recht auf Selbstbestimmung begründet. Würde man aber dieses Recht wirklich ernst nehmen, so müsste jedweder Todeswunsch eines erwachsenen, zurechnungsfähigen und informierten Menschen erfüllt werden. Interessant ist, dass man in der Debatte aber immer gleich Einschränkungen macht: Offenbar gibt es ein starkes Bedürfnis jenen, die auf Verlangen töten oder beim Suizid mitwirken sollen, den Todeswunsch rational nachvollziehbar darzustellen. Als nachvollziehbar gelten zumeist ausschließlich der Grund unheilbarer Krankheit und der individuelle Todeswunsch. Richten sich solche Regelungen nicht gegen die Selbstbestimmung? Ja, meint der Philosoph Robert Spaemann: „Eine solche Einschränkung hat nun aber mit dem Prinzip der Selbstbestimmung nichts zu tun, ja sie widerspricht ihr sogar. Sonst müsste man jedem Menschen das Recht einräumen, die Kriterien für die Bewertung seines Lebens selbst festzulegen. Selbstmord aus Liebeskummer oder der sogenannte Bilanzselbstmord müssten demnach gleichrangig bewertet werden.“<sup>7</sup> Echte Autonomie darf nicht eingeschränkt werden, nur eine Pseudoautonomie, d. h. eine falsche Autonomie kann eingeschränkt werden.

Das Selbstbestimmungsrecht kann auch deswegen nicht zur Begründung der Beihilfe zur Selbsttötung herangezogen werden, weil es sehr zweifelhaft ist, ob der Sterbewunsch des Patienten immer als sein eigentlicher Wille angesehen werden darf. Die Erkenntnis des bevorstehenden Lebensendes löst Gefühle von Entsetzen, Schock,

Angst, Wut, Verzweiflung und Depression aus. Jeder Arzt hat nach langjähriger Praxis die Erfahrung gemacht, dass schwerkranke Patienten oft den Mut verlieren und direkt oder indirekt, mehr oder weniger explizit den Wunsch äußern, nicht weiter behandelt werden zu wollen. Manchmal handelt es sich nur um eine Klage, manchmal aber um einen bedingten Wunsch („Wenn es so weiter geht, lassen Sie mich sterben“) und manchmal um eine klare Bitte oder gar einen Befehl, mit der Behandlung aufzuhören, denn es habe keinen Sinn mehr. Die ärztliche Praxis und viele Untersuchungen zeigen, dass dieser Wunsch meist nicht mit dem eigentlichen Willen des Patienten übereinstimmt. Patienten sind für gewöhnlich, sobald es ihnen besser geht, sehr froh und unendlich dankbar dafür, dass der Arzt den Wunsch nicht ernst genommen hat.

### **Selbsttötung als Absage an die Gesellschaft**

Die bisherige individualetische Argumentation kann durch eine sozialetische ergänzt werden. Personen sind nicht nur Individuen, sondern stehen auch wesentlich in Beziehung zu ihrem gesellschaftlichen Umfeld. Man kann erst „Ich“ sagen, wenn es auch ein „Du“ gibt. Ja, unser „Selbst“ schließt den „Anderen“ von Anfang an mit ein.<sup>8</sup> Anerkannt und geliebt zu werden, gehört zu den primären geistigen Bedürfnissen des Menschen. Selbstvernichtung ist deshalb nicht „nur eine private Angelegenheit“, sondern immer auch eine soziale, ist nicht nur Selbstvergessenheit, sondern auch eine Ablehnung des „Du“. Gerade deshalb leiden auch Angehörige und Freunde extrem darunter, wenn sie einen geliebten Menschen, der durch Suizid stirbt, verlieren. Die Selbstmordhandlung bedeutet sprachlich „Ich kann mit Dir nichts mehr anfangen; Deine Liebe, Deine Zuwendung genügen nicht, um mein Leben noch lebenswert zu machen, ich verzichte auch darauf und töte mich“. Selbstmord ist immer auch eine Absage an das menschliche Umfeld und an die Gesellschaft, ein Affront gegen sie. Auch der eingangs erwähnte Materialist, der mit dem evolutionären Paradigma argumen-

tiert, wird sich sehr schwer tun, eine Selbstzerstörungshandlung als ein Selbstbestimmungsrecht anzusehen, wenn er den Menschen eingebettet in einem gesellschaftlichen Liebes- und Abhängigkeitsgeflecht ansieht, dem er bei einer solchen individualistischen Handlung einen Schaden zufügt.

### **Beihilfe zur Selbsttötung aus Liebe, Barmherzigkeit oder Mitleid?**

Häufig wird gefordert, man solle dem Verlangen nach Beihilfe zur Selbsttötung in einer Situation eines nicht länger tragbaren physischen und seelischen Schmerzes nachkommen. Das meistens schon zu Ende gehende Leben habe keinen Sinn mehr, die Situation sei entwürdigend für den Betroffenen und für jene, die in seiner Umgebung sind. Es sei eine Mitleidshandlung, dem Tötungswunsch nachzukommen. Mag sein, dass manche sich vorstellen können, den geliebten Menschen aus Liebe zu töten. Dann aber müsste man sich über die Auffassung ihrer Liebe unterhalten. Wenn Liebe Bejahung ist, und wenn das Leben immer unter allen Umständen, d. h. unabhängig von der – nach außen erscheinenden oder auch nach Innen empfundenen – Lebensqualität,<sup>9</sup> eine unauslöschbare Würde besitzt, dann bedeutet zu töten niemals Bejahung, Zuwendung oder Mitleid und ist daher auch kein Akt der Nächstenliebe. Davon abgesehen ist es nicht nur vorstellbar, sondern eine Tatsache, dass es auch schwerstkranke Menschen mit infauster Prognose gibt, die allein gelassen werden, keine Angehörige mehr haben, keine Freunde und keine emotionalen Ansprechpartner. Es gibt keine realistische Möglichkeit, diesen Menschen einen Lebenssinn zu vermitteln und ihren Lebenswillen wieder zu erwecken. Auch in solchen Fällen ist eine Tötungshandlung ethisch nicht zu rechtfertigen. Diese Menschen würden gerne weiterleben, wenn sie einen Sinn vermittelt bekommen, eine neue Lebensaufgabe, ein „Wofür-Leben“ erhalten. Auch wenn die Gesellschaft die Pflicht hätte, sich um diese Menschen zu kümmern und ihnen in dieser hoffnungslosen Situation zu helfen, kann es sein, dass es de facto nicht mehr

geht, weil es an den geeigneten Einrichtungen fehlt. Gerade in diesen Fällen muss geprüft werden, ob lebensverlängernde Maßnahmen zu rechtfertigen sind, und ein Therapierückzug angebracht oder sogar geboten wird. In solchen Situationen von Selbstmord oder der Beihilfe zum Selbstmord zu sprechen, ist jedoch nicht richtig. Der Mangel an Lebenswillen ist nicht einem Selbsttötungswillen gleichzusetzen, sondern ließe sich eher zusammenfassen in: „Wenn ihr mir nicht helfen könnt, lasst mich zumindest in Ruhe sterben“.

Das Angebot, Ärzte zu Tötungsgehilfen von Suizidgefährdeten zu legitimieren und dies als Wahrung der Selbstbestimmung zu verkaufen, wäre, mit Spaemann gesprochen, der infamste Ausweg, den die Gesellschaft sich ausdenken kann, um sich der Solidarität mit den Schwächsten zu entziehen.

#### Referenzen

- 1 Kant I., *Reflexionen zur Metaphysik*, Nr. 6070, Akad. Ausgabe 18, 443
- 2 Schockenhoff E., *Recht auf Leben – Recht zu sterben. Grenzen menschlicher Selbstbestimmung am Lebensende*, *Imago Hominis* (2001); 8(1): 23-30
- 3 vgl. Kant I., *Metaphysik der Sitten*, IV, 429 ff; *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, VI, 421 ff
- 4 Hoffmann T. S., *Menschenwürde als Maßstab humaner Praxis. Einige prinzipielle Überlegungen zu einem stets aktuellen Begriff*, *Imago Hominis* (2006); 13(1): 37-48
- 5 Augustinus, *Bekenntnisse*, Buch XI
- 6 Bergson H., *Zeit und Freiheit*, Diederichs, Jena (1911); *Materie und Gedächtnis*, Diederichs, Jena (1914)
- 7 vgl. Spaemann R., *Es gibt kein gutes Töten*, in: Spaemann R., Fuchs Th., *Töten oder sterben lassen?*, Herder (1997), S. 22-23
- 8 Buber M., *Das dialogische Prinzip*, 7. Ausgabe, Lambert Schneider (1994), S. 32; vgl. auch Säuglingsforschung Stern D. N., *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York (1985)
- 9 Prat E., *Lebensqualität als Entscheidungskriterium*, *Imago Hominis* (1996); 3(2): 107-115

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

Astrid Chiari

# Schmerzfrei, aber sofort! Möglichkeiten und Grenzen der Schmerztherapie

Free from Pain – but Immediately! The Possibilities and Limitations of Pain Therapy

## Zusammenfassung

Die Schmerztherapie hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen, auch Patienten mit langjährigen chronischen Schmerzen können meist durch moderne Therapiemaßnahmen eine rasche und nebenwirkungsarme Linderung ihrer Beschwerden erwarten. Dabei erhoffen sich Patienten mit lange bestehenden, bereits chronifizierten Schmerzen, die häufig an psychischen Belastungen und sozialen Problemen leiden, von invasiven schmerztherapeutischen Interventionen schnelle Erfolge. Vor einer guten Therapie ist jedoch eine exakte Schmerzbeklärung unter Beiziehung anderer Fachdisziplinen sowie der Ausschluss einer operativ behebbaren Ursache indiziert. Neben dem Abklärungsweg der Schmerzen wird auch der Schmerztherapiealgorithmus in Anlehnung an das WHO Schema erläutert. An Hand von 4 Patientenkarrieren werden komplexe Schmerzbilder und ihre Therapie aus der Praxis vorgestellt und auch Grenzen aufgezeigt.

**Schlüsselwörter: Chronischer Schmerz, Schmerztherapie, Analgetika, invasive Verfahren, Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

## Abstract

Pain therapy has gained widespread attention in recent years. Today even patients suffering from long-term chronic pain can be effectively treated with modern therapeutic strategies with only a few side effects. Patients with chronic pain, who frequently also suffer from psychological and social problems, have especially high expectations from invasive pain procedures. But before appropriate pain therapy can begin, it is essential to obtain an exact pain history, using the services of other medical specialities, and ensure there is no surgically treatable reason for the patient's persistent pain. Besides the algorithm of the pain history the WHO analgesic ladder is elucidated. On the basis of 4 patients, field approaches to complex pain syndromes are presented and their limitations shown.

**Keywords: chronic pain, pain therapy, analgesics, invasive procedures, interdisciplinary cooperation**

Prim. Univ. Prof. Dr. Astrid Chiari  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien  
Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin  
und Schmerztherapie  
Johannes von Gott Platz 1, A-1020 Wien  
astrid.chiari@bbwien.at

## Einleitung

Die erste Äthernarkose im Oktober 1846 am Massachusetts General Hospital in Boston durch William Thomas Morton kann mit Recht als Meilenstein im Verständnis von und im Umgang mit Schmerzen bezeichnet werden. Obwohl seine Entdeckung zunächst als „typisch amerikanischer Humbug“ abgetan wurde, setzte sich die Inhalationsnarkose rasch weltweit durch. Berichte über die Chloroformgabe durch John Snow bei Queen Victoria zur Geburtserleichterung 1853 trugen sicher dazu bei. Friedrich Wilhelm Sertürner isolierte bereits 1817 Morphinium aus dem Saft des Schlafmohns, es herrschte jedoch lange Unklarheit über seine zweckmäßige Dosierung, der unkontrollierte Gebrauch während des Amerikanischen Bürgerkriegs führte in vielen Fällen zu einer Suchterkrankung, da in Unkenntnis dieser Nebenwirkung den Verwundeten ihre eigene Schmerzbehandlung durch die Selbstinjektion von Morphinium überlassen worden war. Die lokalanästhetischen Eigenschaften von Kokain wurden von Carl Koller 1884 erstmals beschrieben, es folgte ein bis heute stark wachsendes Interesse an örtlichen Betäubungsverfahren für Operationen und in der Schmerztherapie.

Im Gegensatz zur Anästhesie war noch vor 30 Jahren der Schmerz ein vernachlässigtes Gebiet in der Medizin. Seither hat es bedeutende Fortschritte in der Versorgung von Schmerzpatienten gegeben, und auch die Gesundheitspolitik hat sich dieses Themas angenommen. Medizinisch wird Schmerz als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis definiert, das mit tatsächlicher oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist. Schmerz hat also eine sehr wichtige Warnfunktion und soll den Körper vor schädlichen oder gefährlichen Einflüssen schützen. Man unterscheidet zwischen akutem und chronischem Schmerz. Auslöser von Schmerzen können sowohl äußere Faktoren wie Kälte oder Hitze als auch innere Beschwerden sein, z. B. Entzündungen oder Störungen des Nervensystems. Bei Schmerzen handelt es sich um eine subjektive Empfindung, die jeder

Mensch sehr unterschiedlich wahrnehmen kann. Chronischer Schmerz ist eine eigenständige Krankheit und hat seine Warnfunktion verloren. Auch seelische Belastungen können zu körperlichen Schmerzen führen (psychosomatische Schmerzen). Die psychische Verfassung spielt bei der individuellen Schmerzwahrnehmung eine wichtige Rolle: So können Trauer oder Niedergeschlagenheit die Empfindlichkeit für Schmerzen verstärken, positive Gefühle können sie dagegen verringern.

Etwa ein Drittel aller Erwachsenen sind von gelegentlich oder häufig wiederkehrenden Schmerzen betroffen, vor allem Kopfschmerzen, Rücken- und Gelenkschmerzen.<sup>1</sup> Bei einer kleinen Gruppe von Menschen bestehen schwere Dauerschmerzen mit erheblichen schmerzbedingten Beeinträchtigungen. Bei diesen Menschen ist der Lebensvollzug durch den Dauerschmerz stark eingeschränkt. Zu diesem gehört, dass man sich am Arbeitsplatz brauchbar einsetzen kann und bewährt, dazu gehört, dass man Freude am Leben hat, dass man kreativ ist, dass man Raum für positive Gedanken hat und eventuell eine Partnerschaft pflegt. Diese Lebenserfüllungen werden durch Dauerschmerzen stark eingeschränkt.

Schmerzbetroffene ziehen sich allmählich aus ihren Sozialbeziehungen zurück oder belasten diese über Gebühr. Schließlich geraten sie in eine resignative Lebenshaltung. Viele haben auch die Erfahrung gemacht, dass das Gesundheitssystem ihnen nicht helfen kann, sie ziehen sich hier zurück. So kam es, dass lange Zeit nur wenig über die Schmerzbetroffenen bekannt war. Schmerzen haben in erheblichem Ausmaß Arbeitszeitausfälle zur Folge. Die Schmerzbetroffenen bilden die größte Gruppe von chronisch Kranken, werden jedoch bei Planungen und Maßnahmen des Gesundheitssystems erst jetzt langsam berücksichtigt.

## Entstehung und Chronifizierung von Schmerz

Fast überall im Körper befinden sich Nervenfasern, die unterschiedliche Reize (z. B. Temperatur, Druckverletzungen oder Dehnung) mittels spezi-

fischer Rezeptoren wahrnehmen und über das Rückenmark ans Gehirn weiterleiten können. Werden Schmerzrezeptoren über einen längeren Zeitraum gereizt, kommt es zu lokalen biochemischen Veränderungen, die über eine komplexe Kaskade von Neurotransmitterfreisetzungen die Empfindlichkeit der Nervenfasern weiter steigern. Neben dieser „peripheren Sensibilisierung“ wird auch die Reizschwelle anderer Nervenfasern gesenkt, es werden sozusagen bisher „schlafende Neurone geweckt“. Die Folge ist ein starker, die Verletzung lange überdauernder Spontanschmerz und eine gesteigerte Empfindlichkeit auf schmerzhafte Reize oder auch nur Berührung im Bereich der Verletzung. Auf Rückenmarksebene, wo der Schmerzreiz dann über aufsteigende Neurone an das Gehirn weitergeleitet wird, kann es über unterschiedlichste „Zwischenneurone“ und vom Gehirn „absteigende Neurone“ entweder zu einer Verstärkung oder zu einer Abschwächung kommen. Bei Schmerzpatienten ist meist diese normalerweise vorhandene „körpereigene endogene Schmerzhemmung“, reduziert, wir sprechen auch von einer „gestörten Schmerzbremse“. Hier liegt auch der Ansatz für viele schmerztherapeutische Verfahren und der Grund für den starken Einfluss der Psyche auf die Schmerzen. Das Gehirn selbst besitzt keine Schmerzrezeptoren und ist deshalb schmerzunempfindlich.

Chronische Schmerzen haben die biologisch sinnvolle Warnfunktion verloren. Sie nehmen eine zentrale Bedeutung im Leben der „Schmerzpatienten“ ein, die oft nach unzähligen erfolglosen Therapieversuchen und Enttäuschungen gravierende Einschränkungen in der Lebensqualität in bedrückter Stimmung, Ängsten und reduzierter Leistungsfähigkeit erleben. Psychologische Prozesse sind untrennbar mit der Chronifizierung von Schmerzen verbunden. Bei chronischen Schmerzen nehmen psychische Belastungen und soziale Probleme zu, die ihrerseits wieder die Schmerzen verstärken. Schmerzen lösen negative Emotionen aus, daher „lernt“ der Schmerzpatient, bestimmte Bewegungen, Gegenstände oder auch Situationen

zu vermeiden. Auch wenn die Schmerztherapie erfolgreich ist, bleibt dieses „Vermeidungsverhalten“ oft bestehen.

### Schmerzeinschätzung

Grundlage der Diagnostik und der Zuordnung eines bestimmten Schmerztyps zu einem Schmerzmechanismus ist die umfangreiche Erhebung einer Schmerzanamnese, bei der die Beobachtung des Patienten (Körperhaltung, Übereinstimmung von Mimik und Gestik mit Schmerzschilderung, emotionale Bewegungen) sehr wichtig ist. Erfragt werden Schmerzlokalisierung, Schmerzdauer (intermittierend oder Dauerschmerz), Schmerzverlauf, Qualität des Schmerzes (einschießend, pulsierend, kribbelnd, schon bei leichter Berührung), Schmerzintensität (VAS Schmerzsкала 0-10), Begleitsymptome (Reflexausfälle, Übelkeit, Lichtscheu, Schwellungen, Störungen der Statik, Schlaflosigkeit), Verhalten bei Schmerz, bisherige therapeutische Maßnahmen und die aktuelle Lebenssituation des Patienten. Schmerztagebücher haben sich auch als sehr hilfreich erwiesen. Nach dem Studium eventueller Vorbefunde erfolgt eine klinische Untersuchung, die Einholung von notwendigen, sorgfältig indizierten Zusatzbefunden (Radiologie, Psychologie), erst dann kann eine Diagnose gestellt und mit einer adäquaten Schmerztherapie begonnen werden. Liegt eine operativ zu behandelnde Schmerzursache (etwa eine Verengung des Rückenmarkskanals) vor, so muss diese Option vor einer Schmerztherapie mit den entsprechenden Fachkollegen und dem Patienten ausführlich diskutiert werden.

Besteht der Schmerz länger als etwa 6 Monate, wird er international übereinstimmend als „chronisch“ bezeichnet. Diese Patienten leiden in hohem Maß an schmerzassoziierter Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und kommen mit einer hohen Erwartungshaltung zu jedem neuen Schmerztherapeuten. Typisch bei „chronischen Schmerzpatienten“ sind Dauerschmerz, große Schmerzareale, Medikamentenmissbrauch, häufige Arztwechsel

und Probleme in Familie und Beruf. Bei diesen Patienten besteht eine große Diskrepanz zwischen der geringen Toleranz gegenüber Nebenwirkungen von Medikamenten und einer hohen Bereitschaft, sich sehr invasiven und aggressiven Therapien zu unterziehen. Bei noch laufenden Verfahren (Gericht, Unfallversicherung, Berufsunfähigkeitspension) ist allerdings extreme Zurückhaltung gegenüber dem Einsatz invasiver Schmerztherapieverfahren angebracht. Es versteht sich von selbst, dass bei chronischen Schmerzpatienten eine rasche Beseitigung ihrer Schmerzen völlig unrealistisch ist.

Ausgesprochen hilfreich dagegen ist die Vereinbarung von erreichbaren Zielen mit dem Patienten, die aus seiner Sicht einen Erfolg darstellen. Solche Ziele könnten z. B. sein, „den Schmerz von VAS 6 auf VAS 4 zu reduzieren“, „wieder durchschlafen zu können“, „wieder bis zur Bushaltestelle gehen zu können“ oder sich „wieder über Besuch freuen zu können“.

### Grundlagen der schmerztherapeutischen Optionen

1986 wurde von der WHO ein einfaches Stufenschema zur Schmerzbehandlung entwickelt, dieses war zunächst für Tumorschmerzen konzipiert, ist jedoch mit leichten Variationen auf alle Schmerzsymptome übertragbar.<sup>2</sup> Heute wissen wir, dass sogenannte „benigne Schmerzen“, also nicht tumorbedingte Schmerzen, in der Schmerztherapie zu den schwierigsten Fällen zählen.

Die *erste Stufe* beinhaltet die Applikation von sogenannten „peripheren Analgetika“, den „Nicht-Opioiden“. Bekannte Vertreter dieser Gruppe sind Aspirin, Novalgin, Mexalen, Voltaren und Dynastat. Gegen letztere (Voltaren und Dynastat als Vertreter der sog. „COX 2 Hemmer“) bestehen Warnungen wegen erhöhtem Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall, ihr Einsatz sollte bei Bluthochdruck, Zuckerkrankheit und Rauchen nur sehr zurückhaltend erfolgen. Außerdem ist zu beachten, dass alle diese Medikamente einen sog. „Ceiling-Effekt“ haben: Eine über die empfohlene Tagesdosis

hinausgehende Verabreichung führt nicht zu einer Verstärkung der Wirkung, wohl aber zu einer Verstärkung der Nebenwirkungen.

Reicht die alleinige Gabe von Nichtopioid-Analgetika nicht mehr aus oder besteht bereits initial ein starker Schmerzscores, der nicht mit Stufe-1-Medikamenten beherrschbar sein wird, sollte der Umstieg auf die nächste Stufe vollzogen werden. In der *Stufe 2* wird ein mittelstarkes Opioid (Tramal, Dihydrocodein) zusätzlich zum Stufe-1-Medikament verabreicht. Bei Tramal gibt es – so wie bei allen anderen Opioiden – die Möglichkeit, zusätzlich zur fixen Basistherapie eine sogenannte „Rescue-Medikation“ für Schmerzspitzen zu verschreiben. Initial macht bei Tramal wegen der Nebenwirkungen Übelkeit, Schwindel und Verwirrtheit vor allem bei älteren Patienten häufig Probleme. Daher sollten diese möglichen Nebenwirkungen gleich zu Beginn der Behandlung angesprochen und auch sofort behandelt werden, um den Erfolg der Therapie nicht zu gefährden.

Steigt der Tagesbedarf an Tramal bzw. Dihydrocodein über eine kritische Grenze (Tramal 600 mg, Dihydrocodein 360 mg), wird auf ein starkes Opioid der *Stufe 3* umgestiegen. Der bekannteste Vertreter dieser Gruppe ist Morphin, das auch als Referenzsubstanz für alle anderen starken Opiate (zur Umrechnung der Dosis) herangezogen wird. Diese Medikamente werden als Tabletten, Tropfen, Zäpfchen, als Lutschtablette oder als Pflaster angeboten, es gibt verzögert und sofort freisetzende Zubereitungen. Umstellungen von Tabletten auf Pflaster mit Lutschtablette als „Rescue-Medikation“ oder Wechsel auf ein anderes starkes Opiat sind heikel und dem erfahrenen Schmerztherapeuten vorbehalten, sie sollten keinesfalls vom Patienten auf eigene Faust versucht werden. Leider ist jede Opiat-Therapie mit Nebenwirkungen verbunden: Verstopfung, Übelkeit, Sedierung, Juckreiz, sogar Halluzinationen. Diese sind meist gut behandelbar, manchmal bleibt aber nur der Wechsel auf ein anderes Opiat im Sinne einer „Opiatrotation“. Die Langzeitanwendung opioidhaltiger Analgeti-

ka sollte interdisziplinär geprüft oder qualifiziert ausgesetzt werden, wenn sie keine Wirkung zeigt, die zugrundeliegende Schmerzursache nicht mehr vorliegt oder durch Physiotherapie oder eine andere Intervention behoben wurde, der Patient ein auffälliges Verhalten zeigt oder Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung bestehen. Nach 3 – 6 Monaten muss vor Daueranwendung der Versuch einer Dosisreduktion/Opioidpause unternommen werden.

Von Beginn der Schmerztherapie an werden *Co-Analgetika* in der Therapie bestimmter Schmerzen eingesetzt. Diese Medikamente sind keine klassischen Schmerzmedikamente (Antidepressiva, Antiepileptika, Catapresan, Cannabis,<sup>3</sup> Benzodiazepine, krampflösende Medikamente, Cortison), können aber aufgrund ihres Wirkmechanismus chronische Schmerzen lindern. Vorsicht ist geboten bei der Dosissteigerung dieser Medikamente, da unangenehme unerwünschte Nebenwirkungen schnell auftreten.<sup>4</sup>

Zusätzlich stehen uns in der Schmerztherapie *lokal verabreichbare Medikamente* (Chili-Pflaster, Lidocain-Pflaster) und verschiedene *Blockadetechniken* von Nerven oder Nervengeflechten mit Lokalanästhetika oder bei Tumorschmerzen sogar mit Alkohol zur Nervenzerstörung zur Verfügung. Diese kommen bei starken Nervenschmerzen, bestimmten Gelenkschmerzen, Trigeminusneuralgie und Tumorschmerzen zum Einsatz und finden meist Ultraschall- oder Computertomographie gezielt statt. Die meisten dieser Blockadetechniken sind in der normalen anästhesiologischen Praxis außerhalb der speziellen Schmerztherapie nicht üblich. Es versteht sich von selbst, dass diese Blockadetechniken ausschließlich von dafür speziell geschulten Schmerztherapeuten und unter entsprechender Kreislauf-Überwachung durchgeführt werden müssen.<sup>5</sup>

Reicht die orale oder transdermale Opiat-Therapie mit oder ohne *Co-Analgetika* nicht mehr aus, ist der Umstieg auf ein *rückenmarksnahes Therapiekonzept (Stufe 4)* zu überlegen, da diese Applikationsform 10 – 100x wirksamer ist als die orale.

Operativ wird ein Katheter spinal (in den Rückenmarkskanal unter die harte Hirnhaut) gelegt, der mit einer etwa Handteller großen unter der Haut im Bauch eingebauten Pumpe verbunden wird, die mit Opiaten, Lokalanästhetika oder krampflösenden Medikamenten bei Spastizität gefüllt werden kann. Dieses invasive Therapieverfahren darf nur in spezialisierten Zentren erfolgen, wo die Patienten auch engmaschig kontrolliert werden und die zukünftigen notwendigen Pumpenbefüllungen regelmäßig stattfinden können.<sup>6</sup>

Bei bestimmten neuropathischen Schmerzformen können in dieser Stufe *Verfahren zur Neuromodulation* eingesetzt werden. Hier wird operativ eine mehrpolige Sonde in den Rückenmarkskanal außerhalb der harten Hirnhaut (oder auch an periphere Nerven) eingelegt, die mit einem unter die Haut eingepflanzten Stimulationsgenerator (etwas kleiner als eine eingebaute Schmerzpumpe) verbunden wird. Der Patient kann nun seine starken (Bein-) Schmerzen mit angenehmeren „Kribbelsensationen“ überdecken. Die Indikation für diese Neuromodulationstherapien sind stärkste Nervenschmerzen, die durch alle anderen medikamentösen und nicht medikamentösen Therapieformen nicht behandelbar sind. Die Neurostimulation hat außerdem einen Blutgefäß erweiternden Effekt, daher wird dieses Verfahren auch gerne bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit und auch bei Angina pectoris mit Erfolg eingesetzt. Auch dieses Verfahren wird nur von spezialisierten Zentren angeboten, wo die leider häufig auftretenden technischen Probleme immer schnell gelöst werden müssen.

Für die Indikation der Implantation von spinalen Pumpensystemen und auch Neuromodulationsverfahren sind von den Fachgesellschaften entsprechende Leitlinien publiziert, die gelegentlich eher großzügig ausgelegt werden, um Patienten diese Möglichkeit nicht vorenthalten zu müssen. So wird international gefordert, dass Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen weder Pumpen noch Neuromodulationssysteme erhalten sollen.

Diese Grenze ist manchmal für die Behandler von schmerzgeplagten Menschen schwer zu ziehen.

Aufgrund der hohen technischen Komplexität und Präzision dieser Implantate sowie der relativ geringen Stückzahl weltweit sind diese extrem hochpreisig, werden aber von der Industrie auch über das Internet intensiv beworben. Viele verzweifelte Schmerzpatienten kommen – vorinformiert als „Dr. Google“ – bereits zu Beginn der Schmerzbehandlung mit dem dringenden Wunsch nach einer implantierten Schmerzpumpe oder einem Neuromodulationssystem. Die behandelnden Schmerztherapeuten befinden sich hier in einer sehr heiklen Situation, in der es gilt, die potentiellen Vorteile für den Patienten gegen die von der Industrie gerne etwas heruntergespielten Risiken einer solchen Implantation abzuwägen und dem Patienten gleichzeitig die berechnete Erwartung der Besserung seiner Beschwerden nicht zu nehmen. In Zeiten des hohen Kostendrucks sind in vielen Krankenhäusern die Budgets für solche Implantate limitiert, was zu niedrigeren Einbauraten und zu geringeren Umsätzen der entsprechenden Firmen führt. Diese sind daher gezwungen, ihren bisher exzellenten Service einzuschränken, was wieder die Versorgungsqualität der Patienten im Fall von technischen Problemen verschlechtert.

Zusätzlich zur medikamentösen Therapie sind im Sinne eines „*multimodalen Schmerztherapie-Konzepts*“ eine gute Physikalische Therapie, mildes Kraft- und Ausdauertraining, begleitende psychologische Maßnahmen und auch komplementäre Verfahren für die Genesung wichtig und wünschenswert. Dieses erfolgsversprechende Therapiekonzept mit dem Ziel, den Schmerzpatienten möglichst bald wieder in ein normales Leben und auch in den Arbeitsprozess einzugliedern, wird derzeit am Schmerzzentrum des Universitätsklinikums Erlangen und im Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin – ZISOP am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee umgesetzt. Diese Institutionen fun-

gieren als „Best-Practice Beispiele“ für gelungene umfassende Schmerztherapie, die natürlich mehr Ressourcen benötigt als die rein medikamentös-interventionelle Therapie.

### Fallbeispiele

Zur besseren Illustration des praktischen Vorgehens in der Behandlung von konkreten Schmerzpatienten nun vier Fälle von Patientenkarrieren. Alle diese Patienten sind im erwerbsfähigen Alter, hoffen auf möglichst baldige Besserung ihrer Schmerzen und wünschen sich lediglich, ein „normales Leben“ zu führen. Leider können wir es nicht allen ermöglichen.

#### Herr R, geb. 1990

Seit einer laparoskopischen Leistenbruchoperation vor 8 Monaten bestanden anhaltende Schmerzen im Leistenbereich mit Ausstrahlung in den Genitalbereich, der Schmerzcharakter war einschneidend und elektrisierend. Herr R, Student, sonst gesund, war im täglichen Leben stark beeinträchtigt, sogar das Tragen von Unterwäsche war schmerzhaft.

In seltenen Fällen kann es im Zuge einer Operation zu Schäden an Hautnerven kommen, die sich dann als sog. Nervenschmerzen oder „neuropathische Schmerzen“, wie bei Herrn R, darstellten. Bei dieser Indikation sind periphere Analgetika und Opiate unwirksam, es wurde das Antiepileptikum Neurontin (Co-Analgetikum) verordnet. Wegen der sedierenden Nebenwirkungen von Neurontin, die für Herrn R als Student sehr störend waren, wurde das Chefarzt-pflichtige alternativ-Präparat Lyrica verordnet, das jedoch vom Chefarzt nicht genehmigt wurde. Herr R konnte Lyrica selbst nicht bezahlen und lehnte die weitere Einnahme von Neurontin wegen der Nebenwirkungen ab.

Um Herrn R dennoch helfen zu können, wurde auf die schmerzhafte Stelle in der Leiste für 60 Minuten ein Qutenza-Pflaster geklebt. Dieses enthält den Wirkstoff Capsaicin, der Extrakt der scharfen Chili-Schote. Durch diesen Wirkstoff werden zu-

nächst die Schmerzrezeptoren der Haut massiv erregt, deshalb kommt es bei Applikation vorübergehend zu einem starken Brennen mit starker Hautrötung, danach bleiben die Schmerzrezeptoren der Haut für mehrere Monate unempfindlich. Das Qutenza-Pflaster wird hauptsächlich in Krankenhäusern verabreicht, wird aber auch bei niedergelassenen Ärzten mit Schmerzdiplom von der Krankenkasse gezahlt.

Bei Herrn R waren die einschießenden Schmerzen nach der Qutenza-Applikation völlig verschwunden und kamen auch nach mehreren Monaten nicht wieder.

#### **Frau H, geb. 1978**

Seit einem Jahr litt Frau H an brennenden Schmerzen im Gesicht, vor allem im Unterkiefer (3. Trigeminusast), aber nur einseitig links. Frau H war als Verkäuferin in einer Feinkostabteilung tätig, durch die Kälte im Kühlbereich wurden aber regelrechte Schmerzattacken ausgelöst, sodass Frau H Probleme bei der Ausübung ihres Berufs hatte.

Zunächst wurde unter der Arbeitsdiagnose „Trigeminusneuralgie“ eine Therapie mit Tegretol und später Lyrica (beides Antiepileptika als Co-Analgetika) eingeleitet, die aber die Beschwerden nicht lindern konnten. Bei einer MRT-Untersuchung zeigte sich ein Gefäßast in unmittelbarer Nähe zum Hauptstamm des Nervus trigeminus. Frau H wurde über die Möglichkeit einer Dekompressions-Operation durch die Neurochirurgen aufgeklärt, wollte aber im Moment keine solche Operation.

Frau H erhielt eine kurze Serie von Ganglion Stellatum-Blockaden (Blockade des sympathischen Nervengeflechts im Halsbereich), die aber ohne den gewünschten Erfolg blieben. Daher wurde eine GLOA-Blockade (ganglionäre lokale Opioidanalgesie) des Ganglion cervicale superius (Ganglion des sympathischen Grenzstrangs, Vorteil des geringeren Komplikationsrisikos als bei der Stellatum Blockade) durchgeführt, die erfolgreich war, sodass eine

Serie mit insgesamt 25 Blockaden durchgeführt wurde, Frau H konnte zufrieden und ohne häufige starke Schmerz-Attacken wieder in ihrem Beruf arbeiten, auch im Kühlbereich der Feinkostabteilung.

Zwischenzeitlich war die Patientin von einem auswärtigen Schmerztherapeuten vom Antiepileptikum Tegretol auf das Antidepressivum Saroten (indiziert bei atypischem Gesichtsschmerz) umgestellt worden, was auch nach mehreren Wochen keinerlei Schmerzreduktion brachte. Da aufgrund unserer Diagnostik (MRI, klinisches Erscheinungsbild) eher eine Trigeminusneuralgie vermuteten und Saroten trotz hoher Dosis wirkungslos war, stellten wir Frau H wieder auf Tegretol ein, doch die Beschwerden besserten sich auch nicht zufriedenstellend. Daher wird bei Frau H derzeit wieder eine Serie von GLOA-Blockaden des Ganglion cervicale superius durchgeführt, die wieder eine deutliche Besserung der Beschwerden bringt.

#### **Herr B, geb. 1978**

2007 erlitt Herr B bei einem Arbeitsunfall eine Quetschverletzung des rechten Knies und Oberschenkels mit hartnäckigen Blutergüssen, die immer wieder punktiert werden mussten. Es entwickelte sich ein neuropathisches posttraumatisches Schmerzsyndrom des rechten Beins mit brennenden Schmerzen von der Hüfte an der Außenseite des Oberschenkels bis zum Knie, begleitet von einem ständigen motorischen Zucken in der Nacht, dadurch auch eine sehr schlechte Schlafqualität. Neben einer medikamentösen Therapie mit Opiaten, Antidepressiva und Seroquel, ein antipsychotisches Medikament zur Behandlung manisch-depressiven Verstimmungen, erhielt Herr B in einem auswärtigen Krankenhaus eine Sonde zur peripheren Nervenstimulation im rechten Oberschenkel, wo angenehme Kribbelsensationen die brennenden Schmerzen überdecken sollen.

Die Probephase dieser peripheren Nervenstimulation brachte gute Ergebnisse, die sich nach der Fiximplantation des Generators, die erst nach der positiven Testphase erfolgte, leider nicht fort-

setzen ließen. Es erfolgten mehrere Versuche, die Stimulationssonde im Oberschenkel besser zu positionieren (insgesamt hatte Herr B 20 Operationen am Bein), immer ohne Erfolg.

Herr B war in einer befristeten Berufsunfähigkeitspension, war aber arbeitswillig, wenn es die Schmerzen zugelassen hätten. Herr B hatte aufgrund der jahrlangen permanenten Schmerzen eine sehr stark herabgesetzte Lebensqualität wegen der starken Einschränkung in Leistungsfähigkeit und Mobilität, dazu kam eine ausgeprägte reaktive Depression, trotz antidepressiver Behandlung.

Herr B wurde Ende 2012 in unser Krankenhaus mit der Fragestellung einer Rückenmarksstimulation bei posttraumatischem neuropathischem Schmerzsyndrom zugewiesen. Nach neurologischer und psychiatrischer Evaluierung, wo keine manisch-depressive Erkrankung und eine prinzipielle Eignung für das Neuromodulationsverfahren beschrieben wurde, wurden Anfang 2013 operativ 2 epidurale Neurostimulationssonden eingesetzt und mit dem noch belassenen Generator der peripheren Nervenstimulation verbunden. Leider brachte diese Rückenmarksstimulation trotz guten Ergebnissen bei der Implantation der Rückenmarks-Sonden keine Schmerz-Erleichterung für Herrn B, sodass auf einen anderen Generator mit veränderter Stimulationstechnologie (Hochfrequenzstimulation) gewechselt wurde. Im Juni 2013, als auch alle Versuche, die Stimulation technisch zu verbessern, nicht erfolgreich waren, mussten die oralen Opiate von Herrn B deutlich erhöht werden.

Es wurde daher im Rahmen der Schmerzkonferenz beschlossen, das leider wirkungslose Neuromodulationssystem zu entfernen und Herrn B probeweise einen Spinalkatheter zu implantieren, um die Opiatgabe effektiver zu gestalten und Herrn B eine Schmerzerleichterung bei akzeptabler Lebensqualität anbieten zu können. Die im auswärtigen Krankenhaus implantierte periphere Nervenstimulationssonde wurde belassen, da sie extrem stark eingewachsen und völlig vernarbt war. Die anfäng-

lichen Probleme mit den typischen Opiat-Nebenwirkungen (Müdigkeit, Erbrechen) wurden rasch beherrscht, auch die in weiterer Folge implantierte Pumpe funktionierte anstandslos, etwa ein Jahr lang war Herr B einigermaßen zufrieden.

Im Sommer 2014 präsentierte sich Herr B bei der routinemäßigen Pumpenfüllung sehr unzufrieden, die Dosis der Opiate hätte aufgrund der Schmerzen stark gesteigert werden müssen, er hätte jetzt erhöhten Blutdruck und fühlte sich nur mehr müde und antriebslos, es sei immer wieder zu Stürzen gekommen, außerdem wäre eine Inkontinenz neu aufgetreten.

In diesem Fall ist eine Abklärung mittels MRI angezeigt, die aber wegen der noch im Oberschenkel belassenen peripheren Stimulationssonde erst nach eingehenden Diskussionen mit der Radiologischen Abteilung durchgeführt werden konnte, da sich diese Sonden im MRI erwärmen und einen Gewebsschaden verursachen können. Das MRI ergab keinen Befund, der die plötzlichen starken Schmerzen oder die Inkontinenz erklärt hätte.

#### **Frau G, geb. 1969**

Frau G ist seit mehreren Jahren an unserer Schmerzambulanz in Behandlung, sie leidet seit ihrer Kindheit an Epilepsie (15 bis 20 Anfälle pro Jahr). 1988 wurde ein Bauchtumor operiert, gefolgt von mehreren Unterleibsoperationen, insgesamt 13 Mal. Frau G leidet an einer neurogenen Blasen- und Darmentleerungsstörung und hat seit 2008 einen Blasenschrittmacher, der mehrfach wegen Infektionen aus- und danach wieder eingebaut werden musste. In der Vorgeschichte finden sich mehrere operative Eingriffe wegen Darmverschlüssen, tiefer Beinvenenthrombose sowie Augen und Knieoperationen.

Aufgrund einer zusätzlich bestehenden schweren Depression hatte Frau G mehrere Selbstmordversuche verübt, zuletzt vor 9 Jahren, wo sie sich – auf einer Intensivstation befindlich – selbst anzündete und daraufhin schwerste Verbrennungen im Bauchbereich erlitt. Es folgten weitere Operati-

onen im Zuge dieser Verbrennung, die Haut musste künstlich gedeckt werden.

Frau G war eine chronische Schmerzpatientin, die alle paar Wochen in unsere Schmerzambulanz kam und mit einer Kombination aus verschiedenen Schmerzmedikamenten inkl. hochdosierten Opiaten in Tablettenform neben ihren sonstigen Medikamenten (Magenschutz, Elektrolytsubstitution und Epileptika) versorgt wurde. Waren trotz diesen hohen Medikamentendosen die Schmerzen zu stark, erhielt Frau G in der Ambulanz Kurzinfusionen mit Opiaten und anderen Schmerzmedikamenten. Nach diesen Infusionen konnte Frau G wieder mit dem Krankentransport nach Hause gebracht werden.

Frau G beschrieb stärkste Schmerzen im Bereich der Verbrennungsnarben im Bauch, sie war permanent in gedrückter Stimmungslage, dabei aber orientiert und geordnet, stand jedoch wegen der dauerhaft bestehenden Schmerzsituation unter einer permanenten psychischen Belastung. Um die Schmerzen nach den Verbrennungen im Bauchbereich zu beseitigen oder zu lindern, wurde ein plastisch-chirurgischer Eingriff geplant, der jedoch nicht zustande kam, da die Pat. 3 Tage vorher eine schwere Blutvergiftung erlitt und mehrere Wochen auf der Intensivstation behandelt werden musste. Die Schmerzen im Bauchbereich wurden von Frau G als ziehend und brennend mit einer absolut unerträglichen Intensität beschrieben, hochdosierte Opiatdosen in Tablettenform konnten die Schmerzen nicht lindern, nur mehr Infusionen mit hochdosierten Opiaten mit Co-Analgetika halfen kurzfristig. Zu Hause war diese Therapie nicht mehr durchführbar.

Obwohl Frau G als psychiatrische Diagnose an einer schweren Depression und einer Borderline-Störung leidet, wurde im anästhesiologisch-schmerztherapeutischen Team die probeweise Implantation eines Spinalkatheters zur Schmerztherapie beschlossen. Im Jänner 2013 erhielt Frau G den Spinalkatheter mit angeschlossener Schmerzpumpe, die die Patientin selbst re-

gulieren konnte, um ihren Dosisbedarf zu ermitteln. Aus Sicherheitsgründen wurde Frau G nach der Katheter-Implantation einige Tage intensivmedizinisch überwacht. Nach einigen Tagen kam es trotz völligem Weglassen der oralen Schmerzmedikamente und einer alleinigen Gabe der Opiate über die spinale Pumpe zu einer deutlichen Besserung der starken Schmerzen und auch zu einer besseren Stimmungslage von Frau G.

Bei den nachfolgenden Kontrollbesuchen in unserer Ambulanz präsentierte sich Frau G ungezwungen fröhlich, berichtete über eine deutlich gebesserte Schmerzsymptomatik und machte einen fast unternehmungslustigen Eindruck. Außerdem fiel uns auf, dass Frau G – anders als früher – modische Kleidung trug, eine gepflegte Frisur und auch dezentes Make-Up hatte. Frau G kam ca. 1mal im Monat, um die implantierte Pumpe neu mit Opiaten füllen zu lassen und zeigte sich während der darauffolgenden Monate sehr zufrieden.

Frau G wurde jedoch im Sommer 2014 mit der Rettung in ein anderes Krankenhaus eingeliefert, da sie wieder unter starken Schmerzen litt, begleitet von starkem Schwitzen und psychiatrischen Symptomen. Nachdem offensichtlich wurde, dass Frau G mit ihrer komplexen Vorgeschichte bei uns eine Schmerzpumpe implantiert bekommen hatte, wurde sie sofort in unser Krankenhaus transferiert. Es stellte sich als Ursache für ihre Beschwerden ein Knick im Spinalkatheter heraus, die hochdosierten Opiate waren offensichtlich mehrere Tage bis Wochen nur in reduzierter Dosis infundiert worden und Frau G litt an einer Entzugssymptomatik. Durch einen kleinen operativen Eingriff konnte der Knick beseitigt werden und Frau G kann seither wieder einigermaßen schmerzfrei und zufrieden ihren Alltag meistern.

## Fazit

In unserer täglichen Arbeit als Anästhesisten ist die sofortige Erleichterung von Schmerzen nach einer Operation oder in der Geburtshilfe eine schon mit Grundkenntnissen leicht durchführ-

bare Selbstverständlichkeit. Wie aus den oben ausgeführten Patientenkrankengeschichten ersichtlich, ist das bei Schmerzpatienten nicht so leicht möglich, auch bei profunden Kenntnissen und jahrelanger Erfahrung in der Schmerzmedizin. Schmerzpatienten haben häufig eine langjährige Leidensgeschichte und ein komplexes Schmerzbild, das nur durch genaue Befragung und Eingehen auf die individuelle Situation des Schmerzpatienten überhaupt zu analysieren ist. Gibt es keine durch sonstige Maßnahmen behandelbare Ursache der Schmerzen, muss mit Kenntnis aller schmerztherapeutischen Optionen und unter Einbeziehung anderer Fachdisziplinen ein für den Patienten geeigneter Behandlungspfad gefunden werden, in die der Patient auch aktiv einbezogen werden muss. Leider stoßen wir auch unter Aufbietung hochwirksamer Medikamente und technisch ausgefeilter Implantate gelegentlich an unsere Grenzen und können nicht allen Patienten ausreichend helfen. Besondere Hoffnung für die Zukunft liegt hier in der multimodalen Schmerztherapie unter besonderer Beteiligung der Physikalischen Medizin und der psychotherapeutischen Begleitung der Patienten.

Zum Glück gilt für viele Ärzte noch immer als Grundsatz der von Galen von Pergamon aus Rom überlieferte Ausspruch, „Divinum est sedare dolorem“ – „Es ist eine Gottesgabe, Schmerzen zu lindern“.

## Danksagung

Ich danke meinem Vorgänger, Herrn Prim. Prof. Dr. Wilfried Ilias und meinem anästhesiologisch-schmerztherapeutischen Team für ihr unermüdliches Engagement für unsere Schmerzpatienten und ihre Unterstützung, Frau Dr. Andrea Auer, Herrn Dr. Robert Janda, Herrn Dr. Gergely Nagy, Frau Dr. Astrid Sehorst und Frau Dr. Marie Slavicek vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien.

## Referenzen

- 1 Zimmermann M., *Die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen: Defizite und Zukunftsperspektiven*, Schmerz (2001); 15: 85-91
- 2 Vargas-Schaffer G. et al., *Is the WHO analgesic ladder still valid?*, Can Fam Physician (2010); 56: 514-7
- 3 Lynch M. E. et al., *Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain – a systematic review of randomized trials*, Br J Clin Pharm (2011); 72(5): 735-44
- 4 Raffa R. B. et al., *A modern analgesics pain pyramid*; J Pharm Ther (2014); 39: 4-6
- 5 Reinecke H. et al., *S3 Leitlinie LONTS*, Der Schmerz (2009); 23: 440-7; Dworkin R. H. et al., *Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence based recommendations*, Pain (2007); 132: 237-51
- 6 Bolash R., Udeh B., Saweris Y. et al., *Longevity and cost of implantable intrathecal drug delivery systems for chronic pain management: a retrospective analysis of 365 patients*, Neuromodulation (2014); doi 10.1111/ner.12235; Wesemann K., Coffey R. J., Tan Y., Broste S., Buvanendran A., *Clinical accuracy and safety using SynchroMed II intrathecal drug infusion pump*, Reg Anesth Pain Med (2014); 39: 341-6

Michael Bach

# Das Leiden am Schmerz. Psychosozial-anthropologische Dimensionen

The Suffering of Pain: Psychosocial-Anthropological Dimensions

## Zusammenfassung

Schmerz wird heute als bio-psycho-soziales Gesamtphänomen aufgefasst, an dessen Entstehung und Aufrechterhaltung sowohl biologisch-physiologische als auch eine Reihe psychosozialer Faktoren beteiligt sind. Neben der – überwiegend sensorisch geprägten – Schmerzstärke („Pain Intensity“) ist die – überwiegend emotional geprägte – subjektive Beeinträchtigung durch den Schmerz („Pain Disability“) ein wesentlicher Aspekt in der Diagnostik und Therapie chronisch Schmerzkranker. Das „Leiden am Schmerz“ wird so zur Zielgröße vor allem psychotherapeutischer Interventionsmaßnahme im Rahmen einer multimodal ausgerichteten umfassenden Schmerztherapie.

**Schlüsselwörter: Bio-psycho-soziales Modell, Pain Disability, Leiden am Schmerz, Schmerzpsychotherapie**

## Abstract

Pain is currently regarded a complex bio-psycho-social phenomenon. Its development and maintenance involve both biological and physiological factors, as well as a range of psycho-social factors. In addition to ‘pain intensity’ (predominantly determined by the sensory system), another key aspect in the diagnosis and treatment of chronic pain in patients is ‘pain disability’ (which depends on the emotional processing of pain). Consequently, the suffering of pain may be a target for psycho-therapeutic interventions within the framework of comprehensive multi-modal pain treatment programs.

**Keywords: bio-psychosocial model, pain disability, suffering of pain, psychotherapy**

Prof. Priv. Doz. Dr. Michael Bach  
APR – Ambulante Psychosoziale Rehabilitation  
Salzburg  
Imbergstraße 31A, A-5020 Salzburg  
michael.bach@promente-reha.at  
www.promente-reha.at

## Einleitung

Schmerz ist ein komplexes bio-psycho-soziales Phänomen, das zum Erfahrungsschatz nahezu jedes Menschen zählt. Jeder Schmerz hinterlässt eine Erlebnisspur, die spätere Schmerzerfahrungen beeinflusst. Wie bei anderen Erfahrungen auch, versucht der Mensch seinen Schmerz in einen Sinnzusammenhang mit seinem Denken und Fühlen zu stellen, eingebettet in den individuellen soziokulturellen Bedeutungszusammenhang und das jeweils vorherrschende Schmerzverständnis. Je nach Weltbild und konzeptionellem Zugang lässt sich Schmerz heute auf unterschiedlichen Ebenen definieren – als sensorischer Vorgang (medizinisch-nozizeptives Modell), als emotionales Erlebnis (Leiden am Schmerz), als Bürde bzw. Strafe oder als Herausforderung.<sup>1</sup>

## Was ist Schmerz? – Klassische medizinische Modellvorstellungen

Seit der Antike ist die Beantwortung der Frage, was Schmerz sei, eng mit den jeweils vorherrschenden wissenschaftstheoretischen Modellen zum *Leib-Seele-Problem* verbunden.

Platon (427 – 347 v. Chr.) vertritt in seiner Ideenlehre einen Leib-Seele-Dualismus. Der „eigentliche“ Mensch ist die Seele, die quasi im Körper gefangen ist („Kerker der Seele“). Schmerz ist nur eine Eigenschaft der Seele. Im Menschenbild des Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) gewinnt dagegen die Körperlichkeit an Bedeutung. Er zeichnet den Menschen grundsätzlich als Geist-Körperwesen. Der Körper ist wesentlich dem Geist zugeordnet, er ist „Werkzeug“ (Organon) der Seele. Der Schmerz wird bei Aristoteles erstmals als Wahrnehmungssphänomen gekennzeichnet.

Thomas von Aquin (1225 – 1274) entwickelt das aristotelische Konzept der Einheit von Leib und Seele weiter und setzte sich damit gegen einen neuplatonischen leiblosen Spiritualismus ab. Er versteht den Bereich des (menschlichen) mentalen Lebens von materiellen Bedingungen abhängig und stellt sich damit gegen den Dualismus. Zugleich

lässt sich das Mentale aber nicht einfachhin auf das Materielle reduzieren (Physikalismus), sondern bildet einen Wirklichkeitsbereich, der über das rein Physische hinausgeht.

Das 17. Jahrhundert war eine Periode des Umbruchs in der Medizin und in den Naturwissenschaften. Die von René Descartes (1596 – 1650) formulierte Trennung des Menschen in *res extensa* (Körper) und *res cogitans* (Seele) wirkte auch auf die Medizin ein. Descartes beschrieb Körper und Seele als zwei getrennte, aber interagierende Einheiten (*psychophysischer Interaktionismus*). Nun rückte die Erforschung der physikalischen Gesetze und damit auch der somatischen Mechanismen der Schmerzentstehung in den Mittelpunkt. Das neuzeitliche Menschenbild bahnte den Weg für eine die Medizin – teils bis heute – prägende mechanistische Denkweise.

Eine Weiterentwicklung stellt der *psychophysische Parallelismus* von Leibnitz (1646 – 1716) dar, auf dessen Grundlage später die ersten psychophysiologischen Modelle von Wundt (1832 – 1920) und Tutchener (1867 – 1920) entstanden. Gemeinsam ist diesen Modellen die Auffassung von Schmerz als eigenständige sensorische Erfahrung, die durch postulierte neurophysiologische Strukturen und Prozesse vollständig erklärbar wurden. Dem Gehirn wurde bei der Schmerzverarbeitung eine eher passive Rolle als Rezeptororgan für spezifische Nervenreize zugeschrieben. Die psychische Seite des Schmerzerlebens und der Schmerzverarbeitung wurde als komplementäre Begleiterscheinung gedeutet. Eine Weiterentwicklung dieser Sichtweise findet sich in der von v. Frey (1985) entwickelten *Spezifitätstheorie*. Komplexe Schmerzsyndrome, wie Kausalgie oder Phantomschmerz, lassen sich mit diesen Modellen allerdings nicht hinreichend erklären.

Eine Alternative stellen die sogenannten *Pattern-Theorien* dar, beruhend auf der Annahme von Goldscheider (1894), dass Schmerz dann zentral wahrgenommen werde, wenn die Summe der einströmenden peripheren Nervenimpulse eine

bestimmte Schwelle überschreitet. Eine Weiterentwicklung erfuhr dieses Modell in der *zentralen Summationstheorie* von Livingston (1943) und der *sensiblen Interaktionstheorie* von Noordenbos (1959).

Insgesamt bleiben diese Konzeptionen dem Grundgedanken des *psychophysischen Parallelismus* verhaftet, demzufolge die psychische Seite des Schmerzes lediglich mit der somatosensorischen Seite „mitreagiert“. Die Schlüssigkeit dieser Modelle wird in Frage gestellt angesichts der Existenz von Schmerzsyndromen ohne organisches Korrelat – sog. somatoformen Schmerzsyndromen; nach Auffassung der Spezifitäts- oder Pattern-Theorien können diese keine echten Schmerzen sein, da ihnen die physiologische Grundlage (weitgehend) fehlt. Ein Ausweg aus dieser konzeptionellen Schwachstelle schien die Stigmatisierung von betroffenen PatientInnen als „Simulanten“, „Rentenneurotiker“ oder „Hysteriker“.³ Etwa zeitgleich zur Spezifitäts- und Pattern-Theorie wurde von Marshall (1894) die *Affekt-Theorie* des Schmerzes entwickelt, die von zwei parallelen Systemen ausgeht, die simultan aktiviert werden: das sensorische und das affektive System. Gemeinsam mit den beiden letztgenannten Modellen lassen sich somit an der Schwelle des 20. Jahrhunderts Denkströmungen erkennen, die auch heute noch als Bausteine eines übergreifenden ganzheitlichen Schmerzkonzeptes integriert werden können.

### **Was ist Schmerz heute? – Bio-psycho-soziale Modelle**

Vermutlich das erste multidimensionale Schmerzmodell, in dem biologische und psychologische Mechanismen zu einer einheitlichen Theorie zusammengefasst wurden, stellt die *Gate-Control-Theorie* dar.³ Zentrale Aussage dieser Schmerzmodulationstheorie ist die Formulierung eines neuronalen Tormechanismus im Hinterhorn (Substantia gelatinosa) des Rückenmarks, der die Übertragung einlangender Schmerzimpulse von den peripheren Schmerzbahnen (A-Delta- und C-Fasern) auf Bahnen des Rückenmarks steuert.

Im Gegensatz zu früheren Reiz-Reaktions-Modellen weist diese Konzeption dem ZNS eine umfassende aktive Rolle bei der Modulation des nozizeptiven Erregungsmusters durch deszendierende anti-nozizeptive Kontrollmechanismen zu. Große Bedeutung erlangte diese Theorie weiters durch die Berücksichtigung zentralnervöser Netzwerke – unter anderem subkortikaler Motivations- und Emotionssysteme – für die Schmerzverarbeitung. Körperliche und seelische Vorgänge werden hier als interagierende Dimensionen angenommen, wobei die psychische Komponente als integraler, gleichrangiger Bestandteil der menschlichen Schmerzerfahrung und nicht nur als individuelle Begleitreaktion auf den Schmerz angesehen wird.⁴ Die gegenseitige Abhängigkeit psychischer und physischer Vorgänge bei der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung lässt sie als funktionelle Einheit verstehen.

Die Komplexität der Gate-Control-Theorie kann als Überwindung einer rein deterministischen Reiz-Reaktions-Konzeption des Schmerzes hin zu kybernetischen Schmerzmodellen verstanden werden. Aus der Sicht kybernetischer Systeme hängt die Schmerzreaktion nicht nur vom Schmerzreiz ab (im Sinne einer determinierten Reaktion auf einen weitgehend unabhängigen äußeren Auslöser), sondern auch von der Reaktionsbereitschaft des Organismus (als inneren Zustand). Der Organismus (oder noch besser: die Person) kann hier als aktives System verstanden werden, das sich auf den Reiz hin ausrichtet, ihn gleichsam intendiert bzw. in seiner Bedeutung als Reiz vorwegnimmt. Im Sinne des kybernetischen Grundprinzips der inneren Homöostase veranlasst die Abweichung von einem Soll-Wert den Organismus (die Person) zur Reaktion auf einen relevanten Reiz. Unsere gegenwärtige Auffassung von kompetitiven aszendierenden und deszendierenden Schmerzmodulationsmechanismen lässt somit die Schmerzverarbeitung bis hin zur bewußten Wahrnehmung nicht mehr als „alles-oder-nichts“-Vorgang begreifen, sondern als komplexes Geschehen, in das auch steuernd eingegriffen werden kann:

Hier öffnet sich der Weg zur modernen (pharmakologischen, invasiven oder psychologisch-psychotherapeutischen) Schmerztherapie.

Ausgehend vom kybernetischen Ansatz formulierte Engel (1977)<sup>5</sup> das *bio-psycho-soziale Krankheitsmodell*. In seiner Grundkonzeption handelt es sich hierbei um ein hierarchisch angeordnetes Verständnis des Menschen bestehend aus Subsystemen (Nervensystem, Organsysteme, Organe, Gewebe, Zelle, Organelle, Molekül) und übergeordneten Systemen (Partnerschaft, Familie, Gesellschaft, Subkultur, Kultur, Staat/Nation, Biosphäre). In der Wissenschaftstheorie der modernen Psychosomatik wurde das bio-psycho-soziale Modell weiterentwickelt zum sog. *Situationskreis-Modell*.<sup>6</sup> Nach diesem Modell bilden Umwelt und Organismus ein dynamisch sich entwickelndes ganzheitliches System, das neben der somatosensorischen bzw. physiologischen Ebene durch psychische und soziokulturelle Beziehungsebenen geprägt ist. Auf der Basis phylogenetisch geprägter Programme durchläuft das Individuum in seiner Ontogenese verschiedene Entwicklungs- und Reifungsstadien im Austausch mit seiner Umwelt. Im Unterschied zum Tier, bei dem die Umgebungswahrnehmung in wesentlichen Aspekten determiniert ist, besitzt der Mensch die Möglichkeit, seine „individuelle Wirklichkeit“ in Abhängigkeit von spezifischen Lebenserfahrungen in seinem jeweiligen soziokulturellen Kontext zu konstruieren. Dieses sich individuell entwickelnde Programm stellt ein adaptatives Bewältigungsrepertoire für die jeweiligen Lebensfordernisse dar. Ist dieses Programm unzureichend adaptativ (beispielsweise im Rahmen von lebensverändernden Ereignissen, akuten traumatischen Krisen, chronischen Belastungssituationen etc.), so bilden sich vermehrt (patho-) physiologische Fehlfunktionen aus, die krankheitsfördernde oder -aufrechterhaltende Bedeutung erlangen können.

Ein wichtiger Schritt hin zu einem mehrdimensionalen Schmerzverständnis war die *Schmerzdefinition der Internationalen Schmerzgesellschaft (IASP)*: „Schmerz ist ein unangenehmes

Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“.<sup>7</sup> Schmerz wird somit heute als *bio-psycho-soziales Gesamtphänomen* aufgefasst, an dessen Entstehung und Aufrechterhaltung neben der biologisch-physiologischen (sensorischen) Ebene auch affektiv-emotionale, motivationale und evaluativ-kognitive Faktoren beteiligt sind. Die aus dem cartesianischen Denken tradierte Auffassung einer Dichotomisierung zwischen „somatischen“ und „psychischen“ Schmerzen kommt zwar dem Bedürfnis nach klar abgrenzbaren klinischen Entitäten nahe. Ausgehend von einem ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis ist jedoch die Frage, ob Schmerzen „somatogen“ bzw. „psychogen“ bedingt seien, im Sinne eines „entweder-oder“ heuristisch nicht mehr sinnvoll. Vielmehr stellt sich die Frage, in welchem Umfang biologische und psychosoziale Faktoren im jeweiligen Einzelfall pathogenetisch bzw. pathoplastisch wirksam sind.

### **Chronifizierung von Schmerz und „Pain Disability“**

Die Ergebnisse der modernen Schmerzforschung legen nahe, akuten und chronischen Schmerz als *zwei grundlegend unterschiedliche Arten von Schmerz* zu differenzieren. *Akuter Schmerz* ist in der Regel kurz andauernd und üblicherweise somatisch-nozizeptiv ausgelöst (durch Verletzungen, Entzündungen, körperliche Fehlfunktionen etc.). Der akute Schmerz besitzt hier eine biologische Warnfunktion, indem er (meist aufgrund einer lokalisierbaren Verknüpfung mit der auslösenden Ursache) auf zugrundeliegende (organ-)pathologische Prozesse hinweist und auf eine unmittelbare Begrenzung der potentiellen Gewebsschädigung ausgerichtet ist (z. B. Entfernen der Hand von einer heißen Herdplatte). Gleichzeitig besitzt der akute Schmerz eine unmittelbar rehabilitative Funktion, indem er (z. B. bei Unfällen oder Entzündungen) zur Ruhe und Schonung zwingt. Die schmerzassoziierte

emotionale Reaktion (Ängstlichkeit, Betroffenheit, reduzierte Stresstoleranz) lässt sich am ehesten als (nicht zwingend pathologischer) Begleitumstand des Schmerzerlebens auffassen, der eine unmittelbare emotionale Validierung des akuten Schmerzgeschehens ermöglicht. Insgesamt dient der akute Schmerz der Erhaltung der bio-psycho-sozialen Unversehrtheit und Funktionsfähigkeit.

*Chronischer Schmerz* ist grundsätzlich etwas anderes als ein lang anhaltender Schmerz. Im Verlauf von mehreren Wochen bis Monaten (nach aktueller Definition: mehr als 3 Monate) finden auf unterschiedlichen somatischen und psychosozialen Ebenen Chronifizierungsvorgänge statt, die eine sekundäre Kausalkette für die weitere Aufrechterhaltung des Schmerzes darstellen. Dieser Chronifizierungsprozess lässt sich nicht mehr rein nozizeptiv erklären, zunehmend rücken psychosoziale Faktoren der Chronifizierung in den Vordergrund. Durch die schrittweise Verselbständigung des Schmerzgeschehens von seiner ursprünglich auslösenden Ursache verliert der chronische Schmerz seine biologische Warnfunktion; er ist nicht mehr Hinweis auf eine (zugrundeliegende) Verletzung oder Erkrankung, sondern ist selbst zu einer eigenständigen „psycho-somatischen“ Erkrankung geworden (so wird auch oft von der „chronischen Schmerzerkrankung“ gesprochen).

Im Zusammenhang mit den psychosozialen Aspekten der Schmerzchronifizierung wurde das Konzept der „*Pain Disability*“ formuliert: Neben körperlichen Einschränkungen (z. B. der Beweglichkeit) führt Schmerz zu *subjektiver Beeinträchtigung bzw. Behinderung* in unterschiedlichen psychosozialen Funktionsbereichen (Arbeit, häusliche Tätigkeit, Freizeitaktivitäten, Partnerschaft und anderen sozialen Beziehungen). Der Zusammenhang zwischen (körperlicher) Schädigung und (psychosozialer) Beeinträchtigung ist nicht-linear.<sup>8</sup> So weisen beispielsweise Schmerzkranken mit vergleichbarem körperlichem Befund höchst unterschiedliche Grade der subjektiven Beeinträchtigung und Behinderung („*disability*“) auf. Weiters

ließ sich zeigen, dass das Erleben von Beeinträchtigung und Behinderung weniger mit der Schmerzintensität, als vielmehr mit der kognitiv-emotionalen Betroffenheit – dem „*Leiden am Schmerz*“ – in Zusammenhang steht.<sup>9</sup> Das Leiden am Schmerz („*suffering*“) lässt sich hier als Gefühlszustand auffassen, der mit dem Erleben oder der drohenden Erwartung einer Beeinträchtigung einhergeht.<sup>10</sup> Hieraus folgt, dass nicht allein der Schmerz (bzw. die Schmerzintensität), sondern auch der damit verbundene Leidensdruck zu entsprechenden Verhaltenskonsequenzen führt, wie beispielsweise Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, Einnahme von Medikamenten, sozialer Rückzug und Krankenstand. In der Interaktion Betroffener mit der Umwelt erlangt der erlebte Schmerz jeweils unterschiedliche Bedeutung. Das Ausmaß der erlebten psychosozialen Beeinträchtigung und Behinderung ist dabei in hohem Maße durch soziokulturelle Faktoren mitgeprägt.<sup>11</sup>

Aus der Betrachtung des „*Leidens am Schmerz*“ ergeben sich neue Zugänge zur Diagnostik und Therapie von Schmerzzuständen, die über ein rein schulmedizinisch-naturalistisches Schmerzkonzept weit hinausreichen. Wiederholt wurde darauf hingewiesen, dass die fehlende Berücksichtigung solcher psychosozialen Aspekte fälschlicherweise zu einer einseitig medizinischen Sichtweise von subjektivem Leidensdruck und Beeinträchtigungsausmaß führt, was zusätzliche iatrogene Chronifizierungsvorgänge nach sich ziehen kann.<sup>12</sup>

### **Warum leiden manche Menschen mehr als andere?**

Die Entstehung und Chronifizierung von Schmerzen lässt sich gegenwärtig am besten als Wechselwirkungs- bzw. Aufschaukelungsmodell zwischen biologischen und psychosozialen Faktoren begreifen. Die für das „*Leiden am Schmerz*“ besonders relevante psychosoziale Dimension des Schmerzerlebens und der Schmerzverarbeitung wird durch folgende Faktoren geprägt:

### Prädisponierende psychosoziale Faktoren

Einem tiefenpsychologischen Verständnis der Schmerzentstehung folgend, gehen wir heute davon aus, dass die Emotionsregulation am Beginn unseres Lebens überwiegend viszeral-somatisch gesteuert wird, d. h. überspitzt formuliert: Wir „somatisieren“ unsere Emotionen. Durch Reifung von diencephalen, limbischen und paralimbischen Strukturen erfolgt in den ersten Lebensjahren die schrittweise Entwicklung von Gefühlen und – eng in Verbindung mit der Sprachentwicklung – eine zunehmende „Desomatisierung“ bzw. „Mentalisierung“ oder kognitive Repräsentanz von Emotionen.<sup>13</sup> Entscheidend für diesen Entwicklungsprozess sind positive frühkindliche Bindungserfahrungen. Unsichere Bindungserfahrungen (z. B. emotionale Vernachlässigung) oder Traumatisierungen während dieser frühen Phase können die kognitiv-emotionale Reifung blockieren bzw. verzögern, die Folge ist eine „emotionale Hilflosigkeit“ bei psychosozialen Belastungen und Konflikten bis ins Erwachsenenalter. Diese auch als „Alexithymie“ (wörtlich: „Keine Worte für Gefühle“) beschriebene Affektregulationsstörung gilt als ein Vulnerabilitätsfaktor für die Schmerzentstehung im Rahmen psychosozialer Krisen. Eine Reihe weiterer Vulnerabilitätsmodelle sind in diesem Zusammenhang formuliert worden („negative affectivity“, „repression/sensitization“, „somatosensory amplification“ und andere). Gemeinsam ist allen diesen Modellen die Betonung eines Defizites der kognitiv-emotionalen Reifung aufgrund ungünstiger Beziehungserfahrungen, aus der letztlich eine „Störung“ der Beziehungsfähigkeit zu sich selbst, zu seinem Körper und zu anderen Menschen resultiert.<sup>14</sup> Neuere verhaltensmedizinische Modelle gehen davon aus, dass traumatische frühkindliche Prägungen zu bleibenden neurohumoralen Veränderungen führen, wie z. B. einer anhaltenden Stressregulationsstörung durch eine verminderte Cortisol-Reagibilität, aus der eine auf Dauer schädliche Disinhibition immunologischer und inflammatorischer Prozesse resultiert.<sup>15</sup>

### Auslösende psychosoziale Faktoren

Vor Beginn der Schmerzerkrankung finden sich häufig lebensverändernde Ereignisse (in erster Linie Verlusterfahrungen wie z. B. Trennungen, Beziehungskrisen, Verlust des soziokulturellen Umfeldes durch Migration), auch akute Traumatisierungen oder chronische Belastungen und Konflikte (am Arbeitsplatz und/oder in der Partnerschaft bzw. Familie). Psychodynamisch betrachtet, erfüllt der Schmerz hier nicht selten eine „psychoprotetische“ Funktion, d. h. er begrenzt und kompensiert eine narzistische Kränkung, die beispielsweise durch den Verlust des Partners, des Arbeitsplatzes oder des sozialen Umfeldes entstanden ist. Auch die „Konfliktverdrängung ins Somatische“ im Sinne des klassischen Konversionsmechanismus wird für manche Betroffene diskutiert. Belastungssituationen und die damit einhergehende sympathische Aktivierung und Erhöhung der Muskelanspannung können zur Entstehung einer symptomspezifischen Reaktionsstereotypie führen, beispielsweise Muskelanspannung unter Stress.<sup>16</sup> Eine längerfristige Aktivierung eines Körpersystems bei gleichzeitig fehlender Möglichkeit zur Regeneration bewirkt allmählich eine stressassoziierte Hyperreagibilität dieses Körpersystems. Neben Stresserfahrungen aufgrund kritischer Lebensereignisse oder alltäglicher Belastungen („daily hassles“) wird das wiederholte Erleben von Schmerzepisoden seinerseits zu einer Stressquelle. Stressbezogene Bewertungsprozesse spielen in der Folge eine zentrale Rolle bei der Schmerzverstärkung und Schmerzaufrechterhaltung.<sup>17</sup> Umgekehrt kann auch die Nichtbeachtung körpereigener Stress-Signale (wie z. B. Muskelanspannung, Blutdruckanstieg) die Schmerzentwicklung begünstigen durch die Unterdrückung von Gegenregulationsmöglichkeiten (z. B. „Durchhalten“ statt Regenerationspausen im Sinne einer symptomspezifischen Reaktionsstereotypie<sup>18</sup>). Psychophysiologische Studien zeigen, dass die explizite Erwartung schmerzhafter Situationen den nachfolgenden nozizeptiven Input verstärken kann, umgekehrt

kann die Erwartung einer Schmerzabnahme die Schmerzwahrnehmung reduzieren.<sup>19</sup> Schmerzpatienten, die Aktivität mit Schmerz assoziieren, neigen folglich dazu, Aktivitäten zu vermeiden; die daraus resultierende körperliche Dekonditionierung führt zu einer erhöhten Schmerzanfälligkeit. Weiters können Vorstellungen, Gedanken und Erinnerungen an schmerzhafte Ereignisse zu peripheren physiologischen Stressreaktionen führen, wie beispielsweise Anstieg des Hautleitwertes oder der Muskelanspannung, die ihrerseits potentielle Auslöser für eine nozizeptive Aktivierung sind.<sup>20</sup> Auch auf die Bedeutung Stress-assoziiierter Schlafstörungen für die Schmerzentstehung und -chronifizierung soll hier hingewiesen werden.<sup>21</sup>

### **Aufrechterhaltende Faktoren**

Am Übergang vom akuten zum chronischen Schmerz finden sich als psychosoziale Faktoren die Verstärkung des Schmerzerlebens und Ausdrucksverhaltens im Rahmen von Lernprozessen, wie z. B. das Erlernen von Schonhaltungen durch Schmerzvermeidung, die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf dysfunktionale Körpervorgänge, die Verstärkung des Schmerzerlebens durch Bezugspersonen oder Gratifikationsangebote (sog. „sekundärer Krankheitsgewinn“ durch z. B. Schmerzensgeld oder Berufsunfähigkeitspension). Aus kognitiv-behavioraler Sicht besteht eine enge Wechselwirkung zwischen Schmerz und kognitiven, affektiven und behavioralen Faktoren. Zahlreiche empirische Untersuchungen unter Labor- und Feldbedingungen konnten belegen, dass der Krankheitsverlauf bei chronischen Schmerzen in entscheidendem Maße von Gefühlen der Hilflosigkeit und Bedrohung durch den Schmerz, von Selbstwirksamkeitserwartungen und subjektiven Schmerzbewältigungsfertigkeiten (z. B. kognitiven Coping-Mechanismen) beeinflusst wird.<sup>22</sup> Je stärker die Neigung zu katastrophisierenden Bewertungen von körperlichen Beschwerden, umso ungünstiger ist die Krankheitsbewältigung. Einige prospektive Studien und Ergebnisse der Prädik-

toren-Forschung konnten belegen, dass negative Kognitionen bereits die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von körperlichen Beschwerden begünstigen können und damit auch pathogenetische Bedeutung erlangen. Hierdurch gelang erstmals die empirische Formulierung von Diathese-Stressmodellen auf der Basis nicht nur somatischer, sondern auch psychosozialer Vulnerabilitätsannahmen.<sup>23</sup>

### **Konsequenzen für die Schmerztherapie**

Geht man von einem mehrdimensionalen bio-psycho-sozialen Ätiologiemodell chronischer Schmerzen aus, so sind auch bei der Therapieplanung somatomedizinische, psychotherapeutische, ergotherapeutische sowie sport- und bewegungstherapeutische Interventionsansätze zu kombinieren. Insbesondere die organmedizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren sind beim chronischen Schmerz nicht als konkurrierende, sondern einander ergänzende – im besten Sinn des Wortes „psycho-somatische“ – Behandlungskonzepte aufzufassen. Eine Meta-Analyse von 65 Effektivitätsstudien solcher multimodaler Schmerztherapien zeigt eindeutig eine signifikante Überlegenheit gegenüber eindimensionalen Behandlungssettings: Nach einer multidimensionalen Schmerztherapie fanden sich klinische Verbesserungen von durchschnittlich 56 Prozent, gemittelt für unterschiedliche Erfolgskriterien, wie z. B. Reduktion der Schmerzstärke, des subjektiven Beeinträchtigungsgrades, Aktivitätsniveau, Medikamentenverbrauch, Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.<sup>24</sup> Die Behandlungseffektive lagen hier im Durchschnitt etwa doppelt so hoch wie die Effekte eindimensionaler Behandlungen. In mehreren prospektiven Langzeitstudien ließ sich weiters zeigen, dass diese Behandlungseffekte bei sorgfältig durchgeführter Psychotherapie langfristig stabil sind. Dennoch erzielen chronische SchmerzpatientInnen in den meisten multimodal-psychosomatischen Therapieprogrammen deutlich schlechtere Behandlungserfolge. So weist

die sog. MESTA-Studie, eine Meta-Analyse über 65 Interventionsstudien an rund 30.000 PatientInnen, für die Behandlung chronischer SchmerzpatientInnen eine Effektstärke von 0.49 aus, verglichen mit 0.84 für depressive Störungen oder 0.71 für Angststörungen.<sup>25</sup>

Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass in den meisten Schmerzbewältigungsprogrammen direkt symptombezogene Psychotherapie-Verfahren im Vordergrund stehen. Hauptanliegen dieser Interventionen ist die Förderung der Eigenaktivität und Selbstkompetenz der Patienten im Umgang mit den Schmerzen und deren Folgen, sodass diese nicht passiv-leidend und hilflos ihren Schmerzen ausgeliefert sind, sondern aktiv und bewusst in das Schmerzgeschehen eingreifen können. Ansatzpunkte einer aktiven Schmerzbewältigung sind einerseits die Einflussnahme auf die (inneren und äußeren) Auslöser der Schmerzen, andererseits die Schmerzreduktion durch Anwendung verschiedener (erlernbarer) Techniken (Symptomlinderung). Ein weiterer Behandlungsschwerpunkt ist der Aufbau gesundheitsbezogener Maßnahmen (z. B. Reduktion des Analgetika-Konsums, gestufter Aktivitätsaufbau, psychosoziale Rehabilitation und Reintegration) mit dem Ziel einer Förderung von Lebensqualität trotz chronischer Schmerzen.

Gerade für jene SchmerzpatientInnen, die ein hohes Ausmaß an psychosozialer Beeinträchtigung und einen ausgeprägten Leidensdruck aufweisen, erscheint eine überwiegend bewältigungs-orientierte Schmerzpsychotherapie nicht ausreichend. Neben den direkt symptombezogenen Behandlungsmaßnahmen sollten hier symptomübergreifende (konfliktzentrierte, erlebnisorientierte, interaktionelle) Interventionsstrategien zum Einsatz gelangen. Diese sind indiziert, wenn die Schmerzsymptomatik in Zusammenhang steht mit tiefgreifenden Störungen der Affektregulation (z. B. im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen), traumatischen Erfahrungen (z. B. schwerwiegender Misshandlung oder Missbrauch), akuten lebensverändernden Ereignissen (häufig im Rahmen

von Verlusterfahrungen, wie z. B. Trennung, Tod, Migration) oder einer Dekompensierung infolge chronischer Überlastungssituationen. Zielsetzung der symptomübergreifenden Schmerzpsychotherapie ist die Verbesserung der Affektregulation und Beziehungsfähigkeit zu sich, seinem Körper und zu anderen Menschen.<sup>26</sup>

Im Zuge der Diskussion um unterschiedliche konzeptionelle Zugänge zur Psychotherapie chronischer Schmerzen – bekannt als „Schulenstreit“ der Vertreter einzelner Therapierichtungen – wird immer wieder die Frage nach Differentialindikation und differentieller Therapie diskutiert. Hier ist kritisch anzumerken, dass beispielsweise die Frage: „Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie bei chronischem Schmerz“ allein schon durch die Komplexität von Schmerzsyndromen hinsichtlich ihrer Ätiologie und der an ihrer Aufrechterhaltung beteiligten Prozesse zur kaum löslichen Aufgabenstellung wird, zumal direkte Vergleichsstudien unterschiedlicher psychotherapeutischer Maßnahmen zur Schmerzbehandlung bislang nur vereinzelt vorliegen. Eine Differentialindikation für einzelne Therapiemaßnahmen lässt sich daher beim gegenwärtigen Wissensstand nur spekulativ erstellen. Als Alternative bietet sich hier ein integrativer Ansatz an, bei dem Interventionen verschiedener Therapierichtungen zu einem schulenübergreifender Psychotherapie-Ansatz integriert werden. Mehrere Arbeiten in jüngster Zeit liefern Hinweise, dass sich die Psychotherapie chronischer Schmerzen in Richtung einer störungsspezifischen, schulenübergreifenden Behandlungsform hinentwickelt, die sich auf die Erkenntnisse der empirischen Grundlagen- und Anwendungsforschung unterschiedlichster Fachbereiche beruft.<sup>27</sup>

## Referenzen

- 1 Loeser J. D., *Concepts of pain*, in: Stanton-Hicks M., Boas R. (Hrsg.), *Chronic low back pain*, Raven Press, New York (1982), S. 145-148; Flor H., *Psychobiologie des Schmerzes*, Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto (1991); Fordyce W. E., *What is Pain?* in: Fordyce W. E.

- (Hrsg.), *Back Pain in the Workplace. Management of Disability in Nonspecific Conditions. A Report of the Task Force on Pain in the Workplace of the IASP*, IASP press, Seattle (1995), S. 11-17
- 2 zit. bei Egle U. T., Hoffmann S. O. (Hrsg.), *Der Schmerz- kranke. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*, Schattauer, Stuttgart-New York(1993)
  - 3 Melzack R., Wall P. D., *Pain mechanism: A new theory*, Science (1965); 150: 971-978
  - 4 Egle U. T., Hoffmann S. O. (Hrsg.), siehe Ref. 2
  - 5 Engel G. L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, Science (1977); 196: 129-136
  - 6 von Uexküll Th., Wesiak W., *Wissenschaftstheorie und psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell*, in: von Uexküll Th. (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore* (1990), S. 5-38
  - 7 Merskey H., Bogduk N. (Hrsg.), *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*, 2. Auflage, IASP Press, Seattle (1994), S. 210, dt. Übersetzung der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes 1976
  - 8 Waddell G., *Biopsychosocial analysis of low back pain*, Baillières Clin. Rheumatol (1992); 6: 523-557
  - 9 ebd.
  - 10 Fordyce W. E., siehe Ref. 1
  - 11 Egle U. T., Hoffmann S. O. (Hrsg.), siehe Ref. 2; Fordyce W. E., siehe Ref. 1
  - 12 Waddell G., siehe Ref. 8; Egle U. T., Hoffmann S. O. (Hrsg.), siehe Ref. 2; Fordyce W. E., siehe Ref. 1
  - 13 Lane R. D., Schwartz G. D., *Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology*, Am J Psychiatry (1987); 144(2): 133-43
  - 14 Rudolf G., Henningsen P., *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*, 7. überarbeitete Auflage, Thieme, Stuttgart (2013)
  - 15 Ehlert U., *Verhaltensmedizin*, Springer, Berlin/Heidelberg/New York (2003)
  - 16 Flor H., siehe Ref. 1
  - 17 Flor H., Hermann C., *Schmerz*, in: Flor H., Birbauer N., Hahlweg K. (Hrsg.), *Grundlagen der Verhaltensmedizin. Enzyklopädie der Psychologie - Klinische Psychologie*, Band 5, Hogrefe - Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle (1999), S. 249-330
  - 18 Basler H. D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H., Seemann H., *Psychologische Schmerztherapie*, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York (1990)
  - 19 Flor H., siehe Ref. 1
  - 20 ebd.
  - 21 Aigner M., Graf A., Freidl M., Prause W., Weiss M., Kaup-Eder B., Saletu B., Bach M., *Sleep disturbances in somatoform pain disorder*, Psychopathology Nov-Dec (2003); 36(6): 324-8
  - 22 Flor H., Hermann C., siehe Ref. 17
  - 23 zusammenfassende Darstellungen bei Basler H. D. et al., siehe Ref. 18; Flor H., siehe Ref. 1, Flor H., Hermann C., siehe Ref. 17
  - 24 Flor H., Fydrich T., Turk D. C., *Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review*, Pain (1992); 49: 221-230
  - 25 Steffanowski A., Löschmann C., Schmidt J., Wittmann W. W., Nübling R., *Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation (MESTA-Studie) - Abschlussbericht, EQS, Karlsruhe* (2005)
  - 26 Bach M., Aigner M., Bankier B., *Schmerzen ohne Ursache - Schmerzen ohne Ende. Konzepte - Diagnostik - Therapie*, Facultas, Wien (2001)
  - 27 ebd.



Martina Schmidl

# Demenz und Schmerz

Dementia and Pain

## Zusammenfassung

Die schmerztherapeutische Versorgung demenzkranker Menschen ist bis heute mangelhaft. In erster Linie sind gravierende Kommunikationsmängel dafür verantwortlich, wenn Schmerzen von dementen Personen nicht erkannt und somit auch nicht behandelt werden. Das heißt, dass alle Menschen, die mit demenzkranken Menschen zu tun haben, über gute Kenntnisse in den Kommunikationstechniken „Validation“ und „Basaler Stimulation“ verfügen müssen. Es reicht jedoch nicht aus, Techniken zu beherrschen oder die sogenannten „Schmerzerfassungsinstrumente“ versiert abzarbeiten. Erst wenn die betreuenden Personen eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten herstellen und Nähe zulassen können und außerdem über die Fähigkeit verfügen, mit den Kranken auf der Gefühlsebene zu kommunizieren, wird es gelingen, Schmerzen verlässlicher zu erkennen und zu lindern.

**Schlüsselwörter: Demenz, Schmerz, Kommunikation, Schmerzerfassungsinstrumente, Palliative Care**

## Abstract

Pain management for people with dementia is still inadequate today. This is primarily due to serious communication problems, since cognitively-impaired persons are unable to recognize pain and, therefore, often remain untreated. This means that everyone who deals with people with dementia must have a good knowledge of communication techniques such as “Validation” and “Basal Stimulation”. However, it is not enough to master such techniques or even to be well-versed in the processing of the so-called “Pain Assessment Scales”. It is only when caregivers can establish a trusting relationship with their patients, allowing for closeness, and are able to communicate with their patients on an emotional level that they will be able to more accurately and reliably recognize and alleviate pain.

**Keywords: dementia, pain, communication, pain assessment scales, palliative care**

Dr. Martina Schmidl, MAS (Palliative Care)  
OA „Pflegewohnhaus Liesing“ der Stadt Wien  
Haeckelstr 1A, A-1230 Wien  
martina.schmidl@wienkav.at

*„Menschen in helfenden Berufen müssen ... in erster Linie 'Mensch' sein, d. h., sich in allen Lebenslagen als Mensch erweisen und bewähren. Erst dann kann greifen, was berufliche Ausbildung zusätzlich anzubieten hat.“<sup>1</sup>*

Bis heute kann niemand mit Sicherheit sagen, wie eine Altersdemenz entsteht. Die bisher zur Verfügung stehenden Therapien sind bestenfalls bescheidene und unzuverlässige Versuche, das Fortschreiten der Krankheit kurzfristig aufzuhalten. Wer an einer Altersdemenz leidet, ist unheilbar krank. Es wäre jedoch falsch zu glauben, dass wir für diese Patienten gar nichts mehr tun können: Unheilbar kranke Menschen – und dazu gehören Demenzkranke – haben Anspruch auf Palliative Care. Doch während die palliative Begleitung von Menschen mit unheilbaren Tumor-erkrankungen bereits weitgehend Teil der Alltagspraxis geworden ist, sind wir davon bei Menschen mit Demenz noch weit entfernt. Erst in den letzten Jahren beginnt sich bei den tonangebenden Experten die Erkenntnis durchzusetzen, dass „advanced dementia should be considered a terminal illness similar to untreatable cancer, striving for maximal comfort instead of maximal survival at all costs“.<sup>2</sup>

Der zentrale Auftrag von Palliative Care ist es, so gut es geht dazu beizutragen, die Lebensqualität unheilbar Kranker zu erhalten oder zu verbessern.<sup>3</sup> Da chronische Schmerzen die „gute Lebensqualität“ ganz wesentlich beeinträchtigen, muss es unser Ziel sein, eine verlässliche Schmerzerkennung und Schmerztherapie zu gewährleisten. Für die große Gruppe der demenzkranken Menschen (2010 waren es in Österreich etwa 112.600) sind wir von diesem Ziel jedoch noch weit entfernt. Zahlreiche Untersuchungen zeigen auf, dass die schmerztherapeutische Versorgung von Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz bis zum heutigen Tage völlig unzureichend ist.<sup>4</sup>

## **Warum werden Schmerzen von demenzkranken Menschen unzureichend behandelt?**

### **Irrtümer und Unwissenheit**

Nachdem man davon ausgehen kann, dass niemand absichtlich seinen Patienten eine adäquate Schmerztherapie vorenthält, liegt es nahe, dass Schmerzen bei dementen Menschen nicht erkannt und somit auch nicht behandelt werden. Darüber hinaus wird noch immer viel zu häufig die Ansicht vertreten, dass ein Mensch, der nicht mehr logisch denken kann, vergesslich ist und „nichts mehr mitkriegt“, weniger – oder zumindest weniger stark – unter Schmerzen leidet.<sup>5</sup> Bis heute gibt es in der Literatur keinen überzeugenden Hinweis darauf, dass diese Annahme stimmt. Für die Praxis bedeutet das: Solange es keinen glaubhaften Beweis dafür gibt, dass Demenzkranke weniger unter ihren Schmerzen leiden als kognitiv intakte Personen, ist davon auszugehen, dass alles, was einem nicht dementen Menschen Schmerzen bereitet, einem Demenzkranken ebenfalls weh tut.<sup>6</sup>

### **Kommunikationsprobleme**

Schmerzen bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz werden in erster Linie aufgrund gravierender Kommunikationsprobleme nicht erkannt.<sup>7</sup> Wir sind gewohnt, dass ein Patient unsere Fragen versteht und uns gegebenenfalls mitteilen kann, dass er Schmerzen hat und wo es ihm weh tut. Das kann man von einem dementen Menschen nicht erwarten. Wir scheitern mit unserer Kommunikationsroutine daher häufig bereits bei der Kontaktaufnahme: Wir stellen unverständliche Fragen, sind von den Reaktionen des dementen Menschen irritiert, werden ungeduldig, reden zu schnell und wirken insgesamt distanziert und unpersönlich. Die so dringend notwendige Beziehung zwischen Patienten und Betreuern, die auf verstehen und verstanden werden gründet, scheidet bereits im Ansatz.

## Schmerzen erkennen

### Gelingende Kommunikation

Das Lindern von Schmerzen kann nur dann funktionieren, wenn die betreuenden Personen verstanden haben, dass die gelingende Kommunikation und damit das „miteinander vertraut werden“ Dreh- und Angelpunkt einer befriedigenden Schmerzerkennung und -therapie ist. Vorrangiges Ziel ist es daher, eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Nur dann, wenn ich „meine“ Patienten in ihrem „Normalverhalten“, ihren Vorlieben und Abneigungen sowie ihren Wünschen kennen lerne, ist es überhaupt möglich, Änderungen in ihrem Verhalten wahrzunehmen. Gute Kenntnisse in den Kommunikationsmethoden „Validation nach Naomi Feil“ und „Basaler Stimulation“ sind daher Voraussetzung für alle Personen, die mit dementen Menschen zu tun haben. Doch das Wissen um „Techniken“ und „Routinen“ alleine reicht noch lange nicht aus, um das Vertrauen der dementen Menschen zu gewinnen. Diese verfügen zwar nicht mehr über die Fähigkeit, abstrakt oder folgerichtig zu denken, doch auf der Gefühlsebene sind sie in der Regel selbst in den späten Stadien der Demenz noch hoch sensibel:

*Frau Herta liegt ruhig im Bett. Ich bin gekommen, um mir das Druckgeschwür an der Ferse anzusehen. Heute Morgen ist es sehr hektisch auf der Station, der Arbeitsanfall ist enorm. Ich betrete das Krankenzimmer und begrüße Frau Herta, die ich schon seit vielen Monaten betreue und gut kenne. Als ich gerade dabei bin, die Bettdecke zurückzuschlagen, hält sie mich am Arm fest und sagt laut und heftig: „Nein“. Ich blicke sie erstaunt an und frage sie, warum ich mir heute den Fuß nicht ansehen darf. Sie sagt wieder: „Nein. Du bist heute anders. Lass mich!“ Erst jetzt wird mir bewusst, dass ich sie mehr oder weniger „überfallen“ habe, mich viel zu schnell und ohne innerlich „bei ihr“ zu sein oder auf sie als Person einzulassen „abhandeln“ will. Tatsächlich ertappe ich mich dabei, dass ich mit meinen Gedanken ganz woanders bin.*

Mit dem Fortschreiten der Demenz werden

Worte immer unwichtiger. Die nonverbale Kommunikation tritt nun in den Vordergrund. Stimmlage, Tonfall, emotionale Färbung der Worte, Tempo und vor allem Berührungen werden wichtiger als Inhalte. Besonders die späten Krankheitsstadien, in denen die Patienten zunehmend abhängig, hilflos und desorientiert erscheinen, erfordern „Halt“ im eigentlichen und übertragenen Sinne: Wenn Worte nicht mehr verstanden werden, werden Berührungen immens wichtig; die Person des Helfenden gewinnt enorm an Bedeutung. Die Qualität unserer Betreuung hängt dann ganz wesentlich davon ab, wie sehr wir fähig sind, uns selber als „Heilmittel Mitmensch“ einzusetzen. Die gelingende „validierende Begleitung“ erfordert, dass ich mich – wenigstens für eine bestimmte Zeit – aufrichtig und mit ehrlichem Mitgefühl dem Patienten zumindest ein wenig öffne und auf ihn einlasse. Das ist alles andere als leicht. Wie ist das zu schaffen? Klaus Dörner macht uns Mut: „... das geht nicht den ganzen Tag über. Es genügt, dass diese meine Grundhaltung einmal aufblitzt und ankommt“.<sup>8</sup> Es ist für mich selber hilfreich, von Zeit zu Zeit in mir nachzuspüren, was es für den betroffenen Menschen bedeuten könnte, dement zu sein: Wie fühlt es sich beispielweise an, in allen Belangen unsicher zu sein, auf schwankendem Boden zu stehen? Was bedeutet es, in jeder Hinsicht von dem guten Willen meiner Umgebung abhängig zu sein? Wie schmerzhaft muss es sein, meine Umgebung nicht zu verstehen oder selber nicht verstanden zu werden? Wie verzweifelt und einsam fühlt man sich in einer verfremdeten, völlig unverständlichen Welt? Um auf diese Fragen Antworten zu finden, müssen wir in Fühlung kommen mit unserer eigenen Gefühlswelt, unserer Angst, unserer Einsamkeit. Das ist häufig schmerzlich und unangenehm. Doch wir werden mit der Zeit reichlich belohnt mit berührenden Begegnungen, gelingenden Beziehungen zu „unseren“ Patienten und nicht zuletzt mit einer höheren Arbeitszufriedenheit. Ich befinde mich in einem nie endenden Lernprozess; es gelingt

„meinen“ Patienten immer wieder mich zu überraschen. Neulich sagt z. B. Frau Theresa, die erst vor wenigen Tagen im Pflegeheim aufgenommen wurde: „Es ist nicht leicht, in ein fremdes Land zu kommen und nicht zu wissen, ob einen das Land mag.“ Wie viel Angst und Unsicherheit muss sie verspüren, wie poetisch drückt sie ihre Sorgen aus; und wenn ich in mich hinein höre, kommen mir ihre Sorgen gar nicht so unbekannt vor!

### **Assessment Instrumente zur Schmerzerfassung bei Demenzkranken**

Demente Menschen können (vor allem in den späten Stadien) keine für uns unmittelbar verständliche Auskunft über ihre Schmerzen geben. Wir sind daher auf Fremdbeobachtung angewiesen. Das heißt, dass die betreuenden Personen ihre Patienten gut kennen und fortlaufend beobachten müssen. Nur wenn das sorgfältig geschieht, ist es möglich, Schmerzzeichen zu erkennen. Das ist eine schwierige Aufgabe, die bei vielen Betreuenden wegen der scheinbar fehlenden „Objektivität“ und der unzuverlässigen Prüfbarkeit des Befundes für Unbehagen sorgt. Die in den letzten Jahren entwickelten „Schmerz Assessment-Instrumente“ (z. B. ECPA = Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes oder BSD = Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) wurden daher von vielen Ärzten, Pflegenden und Angehörigen zunächst gerne angenommen, versprachen sie doch mehr Sicherheit und vermeintliche Objektivität. Vermeintlich deshalb, weil das Schmerzerleben eine zutiefst subjektive Angelegenheit ist. Einzig und allein der Betroffene selbst kann über Qualität und Intensität seiner Schmerzen verlässlich Auskunft geben. Und der Fremdbeobachter beobachtet selbstverständlich ebenfalls ausschließlich „subjektiv“: er beobachtet nämlich, was er mit seinen persönlichen Sinnen wahrnimmt. Ob ein anderer Mensch am Ende zu denselben Ergebnissen kommt, ist unsicher.

### **Was spricht für die Anwendung der „Schmerzerfassungsinstrumente“?**

Zunächst gilt es klarzustellen, dass es sich bei den verwendeten Skalen keinesfalls um „Instrumente zur Erfassung von Schmerzen“ handelt. Tatsächlich dienen diese Instrumente der Erhebung der beobachteten Verhaltensänderungen oder Verhaltensauffälligkeiten. Jede Verhaltensänderung kann selbstverständlich bedeuten, dass der Patient Schmerzen hat. Allerdings kann sie auch Ausdruck einer psychiatrischen Begleitsymptomatik oder ein Symptom der fortschreitenden Demenz sein. Das veränderte oder auffällige Verhalten hat jedoch immer Appellcharakter, ist es doch oft die einzige verbliebene Möglichkeit des dementen Menschen, sich mitzuteilen. Leider werden diese Hilferufe von der Umgebung viel zu häufig missverstanden. Meine Erfahrung ist, dass wir Verhaltensänderung fast reflexartig zuerst als ein Symptom der Demenz deuten und sie erst in zweiter Linie – wenn überhaupt – als Schmerzzeichen erkennen. Die Anwendung der Skalen kann daher im Alltag durchaus hilfreich sein, ist man sich der Tatsache bewusst, dass es sich bei den erhaltenen Scores nicht um hieb- und stichfeste Schmerzindikatoren handelt und dass keine lineare Beziehung zwischen Score und Schmerzintensität besteht. „Der unbestrittene Nutzen der Beobachtungsskalen liegt darin, dass im Betreuungsteam die Aufmerksamkeit für Verhaltensauffälligkeiten und deren Zusammenhang mit möglichen Schmerzen geschärft und die interdisziplinäre Kommunikation gefördert wird.“<sup>9</sup>

### **Was spricht gegen die Anwendung der „Skalen zur Beobachtung von Verhaltensänderungen“?**

Die Tatsache, dass Messinstrumente zur Verfügung stehen, die eine verlässlichere Schmerzeinschätzung versprechen, gibt verständlicherweise ein Gefühl von Sicherheit und sorgt daher für Entlastung bei den Betreuern. Die Anwendung von „Standards“ ist man außerdem seit Jahren gewöhnt. Doch die Tests sind, glaubt man den wissenschaftlichen Untersuchungen, noch nicht aus-

gereift. Mit Ernüchterung müssen wir zur Kenntnis nehmen: „Die existierenden Tools sind immer noch im Frühstadium der Entwicklung und Testung. Bis heute gibt es kein standardisiertes Tool in Englisch, das für die breite Anwendung empfohlen werden kann.“<sup>10</sup> Die wissenschaftliche Kritik beruht im Wesentlichen auf dem Zweifel an Reliabilität und Validität der Messinstrumente. Doch es gibt noch andere gravierende Gegenargumente für den routinemäßigen Einsatz dieser Skalen. Die Einwände ergeben sich aus der speziellen Situation der völlig hilflosen und abhängigen Demenzkranken. Die gelingende Betreuung und Begleitung von dementen Menschen fußt auf der guten Kenntnis der Kranken. Um diese gut kennen zu lernen, bedarf es unbedingt der persönlichen Nähe zu ihnen. Kenne ich ihr reguläres Alltagsverhalten nicht, wird es mir unmöglich sein, Abweichungen in ihrem Verhalten wahrzunehmen und „richtig“ zu deuten. Veränderungen werden dann häufig übersehen und vermeintliche Aggression und Verwirrung ausschließlich als das Fortschreiten der Demenz verkannt. Somit bleiben schließlich die Schmerzzeichen unbeachtet. Die Folge: Der laute, „aggressive“ Patient wird – nicht selten mit Hilfe des Psychiaters – „erfolgreich“ mit Psychopharmaka versorgt, wodurch die „Symptomatik“ zwar in der Regel verschwindet, die Schmerzen (bei jetzt ruhigem Patienten) jedoch unvermindert weiter bestehen. Um Schmerzen von dementen Personen verlässlicher zu erkennen und zu behandeln, bedarf es daher einiger unerlässlicher Voraussetzungen: Die Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung durch dieselben Personen, seien es Angehörige, Pflegende, ehrenamtliche Mitarbeiter oder Ärzte; die Bereitschaft, sich auf den Patienten einzulassen und ihm nahe zu kommen; die Fähigkeit, ihm gegebenenfalls tröstend (nicht „wegtröstend“, sondern „gemeinsam aushaltend“) zur Seite zu stehen. Das heißt: Nur wer gelernt hat, mit dementen Menschen auf der emotionalen, nonverbalen Ebene zu kommunizieren, und der außerdem bereit ist, Nähe zuzulassen, hat die Chance, den Kranken besser zu

verstehen und seine Leiden zu lindern. Die Einführung der sogenannten Schmerztests bedeutet jedoch einen weiteren Schritt weg vom Patienten hin zum Schreibtisch, an dem man meistens alleine und häufig eher mechanisch eine weitere Schreibarbeit abarbeitet. Nähe wird so eher verhindert als gefördert. Es macht sich eine Atmosphäre von Anonymität, Distanz und Sprachlosigkeit breit. Die anfänglich empfundene Sicherheit beginnt bei dem einen oder anderen Benutzer (berechtigten) Zweifeln zu weichen. Dem sensiblen Anwender stellen sich möglicherweise Fragen: Werde ich dem „gesamten“ Menschen noch gerecht, wenn doch immer wieder nur dieselben wenigen Aspekte abgefragt werden? Kann ich mich tatsächlich auf den „Score“ verlassen? Habe ich nicht ein „Gefühl für den Patienten“ entwickelt, ihn gut kennen gelernt und kann ich ihn daher nicht viel differenzierter und individueller wahrnehmen, als es ein standardisierter Test je können wird? Hat meine persönliche Einschätzung am Ende weniger Wert als der immer gleiche Test? Bin ich als Mitmensch nicht wichtiger als ein weiteres seelenloses Blatt Papier? Welchen Stellenwert haben meine Nähe zum Patienten, mein Trost und meine Berührungen? Bin ich als Person im Grunde nicht das deutlich bessere „Instrument“?

### Seelische Schmerzen

Selbstverständlich wäre mit dem verlässlichen und flächendeckenden Erkennen und Behandeln von körperlichen Schmerzen bei Demenzkranken schon ein beachtlicher Schritt gelungen. Doch das Phänomen Schmerz ist komplexer. Mit der Linderung der körperlichen Schmerzen alleine werden wir dem Menschen in allen seinen Facetten bei Weitem nicht gerecht. Wir erreichen bestenfalls eine Teilentlastung. Schmerz erfasst immer den „ganzen Menschen“, betrifft alle Dimensionen seiner Existenz. Um umfassende Linderung zu erreichen, müssen daher seelische, soziale und spirituelle Aspekte beachtet und in unsere Überlegungen einbezogen werden. Das gilt im Wesentlichen für

alle Menschen, unabhängig davon, ob sie kognitiv intakt sind oder nicht. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, alle Aspekte möglicher nicht-körperlicher Schmerzen von dementen Menschen zu erörtern. Ich beschränke mich daher auf zwei für demente Menschen typische Schmerzquellen, die mir am Herzen liegen und vermeidbar wären, wenn wir sie uns nur bewusst machten:<sup>11</sup>

1. Der Schmerz, der durch den Mangel an Mitgefühl und Wertschätzung hervorgerufen wird. Demenzkranke Menschen sind in besonderem Maße verletzlich. Sie sind unsicher, orientierungslos, völlig hilflos und abhängig in so gut wie allen Belangen. Sie brauchen uns, um zu überleben: körperlich, seelisch, sozial. Wir haben Macht über sie. Eine große Macht, von deren Ausmaßen wir uns in der Regel keine Vorstellung machen. Ein ungeduldiges oder harsches Wort, eine lieblose Berührung oder gleichgültiges Übersehen erschüttert, verletzt und ängstigt den dementen Menschen bis in die Tiefe seiner Seele; denn er hat der Verletzung wenig bis gar nichts mehr entgegenzusetzen.
2. Der Schmerz, den jeder Ortswechsel hervorruft. Ein Mensch, der in einer unverständlichen und verfremdeten Welt leben muss, empfindet Trost und Halt in der Begegnung mit vertrauten Personen, Orten, Gegenständen oder Abläufen. Wird aufgrund einer schwereren Erkrankung eine Krankenhauseinweisung notwendig, ist der demente Mensch in der Anpassung an die neue Umgebung, die fremden Menschen und Abläufe häufig völlig überfordert und verängstigt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass demenzkranke Personen in dieser Situation mit einem Delir reagieren.

### **Multidimensionale und multiprofessionelle Schmerzerfassung:**

#### **Hat der Patient jetzt Schmerzen?**

Das Erkennen von Schmerzen bei dementen

Personen ist eine komplexe Aufgabe, die nicht nur auf eine einzige Art und Weise, womöglich ausschließlich mit genormten und vorformulierten Checklisten, bewältigt werden kann. Wir müssen uns – um dem dementen Menschen und seiner Situation auch nur annähernd gerecht zu werden – dem Problem von mehreren Seiten und auf verschiedenen Wegen gleichzeitig nähern. In der Praxis hat sich folgende Möglichkeit bewährt, die ich im Folgenden beschreiben werde:

#### **Schmerzbefragung**

Es lohnt sich, einen Menschen mit einer milden oder mittleren Demenz direkt zu fragen, ob er Schmerzen hat, ob ihm „etwas weh tut“. Ich bin immer wieder erstaunt, wie häufig es den Betroffenen in diesen Stadien gelingt, ihre Schmerzen sprachlich oder durch Zeigen auf die schmerzende Körperstelle auszudrücken. Manchmal antworten sie auf die Frage, wo es ihnen weh tut, mit einem Schulterzucken oder mit dem Satz: „Ich weiß nicht“. Diese Aussage bedeutet jedoch nicht zwingend, dass die Menschen keine Schmerzen haben. Die Aussage muss ernst genommen werden. Wir wissen, dass mit fortschreitender Demenz die Fähigkeit verloren geht, den Körper als Ganzheit zu erleben; wobei körperferne Bereiche (z. B. obere und untere Extremitäten) zuerst in der Wahrnehmung verloren gehen. Das heißt Schmerzen können dann nicht mehr (rechter Fuß, linke Hand) geortet werden.

#### **Suche nach Schmerzursachen**

- Aus der Anamnese bekannte Ursachen für chronische körperliche Schmerzen und kürzer zurückliegende akute Ursachen wie z. B. Stürze oder ein Harnwegsinfekt müssen vom behandelnden Arzt erhoben und so gut es geht ausgeschaltet werden.
- Können somatische Schmerzen ausgeschlossen werden, beginnt die Suche nach anderen Quellen des Unbehagens wie z. B. Hunger, Durst, Stuhldrang, Lagerung.

- Danach konzentrieren wir uns auf mögliche seelische Ursachen, die den Patienten beeinträchtigen könnten: Fühlt er sich unsicher, ängstlich, verlassen? Schmerzt ihn sein zunehmender geistiger Verfall? *Frau Ernestine liegt im Bett und schaut verzweifelt vor sich hin. Sie will heute nicht essen und nicht trinken. Sie will gar nichts. Die Pflegeperson fragt sie: „Geht es Ihnen heute nicht gut?“ Frau Ernestine schaut zu ihr hoch und sagt völlig niedergeschmettert: „Mir geht es heute gar nicht gut, ich weiß noch gar nicht, wer ich bin. Ich habe mich selber vergessen.“*
- Last but not least prüfen wir die Umgebungsfaktoren, um Lärm, Hitze, Kälte, grelles Licht etc. als mögliche Störungsquelle zu erkennen und auszuschalten.

Der hier zum besseren Verständnis systematisch dargestellte Untersuchungs- und Beobachtungsweg verläuft in der Praxis weitgehend gleichzeitig. Geübte Personen nehmen „ihre“ Patienten und deren Umfeld relativ rasch mit ihren Sinnen „gesamthaft“ wahr.

### **Beobachten des Verhaltens**

Jetzt zählt es sich aus, dass wir „unseren“ Patienten gut kennen. Bemerken wir irgendwelche Veränderungen der Mimik, seiner Bewegungsmuster, seiner Sprache, seiner „normalen“ Aktivitäten oder Routinen?

### **Schmerzbeobachtung durch mehrere Personen**

Im Bereich der Langzeitpflege kommt den betreuenden Personen (Pflegepersonen, Arzt, Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeitern) eine Schlüsselstellung zu. Regelmäßige gemeinsame Gespräche, in denen persönliche Beobachtungen erörtert und dokumentiert werden, tragen ganz wesentlich zu einer verbesserten Schmerzerkennung bei.

### **Probatorische Analgetikagabe**

Es kommt immer wieder vor, dass wir nicht sicher sein können, ob der Patient an körperlichen Schmerzen leidet oder ob andere Ursachen der

Verhaltensänderung zu Grunde liegen. In diesen Fällen ist ein Therapieversuch mit Analgetika angezeigt. Je nach Einschätzung der – vermuteten – Schmerzintensität, wird mit einer kleineren Dosis eines geeigneten Analgetikums begonnen und die Dosis gegebenenfalls gesteigert. Die Gabe von kleinen Opiatmengen (in der Geriatrie vorzugsweise Hydromorphon) ist gut dazu geeignet z. B. Agitation als Schmerzzeichen zu bestätigen oder auszuschließen.<sup>12</sup> Der Einsatz eines Opiats zum Ausschluss von Agitation als Ausdruck von Schmerzen oder anderer Befindlichkeitsstörungen hat bei demenzkranken Menschen einige Vorteile gegenüber dem Einsatz von psychotropen Substanzen: Die Differentialdiagnose gelingt rascher, die Nebenwirkungen von Opiaten sind weniger gravierend, und die Schmerzen werden nicht durch den sedierenden Effekt der psychotropen Substanzen maskiert.<sup>13</sup> Beruhigt oder entspannt sich der Patient, ist anzunehmen, dass körperliche Schmerzen die Ursache der Verhaltensänderung waren.<sup>14</sup>

*Frau Herta sitzt mittags normalerweise zufrieden am Mittagstisch. Heute will sie nicht essen. Sie wirkt angespannt und irritiert. Ich setze mich zu ihr und frage, ob ihr das Essen nicht schmeckt. Sie verzieht keine Miene und schaut weiter starr vor sich hin. Anders als sonst üblich lässt sie keine Berührungen zu; unwirsch und heftig stößt sie mich weg. Auf Fragen antwortet sie wiederholt mit: „Was ist?“ Die anwesende Tochter berichtet, dass sie seit heute Morgen den Eindruck hat, dass ihre Mutter „verkrampft“ und „schwerhörig“ sei; die Verständigung mit ihr sei heute fast unmöglich. Nachdem keine körperlichen Auffälligkeiten oder andere Störungsquellen feststellbar sind, bekommt Frau Herta eine kleine Dosis eines geeigneten Analgetikums. Tatsächlich verändert sich die Patientin in ihrem Verhalten: Nach einer Weile wirkt sie deutlich entspannter und die Verständigung gelingt wieder leichter.*

Unbehandelte Schmerzen beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität ganz allgemein, sondern führen darüber hinaus auch zu handfesten körperlichen Folgen wie z. B. Appetitverlust mit nachfolgender Gewichtsabnahme, Gangunsicher-

heiten mit vermehrter Sturzgefahr, Störung der Immunlage etc. Dauerschmerz verursacht zudem beachtliche seelische Schmerzen: Depressive Verstimmungen, Angst und vermehrte Unsicherheit sind keine Seltenheit. Schmerzen binden außerdem die Aufmerksamkeit und Konzentrationskraft, Fähigkeiten, an denen es gerade dementen Menschen in besonderem Maße mangelt. Frau Herta musste sich zum Beispiel so stark auf das Aushalten von Schmerzen konzentrieren, dass ihre Kapazitäten erschöpft waren und die Energie für das Hören nicht mehr ausreichte.

### Kontinuierliche Verlaufskontrolle und Neueinschätzung des Verhaltens

Die einmalige Beobachtung und Dokumentation von Verhaltensänderungen hat nur begrenzte Aussagekraft. Es bedarf daher der kontinuierlichen Beobachtung und Einschätzung des Verhaltens der Patienten im Team. Die regelmäßige mündliche Weitergabe und die schriftliche Dokumentation der Wahrnehmungen aller betreuenden Personen sind Grundlage einer gelingenden Schmerzerkennung und -behandlung.

### Fazit

Schmerzen demenzkranker Menschen werden bis heute nicht zuverlässig erkannt und daher auch nicht adäquat behandelt. Ursache für diesen Missstand sind in erster Linie gravierende Kommunikationsmängel. Daher fordert die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes: „Die Besonderheiten in der Kommunikation mit Schmerzpatienten und Palliativpatienten müssen alle in der Schmerztherapie Tätigen lernen, und sie müssen in der Aus- und Weiterbildung gelehrt werden“.<sup>15</sup> Das heißt: Alle Menschen, die mit dementen Menschen zu tun haben, müssen lernen, dass die gelingende Kommunikation, also das „Verstehen und Verstanden werden“, Dreh- und Angelpunkt einer „guten“ Begleitung und Behandlung von Demenzkranken ist. Selbstverständlich ist fundiertes Fachwissen ebenfalls unerlässlich und notwendig. Es

ist jedoch nicht hinreichend: Erst die „Beseelung“ dieses Wissens durch unsere Bereitschaft, dem Anderen mitfühlend zu begegnen, macht es möglich, den Kranken heilsam zu begleiten und ihn in seiner „Andersartigkeit“ besser zu verstehen. Das erfordert von den betreuenden Personen Mut. Mut, sich seinen eigenen Gefühlen zu stellen, Mut, das „Zarte“ in sich (wieder) zu entdecken und sich dem Kranken auf der Gefühlsebene zu nähern.

### Referenzen

- 1 Metznitz A., *Klang der Seele*, Styria Verlag (2013), S. 61
- 2 Volicer L. *Dementias*, in: Voltz R., Bernat J., Borsio G. D., Moddoo I., Oliver D., Portenoy R. (Hrsg.), *Palliative Care in Neurology*, Oxford University Press, Oxford (2004), S. 59-67
- 3 Schmid M., *Recht auf Schmerzlinderung*, in: Kojer M., Schmid M. (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*, Springer Wien New York (2011), S. 212-218
- 4 Exemplarisch: Mobily P. R., Herr K., Clark K., Wallace R. B., *An Epidemiologic Analysis of Pain in the Elderly*, *Journal of Aging and Health* (1994); 6(2): 139-154; Morrison R. S., Siu A. L., *A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture*, *Journal Pain Symptom Management* (2000); 19(4): 240-248; Smalbrugge M., Jongenelis L. K., Pot A. M., Beekman A. T., Eefsting J. A., *Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment - an observational study*, *BMC Geriatrics* (2007), 7: 3, <http://www.biomedcentral.com/1471-2318-7-3> (letzter Zugriff am 11. 01. 2014)
- 5 Achterberg W. P., Gambassi G., Finne-Soveri H., Liperoti R., Noro A., Frijters D. H. M., Cherubini A., Dell'Aquila G., Ribbe M. W., *Pain in European long-term care facilities: Cross national study in Finland, Italy and the Netherlands*, *Pain* (2010); 148: 70-74
- 6 Herr K., Decker S., *Older Adults with severe cognitive impairment. Assessment of Pain*, *Annals of Long-Term Care. Clinical Care and Aging* (2004); 12:4: 46-52
- 7 Schmid M., *Schmerzen und Demenz*, in: Heller A., Heimerl K., Husebø S. (Hrsg.), *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun*, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau (2007), S. 246-258; Podichetty V. K., Mazanec D. J., Biscup R. S., *Chronic non-malignant musculoskeletal pain in older adults: clinical issues and opioid intervention*, *Postgraduate Medical Journal* (2003); 79: 627-633
- 8 Dörner K., *Der gute Arzt*, Schattauer Verlag Stuttgart

- (2001), S. 111
- 9 Kunz R., *Schmerzmanagement bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Menschen*, in: Kojer M., Schmidl M. (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*, Springer Wien New York (2011), S. 61
  - 10 Herr K., Bjoro K., Decker S., *Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review*, *Journal of Pain Symptom Management* (2006); 31: 170-192
  - 11 Schmidl M., *Recht auf Schmerzlinderung*, in: Kojer M., Schmidl M. (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*, Springer Wien New York (2011), S. 212-218
  - 12 Manfredi P., Breuer B., Wallenstein S., Stegmann M., Bottomley G., Libow L., *Opioid treatment for agitation in patients with advanced dementia*, *International Journal of Geriatric Psychiatry* (2003); 18: 700-705
  - 13 Herr K., Coyne P. J., Key T., Manworren R., McCaffery M., Merkel S., Pelosi-Kelly J., Wild L., *Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement With Clinical Practice Recommendations*, *American Society for Pain Management Nursing* (2006); 7: 44-52
  - 14 Herr K., Decker S., siehe Ref. 6
  - 15 DGSS (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V.), *Kurzfassung Ethik-Charta der DGSS, Deutscher Schmerzkongress Berlin „Schmerz in Deutschland“* (2007), [www.dgss.org](http://www.dgss.org) (letzter Zugriff am 11. 1. 2014)



Johannes Bonelli, Susanne Kummer

# Die Wandlung der Perspektive des Lebens durch Schmerz

How Pain Changes One's Perspective of Life

## Zusammenfassung

Rein biologisch gesehen ist der Schmerz ein sinnvolles und nützliches Warnsignal. Schmerz und Leid stehen für den Betroffenen aber auch für Negativität, die Erfahrung des „Nicht-Sein-Sollenden“. Sie werfen ihn zurück auf die Kontingenz des menschlichen Lebens, lassen eine Weise des Ausgeliefertseins und der eigenen Grenzen erleben. Im medizinischen Alltag lässt sich beobachten, dass die Erfahrung von Krankheit und Leid eine Chance im Leben ist, sich umzuorientieren. Wo der Betroffene offen ist, stellt er sich bedingt durch die neuen Lebensumstände den wesentlichen Fragen des Daseins, der Wahrheit über sich selbst und des Sinn des Lebens. Kranke Menschen brauchen Mitgefühl, Hilfsbereitschaft und Solidarität. Die Qualität des Umgangs mit dem Leidenden ist Barometer für Werthaltungen und gelebte Menschlichkeit in einer Gesellschaft.

**Schlüsselwörter: Schmerz, Leid, Solidarität, Sinn des Leidens, Selbsterkenntnis, Mitleid**

## Abstract

In a purely biological sense, pain is a meaningful and useful warning signal. Its negative aspect is the experience of something that “should-not-be”, confronting one with the contingency of life and one's own physical limitations. However, sickness and suffering have been observed in everyday medical practise to serve as opportunities for patients to change the orientation of their lives, encouraging an open-minded consideration of the fundamental questions of existence, truth and the meaning of life. Sick people need compassion, assistance and solidarity. The way in which those who are suffering are treated by others is a barometer of the values and the humanity in a society.

**Keywords: pain, suffering, solidarity, meaning of suffering, self-knowledge, compassion**

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, Direktor  
Mag. phil. Susanne Kummer, Geschäftsführerin  
IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
bonelli@imabe.org  
skummer@imabe.org

## Einleitung

Kein Arzt hätte je seinen Beruf gewählt, wenn er nicht davon überzeugt wäre, dass alles getan werden muss, um den Kranken von Schmerz und Leid – soweit möglich – gänzlich zu befreien. Gleichzeitig müssen wir uns, auch wenn es schwer fällt, eingestehen, dass die Medizin nur transitorische Erfolge kennt: „...Medizin ist die Disziplin lebensbejahenden Scheiterns. Der Macht und Ohnmacht der Ärzte ist die grundsätzliche Begrenztheit der menschlichen Existenz zu- und vorgeordnet.“<sup>1</sup> Für den Arzt selbst ist es mitunter schwierig, sich die Grenze seiner Kunst einzugestehen. Nicht nur der Patient, auch der professionell im Gesundheitsbereich Tätige steht früher oder später vor der Frage: Kann es so etwas wie einen Sinn nicht nur trotz, sondern in Krankheit geben? Kann Leiden trotz alledem auch gut sein für etwas oder für jemanden? Oder gilt der Spruch: „Gesundheit ist alles, und ohne Gesundheit ist alles nichts“?

Ein Blick auf die Definition Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1947 gibt keinen Hinweis dafür, wie man mit dem Fehlen von Gesundheit umgehen soll. Dort heißt es: „Gesundheit ist der Zustand vollständigen physischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Behinderung“<sup>2</sup>. Freilich, die Definition hat die personale, ganzheitliche, und nicht bloß biologische Dimension des Menschen ins Konzept mithereingeholt. Zugleich birgt sie aber auch die Gefahr der Überhöhung, löst einen Erwartungsdruck aus, dem kein System und kein Mensch gerecht werden kann.

Die Erfahrung im medizinischen Alltag zeigt, dass ein Leben in Krankheit von den meisten Patienten kaum je als gänzlich sinnlos empfunden wird. Natürlich ist ein Leben in Gesundheit das angenehmere, unkompliziertere Leben, damit ist aber nicht automatisch schon ein glückliches Leben garantiert. Ärzte erleben fast ausnahmslos Kranke, die trotz schwerer körperlicher Gebrechen dennoch ihr Dasein bejahen und auch einen Sinn in ihrem Leben

sehen bzw. gefunden haben. Wir kennen viele Patienten, von denen man mit Recht sagen kann: Sie leben ihr Leben sinnvoller und reichhaltiger als so manch anderer in strotzender Gesundheit.

## Somatische Bestimmung und individuelle Integration des Schmerzes

Vom rein biologischen Standpunkt aus ist der Schmerz ein höchst sinnvolles und nützliches Warnsignal, durch das ein Lebewesen von schädlichen Reizen geschützt wird. Schmerzen und andere Krankheitssymptome zeigen an, dass etwas im Organismus nicht in Ordnung, ja, dass das Leben des Menschen in Gefahr ist. Wer von uns ginge freiwillig zum Arzt, wenn er nicht unter seiner Krankheit leiden oder gar nichts von ihr merken würde. Insofern stehen also Schmerz und Leid im Dienste des Lebens und nicht gegen das Leben.

Nun ist aber der Schmerz kein isoliertes, rein biologisches Phänomen sondern er berührt auch das geistig-seelische Leben.<sup>3</sup> Wenn von *Schmerz im engeren Sinn* die Rede ist, so denkt man zunächst an das rein anatomisch-physiologische Substrat. Hingegen berücksichtigt der Begriff des *Leidens* auch die leib-seelische Verfasstheit des Menschen und wird daher dem Wesen der Schmerzempfindung besser gerecht. Denn gerade diese Verknüpfung mit der Psyche des Menschen, d. h. mit seiner Erkenntnis und Erlebnisfähigkeit bewirkt, dass physische Schmerzen individuell sehr unterschiedlich empfunden werden und manchmal eine Potenzierung bis zur Unerträglichkeit erfahren, die den Patienten in schwere Depressionen, ja in Verzweiflung stürzen, ihn aber auf der anderen Seite auch zu einer ungeahnten Höhe menschlicher Größe führen kann. Aus ärztlicher Erfahrung weiß man, dass Schmerz und Leid mit rein technokratischen oder medikamentösen Mitteln alleine häufig nicht adäquat beizukommen ist. Auch wenn in der Schmerztherapie in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt worden sind, steht man immer wieder vor dem Phänomen, dass Schmerzen auch durch heroische Maßnahmen – wie z. B. Rücken-

marksoperationen, stereotaktische Operationen im Gehirn, hohe Morphindosen – nicht komplett aufhebbar sind, dass aber die zwischenmenschliche Beziehung – einfühlsame Worte und liebevolle Zuwendung – wesentlich sind, um Schmerzen zu lindern.<sup>4</sup> Bereits von alters her wurde dies als eine zentrale Aufgabe des Arztes betrachtet, zusammengefasst, etwa im französischen Sprichwort aus dem 16. Jahrhundert, das lautet: „Heilen – manchmal, lindern – oft, trösten – immer“.

Die Intensität der Schmerzempfindung hängt – wie man heute weiß – von Faktoren ab, die weit über das Biologische hinausgehen. Sie hängt vor allem auch davon ab, in welchem Ausmaß der Schmerz für den einzelnen als ein Phänomen empfunden wird, das der menschlichen Natur in einer gewissen Weise inhärent ist, oder aber als eine unakzeptable existentielle Bedrohung. Kulturelle und ethnische Faktoren beeinflussen dabei erheblich das Schmerzempfinden.<sup>5</sup> Ganz allgemein hat man den Eindruck, dass die Menschen unserer heutigen Kultur, im Unterschied zu früheren Zeiten, Schmerz bzw. Leid besonders sensibel und intensiv erleben.<sup>6</sup>

### **Einstellung zu Schmerz und Leid**

Für den Arzt ist abgesehen von einer kompetenten Schmerztherapie notwendig, auch über die Einstellung des heutigen Menschen zu Schmerz und Leid sowie über deren Sinn nachzudenken.

Wir leben in einer Zeit, in der das Heil des Menschen in erster Linie vom wissenschaftlichen Fortschritt erwartet wird. Schon beginnt man sich die Zukunft ohne Krankheit und Tod auszumalen.<sup>7</sup> Das „schmerzfreie Krankenhaus“ bis zur „schmerzfreien Stadt“ werden als medizinisch erreichbare Idealzustände propagiert. Der Arzt soll dem Patienten das „Rezept seines Lebens“ verschreiben. Man will bedingungslos gesund werden. Krankheit ist ein Ärgernis, ein Widerspruch zum Kult der Gesundheit, der Jugend, des Vergnügens und der Leistung. Diese Phänomene sind seit langem beschrieben worden,<sup>8</sup> werden aber nun im Zuge der Kritik an der zunehmenden Vermarktung

und Ökonomisierung der Medizin und der Überbewertung der Machbarkeit rezipiert.<sup>9</sup> Für den Medizinethiker Giovanni Maio ist das neuzeitliche Selbstverständnis der Medizin an einem Punkt angelangt, keine Grenze, keine Unverfügbarkeit zuzulassen, alles planbar machen zu wollen. Diese Medizin habe aber „...als Ideal nicht das menschliche Leben im Blick, sondern die perfekt einstellbare Maschine...“, so Maios Kritik.<sup>10</sup>

Ärzte, Forscher und Pflegepersonal wie fast das gesamte Gesundheitssystem sind geneigt, in dieser Situation ganz auf die Macht der Technik zu setzen. Der leidende Mensch wird einer Reihe fortschrittlicher und sehr exakter Untersuchungen unterzogen und zwar in höchst automatisierten Krankenhäusern, die alle nur erdenklichen technischen Möglichkeiten zu Diagnostik und Therapie bieten. Es besteht allerdings die Gefahr, dass der Kranke in diesem System mehr als Klient erscheint, für den eine möglichst effiziente Leistung erbracht werden muss.

Auch der Patient selbst unterliegt zunehmend dieser technischen Mentalität. Man kommt ins Krankenhaus fast wie zum Autoservice: Möglichst schnell muss alles geschehen, möglichst viel auf einmal, die „komplette Durchuntersuchung“ wird verlangt. Es soll alles „wie geschmiert“, also reibungslos gehen. Zeit zum Kranksein ist nicht eingeplant. Man ist unabhkömmlich, der Urlaub ist geplant. Oder man geht zum Hausarzt, gewappnet mit einschlägiger Literatur aus dem Internet und der Boulevardpresse, und ordnet selbst an, was zu geschehen hat – wie im Selbstbedienungsladen. Eine Hausärztin berichtet von einem Patienten, der folgendes gesagt hat: „Frau Doktor, schließen Sie mich an eine Maschine an, mit der ich mehr essen kann und das Rauchen besser vertrage!“<sup>11</sup>

In den westlichen Zivilisationen wird suggeriert, dass der Sinn des Lebens vor allem in der Fähigkeit des maximalen Konsumgenusses zu bestehen hat. Schmerz und Leid stellen dann ein unüberwindliches Hindernis für ein sinnvolles Dasein dar. Die kulturelle und individuelle Kompe-

tenz im (Er-)Tragen von Leid oder Schmerz nimmt unter diesen Vorzeichen ab.

### Schmerz und Leid im medizinischen Alltag

Nun sieht der medizinische Alltag freilich anders aus. Denn die Krankheit trifft den ganzen Menschen immer mitten hinein in seine unmittelbaren Lebensumstände; ja, sie zwingt ihn geradezu, seine Lebensweise neu zu ordnen und zu überdenken. Die Arbeit muss unterbrochen, der Arzt aufgesucht werden, das Bett muss gehütet, Medikamente müssen eingenommen, Diäten eingehalten werden, ein Krankenhausaufenthalt wird notwendig, eine Operation steht bevor, ein Testament muss gemacht werden, Besitzverhältnisse müssen geklärt, Wünsche und Hoffnungen ausgesprochen werden, usw. All dies führt zu Neubesinnung, Bestandaufnahme, Kurskorrekturen, ja zu eingreifenden Veränderungen der Umstände, die bei vielen Patienten oft das ganze restliche Leben prägen. Und keinesfalls bedeutet dies immer auch eine grundsätzliche Verschlechterung der Lebenssituation. Alleine die Tatsache, dass der Patient ans Bett gebunden ist und aus den Fesseln der alltäglichen Hektik herausgerissen wird, gibt ihm Zeit, über sich und so manch andere Dinge nachzudenken, wozu er oder sie sonst vielleicht kaum je gekommen wäre. Immer wieder formulieren die Patienten es selbst, wenn sie sagen: „Die Krankheit ist gut und wichtig für mich; sie war notwendig und sinnvoll, denn mein Leben war in Gefahr, in falsche Bahnen abzugleiten.“

Eine durch Krankheit herausfordernde neue Lebenssituation kann neue Perspektiven für die Lebensgestaltung eröffnen: Die meisten Menschen entdecken Ziele und Werte in dieser Welt, die weit ab vom reinen Konsumgenuss ihr Leben auch bei schwerer Krankheit noch sinnvoll erscheinen lassen. Ein in Berufs- oder Privatleben verwirklichter Perfektionismus wird korrigiert und das Leben fortan nicht mehr nach Leistungs- oder Erfolgskriterien beurteilt. „Dass solche Umorientierung während einer Krankheit gelingen kann, dazu be-

darf es verschiedener Faktoren, wie der grundsätzlichen Bereitschaft, die Zeit der Krankheit nicht als ‚Totalausfall‘ zu betrachten und eigene Grenzen zu akzeptieren. Jedoch benötigt nicht nur der Erkrankte eine Offenheit gegenüber dem, was das Leben auch an Einschränkungen physischer Art mit sich bringt.“<sup>12</sup>

Dieser Sinn einer Krankheit kann allerdings weder verordnet, noch von außen aufgezeigt werden, er wird allein vom Kranken selbst entdeckt, als einzigartiges, individuelles, ja ganz persönliches Ereignis. Im Blick auf Krankheit und Behinderung im Alter stellte der Theologe Romano Guardini (1885 – 1968) fest: „Was helfen aber alle Gerontologie der Medizin und alle Fürsorge der Sozialpflege, wenn nicht zugleich der alte Mensch selbst zum Bewusstsein seines Sinnes gelangt?“<sup>13</sup>

Wenn der Mensch leidet, so ist dies wohl primär ein passives, schicksalhaftes Geschehen. Aber im Gegensatz zum Tier ist der Mensch in der Lage, zu seiner Krankheit Stellung zu nehmen und sie einem Sinn zuzuordnen, so dass die Krankheit aus der rein passiven Dimension zu einer ganz persönlichen Tat werden kann. Der Psychiater Viktor Frankl spricht in diesem Zusammenhang von der „Trotzmacht des Geistes“,<sup>14</sup> Johannes Paul II. von der „Wirkmacht der menschlichen Person“<sup>15</sup>. Beim Krankheitsgeschehen, aber auch beim Schmerz, kommt es wesentlich darauf an, was ein Patient daraus macht. Natürlich kann es sein, dass ein Patient mit Auflehnung, ja Verzweiflung, reagiert. Ärzte, Krankenpfleger und Angehörige sind dann aufgerufen, den Patienten in brüderlicher Anteilnahme zu begleiten. Viel öfters hingegen erleben Ärzte und das Pflegepersonal mit großem Respekt und Bewunderung Patienten, die ihre Krankheit, ihr Leid, auch ihren Tod mit großer Gelassenheit, Tapferkeit und Geduld annehmen.

Schmerz und Leid bzw. die Mühsal und Gebrechlichkeit des Alters schaffen Bedingungen, die die Annahme des Todes erleichtern. Trotzdem ist es ein erstaunliches Geheimnis, zu welcher Größe der Mensch gerade im Leid fähig ist. Wahre

menschliche Größe zeigt sich nicht in Gesundheit, Leistung und Macht, sondern viel eher gerade darin, wie Krankheit und Leid bewältigt werden.

### **Die Konfrontation des Menschen mit der Wahrheit**

In der Krankheit – wie kaum je sonst – tritt die ungeschminkte Wahrheit über den Menschen zutage. „Sich dem Wesentlichen des Lebens zuzuwenden, über das Menschsein als solches nachzudenken, den Wert von Solidarität und zwischenmenschlichen Beziehungen zu erkennen und auch den metaphysischen Gegebenheiten des Lebens nachzuspüren, dazu fordert das Hineingeworfen-Sein in Krankheit und Leid heraus“.<sup>16</sup> Der Mensch ist in gesunden Tagen leicht geneigt, sich selbst, und auch den anderen, etwas vorzumachen. In der Krankheit freilich erkennt er, dass ihm eine solche Haltung letztlich selbst schadet: Wer dem Arzt über das eigene Befinden und über seine wahre Lebensweise keine ehrliche Auskunft gibt, setzt sich Fehldiagnosen aus und läuft Gefahr, falsch, ja gar nicht, behandelt zu werden. Dies leuchtet auf den ersten Blick ein, wenn es zum Beispiel um die Ess- und Trinkgewohnheiten geht, um das Rauchen oder um sexuelle Beziehungen, betrifft aber meist auch viel tiefere Kernschichten der Persönlichkeit. Der Patient wird in der Krankheit gezwungen, über sich selbst ehrlich und schonungslos Rechenschaft zu geben. Es vollzieht sich gleichsam eine Trennung zwischen Sein und Schein im Menschen, und dadurch trägt die Krankheit viel zur eigenen Wahhaftigkeit und zu echter Selbsterkenntnis bei.

Die Erkenntnis der eigenen Vergänglichkeit zählt dabei zur entscheidenden Erfahrung schwererer Erkrankung. Illustrativ sei hier der Fall eines Patienten erzählt: Herr K war bis zu seinem 75. Lebensjahr nie ernstlich krank gewesen. Die Angehörigen erzählten von ihm, dass in seinem Leben alles immer auf Wunsch und nach Plan gelungen war. Er hatte es zu beträchtlichem Wohlstand gebracht und war überzeugt, dass für ihn alle Probleme lösbar seien, eine höhere Instanz, Gott oder

Religion hatten keinen Platz in seinem Leben. Doch eines Tages war er über Nacht querschnittsgelähmt und konnte nur mehr den Kopf und die Arme bewegen. Er erwartete von den Ärzten mit großer Selbstverständlichkeit die „sofortige Reparatur“ dieses „Zwischenfalls“, denn so war er es bisher immer gewohnt. Er hatte noch viel vor in seinem Leben, Zeit zum Kranksein war nicht eingeplant, der Urlaub war gebucht. Die Ärzte wagten es kaum, ihm die Wahrheit über seinen Zustand zu eröffnen. Nach wenigen Tagen wurde die Ohnmacht der Ärzte unerbittlich offenbar. Anfangs konnte es der Patient einfach nicht glauben: Er sollte sein restliches Leben gelähmt im Bett verbringen? Dann verlangte er seine Pistole – er wollte Selbstmord begehen. Nach und nach begann er, Ärzte und Pflegepersonal nach dem Woher und Wohin des Lebens zu fragen, und man hatte den Eindruck, es tut sich ihm eine Welt auf, von der er vorher in seinem Leben offenbar nichts geahnt hatte.

Gesunde Menschen verwenden selten Gedanken darauf, dass das Leben jederzeit zu Ende gehen kann. In der Krankheit merken sie freilich, dass Wohlstand und Genuss dem Leben nur sehr bedingt Sinn geben können, denn nur ein Glück, für das es sich lohnt, auch zu sterben, kann die drängende Sehnsucht des Menschen nach Unsterblichkeit stillen. Leid und Schmerz fordern deshalb immer in gewisser Weise eine Konfrontation der Person mit den letzten Fragen des Geschöpfes mit seinem Schöpfer heraus und ist daher von erhabenem Ernst.

Natürlich kommt es vor, dass Kranke diese Chance nicht erkennen und sie ungenutzt lassen. Häufiger aber werden die Menschen doch dazu bewegt, ihren Blick auf bleibende Werte zu richten, auf das, was im Kern Bestand hat. Gerade diese transzendente Dimension des Krankseins lässt den Arzt und das Pflegepersonal den erhabenen Sinn ihres Berufes auch dort noch erkennen, wo jede menschliche Hilfe erfolglos erscheint.

Neuere Untersuchungen zeigen, wie wichtig es für Menschen ist, auf spirituelle Ressourcen in

Krisensituationen zurückgreifen zu können. So wünscht sich die Mehrheit deutscher Tumorpatienten, dass sich ihr Arzt für ihre spirituelle Orientierung interessiert. In einer Untersuchung mit (ambulant) Schmerzpatienten aus Deutschland antworteten 23 Prozent, dass sie mit einem Pfarrer/Seelsorger über ihre spirituellen Bedürfnisse sprechen, 20 Prozent hatten keinen Ansprechpartner – und für 37 Prozent war es wichtig, mit ihrem Arzt über diese Bedürfnisse zu sprechen. Der Arzt wird sich hierfür aber gar nicht zuständig und ausgebildet fühlen, sodass viele Patienten mit chronischen Erkrankungen wohl mit ihren spirituellen Bedürfnissen alleine bleiben.<sup>17</sup>

Der leidende Mensch ruft nicht nur Mitleid, sondern auch Achtung und Ehrfurcht hervor, weil in ihm die Größe eines Geheimnisses spürbar wird, das den Menschen übersteigt. Es ist ein eigenartiges Paradoxon, wie in Krankheit und Leid die Armseligkeit des Menschen, aber gleichzeitig auch seine unantastbare Würde offenbar wird. Diese Würde manifestiert sich besonders bei jenen Patienten, die in der Lage sind, ihre Krankheit und auch den Tod – d. h. ihr Schicksal – anzunehmen.

Darüber hinaus werden den Leidenden in ihrer Krankheit viel leichter als in gesunden Tagen die eigenen Schwächen und Fehler bewusst, denn der Patient merkt, dass seine Gebrechlichkeit und Not viel tiefer reichen als nur in seine biologische Natur. Ein Patient formulierte diese Erfahrung als heilsamen Prozess, der eine Heilung im tieferen Sinn hat möglich werden lassen: „Ich habe den Eindruck, dass diese körperliche, schmerzhaft Krankheit auch ein Ausdruck meiner inneren Verkehrtheit ist. Ich bin ja ein harter Knochen und wie verblendet. Wie lange brauche ich, bis ich den Balken in meinem Auge sehe? Die Krankheit ist notwendig für mich, um da herausgerissen zu werden, um einsehen und um etwas eingestehen zu können.“ Eine solche Einsicht erleichtert es dem Kranken, auch die Fehler der anderen zu verstehen, ihnen zu verzeihen und selbst Verzeihung von anderen her anzunehmen.

Versöhnung gehört zu den *existentiellen Bedürfnissen* des Menschen. Sie reiht sich ein unter dem Bedürfnis „auf das bisherige Leben zurückschauen; jemandem aus einem bestimmten Abschnitt des Lebens vergeben; eigene Vergebung erlangen; mit jemandem über die Frage nach dem Sinn im Leben sprechen; mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden; einen Sinn in Krankheit oder Leiden sehen können“<sup>18</sup>

Ärzte erleben immer wieder Menschen, die nach Jahren eines Lebens in Zwietracht und Streit im Zuge ihrer Erkrankung eine tiefe Umkehr erfahren und in Frieden mit ihren Verwandten und Freunden, ja auch mit Gott, gestorben sind. Kinder, die jahrelang ihre Eltern vernachlässigt haben, kehren wieder zurück. Eltern, die sich mit ihren Kindern entzweit haben, finden wieder zueinander, Ehepaare versöhnen sich wieder usw. Am Krankenbett wird viel Unrecht wieder gut gemacht, wird viel verziehen, und es findet dort eine große innere Umkehr statt.

Dieses menschliche und transzendente, dramatische Geschehen der Versöhnung, das sich am Krankenbett so oft ereignet, lässt die Kranken selbst, aber auch Ärzte, Pflegepersonal, Freunde und Verwandte im tiefen Schmerz auch wieder großes Glück, Freude und Frieden erfahren. Es ist eine Freude, die über den Schmerz hinwegsteigt, die lächelt, weil sie – wenn auch unter Tränen – erlebt, worin die eigentliche Freiheit des Menschen besteht, nämlich in seiner Befreiung von Verhärtung, Engherzigkeit und Eigenliebe.

### Die heilsame Dimension des Leidens

Spiritualität spielt, wie wir heute wissen, eine wichtige Quelle im Umgang mit kritischen Lebenssituationen, Krankheit und Leid. Viele Patienten spüren, dass ihnen gerade in der Krankheit dennoch auch wieder etwas Heilsames widerfährt und dass eine Art Ausgleich geschaffen wird für die eigenen Fehler, Schwächen und Verfehlungen. Hier wird erahnt, dass das Leiden in dieser Welt wohl nie ganz aufgehoben, aber doch in eine Di-

mension gehoben werden kann, in der zwar Gesundheit nicht wieder erlangt, dafür aber Verfehlungen wieder gutgemacht werden und dass in diesem Sinne Krankheit und Leid von unschätzbarem Wert sind. Damit soll freilich nicht gesagt sein, dass jedes Leiden eine Folge von Schuld sei und den Charakter von Strafe habe.<sup>19</sup> Das wäre eine banale Betrachtung von Schmerz und Leid. Die Gestalt des gerechten Hiob ist dafür ein besonderer Beweis im Alten Testament.<sup>20</sup> Hiob ist eines der großen Beispiele für Prüfung, nicht für Schuld. In Hiobs Klage verbinden sich physischer Schmerz, soziale Isolierung, individuelle Trauer und religiöse Vereinsamung. Nicht selten sind es die Kranken und Leidenden, die selbst erahnen, dass die Annahme ihrer Leiden auch einen geheimnisvollen Wert hat. Wenn Leiden nicht auch ein Weg zur Wiedergutmachung, zur Versöhnung und zur persönlichen Reifung wäre, dann wäre das Tragen und Ertragen von Krankheit, aber auch die Pflege von hoffnungslos Schwerkranken wahrlich unannehmbar.

Unschuldiger erlittener Leid eröffnet darüber hinaus eine Perspektive von Gerechtigkeit, die diese Welt nicht geben kann, sondern in eine andere, endgültige verweist. Wer meint, das Leben erfülle sich ausschließlich in dieser irdischen Welt, wird fraglos am Leiden verzweifeln müssen. Aber gerade Leidende erahnen oft, dass es nach dem Tod eine ausgleichende Gerechtigkeit geben muss, die den letzten Sinn ihrer Leiden offenbaren wird. Deshalb ist das Präge Merkmal vieler Leidender eine Hoffnung, die ihnen einen Ausblick in eine bessere Welt eröffnet, den sie in gesunden Tagen sonst nicht gehabt hätten. Und diese Hoffnung erleichtert die Annahme ihrer Leiden entscheidend.

### **Krankheit als zwischenmenschliches Bindeglied**

Eine weitere Dimension des Sinns des Leidens tut sich auf, wenn wir bedenken, dass der Schmerz nicht nur allein durch Arznei und heroische Annahme bzw. Sinnzuweisung erträglich wird, son-

dern vor allem auch durch eine Geborgenheit, die vom anderen her kommt, von einem Du. Hier bekommt das Wort vom Mitleid seine eigentliche Bedeutung. Man könnte den Psalm zitieren, in dem es heißt: „Der Schmerz bricht mir das Herz, ich bin verzweifelt: ich suche einen Tröster und finde keinen“ (Ps 68,21).

Zu Recht weist die Theologin Katharina Westerhorstmann in diesem Zusammenhang darauf hin, „dass die wachsende Individualisierung der Menschen, die in politischen Debatten zumeist als ‚Autonomie‘ thematisiert und positiv gewertet wird, häufig zugleich mit Isolation und Vereinsamung einhergeht“. Dass der moderne „Mensch als Subjekt seiner Entscheidungen und Wünsche sich nicht selbst genügt, erfährt er erst in Erfahrungen von Einschränkung, Behinderung oder Krankheit. Darin erschließt sich die Relevanz persönlicher Beziehungen, sodass Kranksein im besten Fall auch eine soziale Herausforderung bedeutet.“<sup>21</sup> Durch ein gemeinsames, miteinander und füreinander Tragen und Ertragen des Leidens, in dem sich der eine durch liebevolle Anteilnahme und vor allem durch tätige Barmherzigkeit mit dem Leiden des anderen gleichsam vereint, kann dem Leidenden die Bitternis seiner Krankheit wesentlich erleichtert werden. Hier erweist sich das Leiden gleichsam als Herausforderung echter menschlicher Nächstenliebe.

Menschen wünschen sich ein glückliches Leben und meinen damit ein Leben in Harmonie und Eintracht. Gerade in dieser Hinsicht kommt den kranken Menschen eine wichtige Bedeutung in dieser Welt zu, denn sie bewegen das Herz des Menschen: Sie mobilisieren Mitgefühl, menschliche Wärme, gegenseitige Sorge, Hilfsbereitschaft, Verständnis, Geborgenheit, Wohlwollen, Gemeinschaft und Solidarität. All das sind Tugenden, die durch das menschliche Leid herausgefordert werden und ohne die unsere Welt eine traurige Welt wäre.<sup>22</sup> Hier zeigt sich, dass das eigene Leiden auch Sinn hat zum Wohl der anderen.

Das Leben von Kranken und Behinderten ist

also keinesfalls ein sinnloses Leben oder „lebensunwert“. Für den Arzt müssen solche Zugänge ein Skandalon bleiben, etwa die Praxis der Abtreibung von erbgeschädigten kranken Kindern oder der Beihilfe zum Suizid oder Euthanasie von unheilbar Kranken. Es wäre dies die „moralische 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“.<sup>23</sup>

Den Kranken und Sterbenden anzunehmen, nicht als Last, sondern als wertvolle Bereicherung: Wenn uns das gelingt, dann könnte leidenden und sterbenden Menschen substantiell geholfen werden, ihr Schicksal in Frieden und Gelassenheit zu tragen, denn Schmerz und Leid werden auch in dem Maße leichter ertragen, in dem der Leidende selbst von seinen Mitmenschen in Hochschätzung angenommen wird.

## Referenzen

- 1 von Engelhardt D., *Ars longa, vita brevis: Historischer Hintergrund und aktuelle Bedeutung des hippokratischen Aphorismus*, Imago Hominis (2011); 18(2): 93-102, hier S. 96
- 2 World Health Organization, *Basic documents*, Genf (1976), S. 1
- 3 Vilar J., *Was ist der Schmerz*, Imago Hominis, (1996); 3(2): 89-99
- 4 Rainer H., *Krebsschmerz und seine Behandlung*, IMABE-Quartalsblatt Nr. 2/91
- 5 Vilar J., siehe Ref. 3
- 6 Buttiglione R., *Die Achtung des unschuldigen Lebens, ein Prüfstein unserer Kultur*, in: IMABE (Hrsg.), *Der Status des Embryos*, Verlag Fassbaender (1989)
- 7 vgl. zu diesem Thema das lesenswerte Buch von Vetter H., *Der Schmerz und die Würde der Person*, Verlag Josef Knecht (1980)
- 8 Torello J. B., *Medizin, Krankheit und Leid*, Arzt und Christ (1965); 2
- 9 vgl. Imago Hominis (2008); 15(4) zum Thema *Medizin, Ideologie und Markt*
- 10 Maio G., *Plädoyer für eine Wiederentdeckung einer Kunst des Maßes in der Medizin*, Imago Hominis (2011); 18(4): 265-275, S. 271
- 11 Persönliche Mitteilung
- 12 Westerhorstmann K., *Krankheit als Weg zur Gesundung: anthropologische Überlegungen*, Imago Hominis (2014); 21(1): 35-47, hier S. 43
- 13 Guardini R., *Die Lebensalter. Ihre ethische und pädagogische Bedeutung*, Würzburg 1967, S. 99
- 14 Frankl V. E., *Zehn Thesen über die Person*, in: *Der Wille zum Sinn*, Hans Huber Verlag (1982), S. 108
- 15 Wojtyła K., *Person und Tat*, Herder Verlag, Wien (1981)
- 16 vgl. Westerhorstmann K., siehe Ref. 12, S. 44
- 17 Büssing A., Surzykiewicz J., *Spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker*, Imago Hominis (2014); 21(1): 17-23, hier S. 21
- 18 ebd., S. 19
- 19 Johannes Paul II., *Apostolisches Schreiben Salvifici doloris*, 11. 2. 1984
- 20 ebd.
- 21 Westerhorstmann K., siehe Ref. 12, S. 44
- 22 Johannes Paul II., siehe Ref. 19
- 23 Kummer S., *Lebenshilfe statt Tötungslogik. Für eine neue Kultur des Beistands*, Imago Hominis (2014); 21(3): 166-168, hier S. 167

Marcus Knaup

## Ein neues Naturdenken als Grundlage für die Ethik. Zur Aktualität von Hans Jonas

A New Concept of Nature as a Foundation for Ethics. On the Relevance of Hans Jonas

*What about nature's worth*

*It's our planet's womb*

*What about us*

*What about animals*

*What about it*

Michael Jackson, Earth song

Hans Jonas (1903 – 1993) gehört zu den faszinierendsten Köpfen des zurückliegenden 20. Jahrhunderts. Insbesondere zur Ethik und Naturphilosophie hat er wegweisende und bis heute diskutierte Arbeiten vorgelegt, in denen er in tiefgründiger Weise das Verhältnis des Menschen zur Natur und unseren Umgang mit der Technik philosophisch reflektiert. Jonas ging es – gerade angesichts moderner technischer Möglichkeiten – um eine neue Naturphilosophie als Grundlage für eine Ethik globaler Verantwortung. Für die Aktualität<sup>1</sup> seiner Überlegungen im noch jungen 21. Jahrhundert soll im Folgenden argumentiert werden. Ich tue dies in fünf Schritten: Zunächst soll ein Blick auf die Dynamik moderner Technik geworfen werden, insofern sich durch technologische Entwicklungen die Welt heute „schneller zu drehen“ scheint als früher und sich damit auch neue ethisch-philosophische Fragen stellen (I.). In einem zweiten Schritt soll ein Blick auf einige neuzeitliche Engführungen hinsichtlich unserer Einstellung zur Natur sowie auf die Konsequenzen dieser veränderten Sichtweise, die bis heute spürbar sind, geworfen werden (II.). Um Lebensäußerungen, die nach Jonas mehr sind als bloße Epiphänomene (III.), und das Leben des Organischen (IV.) geht es dann in den folgenden Kapiteln. Schließlich wird ein Blick auf den Begriff der Verantwortung geworfen, der für das Denken von Jonas ganz zentral ist (V.).<sup>2</sup>

### I. Zur Dynamik moderner Technik

Menschen erforschen heute die Tiefen der Meere, erkunden das Weltall, surfen im Internet, telefonieren mit ihrem Smartphone. Sie reisen mit dem Flugzeug und legen so Wegstrecken zurück, die für frühere Generationen entweder nur äußerst mühsam oder gar nicht zu bewältigen gewesen wären. Menschen beherrschen heutzutage die Spaltung von Atomen und können Eingriffe in die genetische Grundausstattung von Lebewesen vornehmen. Diese Beispiele ließen sich beliebig erweitern und verweisen darauf, wie eng unser Leben mit der Technik verflochten ist. Grenzen scheinen heute nicht mehr so klar und eindeutig, wie sie bisweilen waren: Denken wir z. B. an die Grenzen zwischen Technik und Biologie, Gemachtem und Gegebenem, Lebendem und Totem. Gerade deshalb ist Technik als Thema für die philosophische Reflexion nicht wegzudenken. Es handelt sich um ein ebenso „zentrales“ wie „bedrängendes“ Thema.<sup>3</sup>

Moderne Technik, so sehen wir schnell, ist dynamisch: Sie verharrt nicht bloß, steht nicht still. Bis zu einem gewissen Grad, so Jonas, schafft sie selbst Probleme, die sie dann durch Fortschritt selbst zu bewältigen hat.<sup>4</sup> Gemeinsam sei allen technischen Innovationen die Annahme eines stets wachsenden Fortschritts: Es gibt immer etwas Besseres als das, was es jetzt bereits gibt. Technik und Wissenschaft stehen dabei in einem Wechselverhältnis: Neue technische Errungenschaften zeigen uns Bereiche, die uns vorher verschlossen waren. Die Rechen- und Speicherkapazitäten heutiger Computer etwa ermöglichen ein Vordringen in die Nanowelt zellulärer Einheiten, die uns aufgrund ihrer Komplexität sonst verschlossen bleiben würde. Ja, auch wenn eine gewisse Tendenz zu bestehen scheint, Gegebenes

in Gemachtes zu überführen, zeigt sich die Natur im Angesicht des technischen Fortschritts selbst als immer subtiler. Wissenschaft und Technologie durchdringen sich, so Jonas, wechselseitig und treiben sich gegenseitig an.

Technik ahmt Natur zwar auch nach (denken wir etwa an den Bau von Flugzeugen, die dem stromlinienförmigen Körperbau von Vögeln nachempfunden sind), greift aber auch tiefgreifend in die Natur ein. „Künstlichkeit oder schöpferisches Konstruieren nach abstraktem Entwurf (Plan) dringt ins Innerste der Materie vor.“<sup>5</sup> Durch die moderne Biotechnologie ist das Konstruieren biologischer Einheiten keine Sciencefiction mehr. „Angenommen, der genetische Mechanismus sei völlig analysiert und seine Schrift endgültig entziffert, so können wir uns daran machen, den Text umzuschreiben“<sup>6</sup>, so Jonas in den 1980er Jahren. Dies ist heute noch mehr als damals im Bereich des Möglichen, gleichwohl gerade heute viele weitere Entwicklungen und Auswirkungen noch gar nicht absehbar sind. Der Mensch macht sich, mit Jonas gesprochen, zum „Meister über die Erbmuster“<sup>7</sup>. Während Jonas vor der Hintergrundfolie der Gentechnologie seiner Zeit davon spricht, dass es ein ehrgeiziger Traum des Menschen sei, „seine eigene Evolution in die Hand zu nehmen“<sup>8</sup>, betont in aktuellen Debatten z. B. Craig Venter, einer der führenden Köpfe der Synthetischen Biologie, dass der Stammbaum des Lebens durch einen weiteren Zweig erweitert werden könne, nämlich jenen der Synthetischen Biologie.<sup>9</sup> Eine „neue Phase der Evolution“<sup>10</sup> sei eingeleitet. Der Synthetischen Biologie geht es um die Erzeugung neuartiger biologischer Einheiten, die wir so in der Natur nicht vorfinden: z.B. die Erzeugung eines „Minimalorganismus“, der auf ganz grundlegende evolutionäre Funktionen beschränkt ist, worauf dann bestimmte Gensequenzen aufgesetzt werden können. Passend dazu ist folgender Hinweis von Jonas: „Der Unterschied zwischen dem Künstlichen und dem Natürlichen ist verschwunden, das Natürliche ist von der Sphäre des Künstlichen verschlungen worden;

und gleichzeitig erzeugt das totale Artefakt, die zur Welt gewordenen Werke des Menschen, die auf ihn und durch ihn selbst wirken, eine neue Art von ‚Natur‘, das heißt eine eigene dynamische Notwendigkeit, mit der die menschliche Freiheit in einem gänzlich neuen Sinn konfrontiert ist.“<sup>11</sup>

Technik wird um bestimmter Ziele willen verfolgt. Daher, so lässt sich argumentieren, ist sie auch nicht losgelöst von Ethik zu sehen, ist doch menschliches Handeln einer reflektierten Prüfung ausgesetzt. Technisches Tun ist mehrdeutig: Es kann zum Guten wie zum Bösen verwendet werden. Im Hinblick auf die Möglichkeiten der modernen Biotechnologie wäre etwa die Ambivalenz ihrer Wirkungen in den Blick zu nehmen. Diese kann ein Segen sein, wenn wir z. B. an die Herstellung von Insulin für Diabetiker denken. Andererseits kann sie auch zum Albtraum werden: So ist beispielsweise der Komplettneubau der 185.000 Basenpaare Erbsubstanz des Pockenvirus durchaus möglich. Im Jahr 2006 ist es einem Journalisten geglückt, ohne größere Probleme als Privatmann bei einer Firma ein Fragment des Pockenvirus zu ordern.<sup>12</sup> Und mit neuartigen Biowaffen lassen sich Kriege und Terrorakte viel schneller und effizienter durchführen. Auch hier ließen sich die Beispiele problemlos erweitern. Zu bedenken bleibt: „Nicht nur wenn die Technik böswillig, d. h. für böse Zwecke, mißbraucht wird, sondern selbst, wenn sie gutwillig für ihre eigentlichen und höchst legitimen Zwecke eingesetzt wird, hat sie eine bedrohliche Seite an sich, die langfristig das letzte Wort haben könnte.“<sup>13</sup>

Der Radius moderner technischer Praxis ist heute weit größer als es für die Technik der Antike der Fall war. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Ausmaße in Zeit als auch in Raum. Das, was wir tun, hat durch die Technik eine globale und weit in die Zukunft sich erstreckende Dimension bekommen. Das Angesicht der Erde, das Wesen von Mensch und Natur kann durch die moderne Technik – z. B. die Synthetische Biologie – tiefgreifend verändert werden. Für Jonas folgt daraus dies: „[E]s wird zur transzendenten Pflicht des Menschen, die am we-

nigsten wiederherstellbare, unersetzbarste aller ‚Ressourcen‘ zu schützen – den unglaublich reichen Genpool, der von Äonen der Evolution hinterlegt worden ist. Es ist das Übermaß an Macht, das dem Menschen diese Pflicht auferlegt; und gerade gegen diese Macht – also gegen ihn selbst – ist sein Schutz erforderlich. So kommt es, daß die Technik, dies kühl pragmatische Werk menschlicher List, den Menschen in eine Rolle einsetzt, die nur die Religion ihm manchmal zugesprochen hatte: die eines Verwalters oder Wächters der Schöpfung.“<sup>14</sup>

## II. Die Mathematisierung der Natur in der Neuzeit – und ihre Folgen

Systematisch künstlich etwas herstellen zu können, ist wohl ein markanter Unterschied zwischen Homo sapiens und seinen haarigen Verwandten. Ursachen und Wirkungen müssen verknüpft, Ziele durchdacht werden. Vorbild und Voraussetzung für Technik und Ethik war in der Antike noch die Natur. Ein Handeln wider die Natur, so die Alten, könne den Menschen kaum glücklich machen. Da die Natur für sich selbst zu sorgen in der Lage war, war sie auch nicht Gegenstand menschlicher Verantwortung. Die Rolle des Menschen war eher klein. Die Natur überragte ihn.

In der Neuzeit ändert sich dies. War der Mensch vorher noch ein Glied in der Natur, schwingt er sich nun auf, „maître et possesseur de la nature“ (R. Descartes) zu sein. Die Natur gebietet nicht mehr Ehrfurcht, sondern der Mensch ist es fortan, der über sie gebietet. „Technik und Naturwissenschaften“, so Jonas in einem Gespräch über das Verhältnis des Menschen zur Natur, „haben uns von Beherrschten zu Herrschern der Natur gemacht“<sup>15</sup>. Und im Vorwort des inzwischen vor 35 Jahren erschienenen *Prinzip Verantwortung* ist zu lesen: „Die dem Menschenglück zugedachte Unterwerfung der Natur hat im Übermaß ihres Erfolgs, der sich nun auch auf die Natur des Menschen selbst erstreckt, zur größten Herausforderung geführt, die je dem menschlichen Sein aus eigenem Tun erwachsen ist.“<sup>16</sup>

Spätestens seit der Neuzeit wird vieles er-

forscht, vieles anders und neu beurteilt. Man sucht nach dem, was vorher noch unbekannt war. Entdeckungen werden wichtig. Denken wir z. B. an Columbus und seine Reisen. Untrennbar mit dem Begriff der Neuzeit ist der Aufschwung der Naturwissenschaften verbunden.<sup>17</sup> Eine besondere Rolle spielte in diesem Zusammenhang die mathematische Methode: Das, was ist, soll berechnet und quantifiziert werden. Jonas schreibt: „Die moderne Naturwissenschaft entstand mit dem Entschluss, der Natur ihre Wahrheit durch aktives Eingreifen in sie abzuwingen, also durch Intervention in den Gegenstand der Erkenntnis. Diese Intervention heißt ‚Experiment‘.“<sup>18</sup> Jonas spricht hier die wachsende Bedeutung des experimentierenden Forschens in der Neuzeit an. Es ging darum, sich auf die Aspekte zu konzentrieren, die grundsätzlich wiederholbar sind: an anderer Stelle, von anderen Leuten. Was diese selbst denken, glauben oder meinen, sollte dabei keine Rolle spielen.

Technische Hilfsmittel wurden fortan leistungsstärker und schlichtweg besser konzipiert. Neue Welten wurden so erschlossen, Ausblicke eröffnet, von denen man vorher noch nicht einmal zu träumen gewagt hatte. Auch zur Unterstützung unserer Sinne kamen technische Hilfsmittel verstärkt zum Einsatz. In den Brennpunkt des Interesses rückt das, was man messen, berechnen und vergleichen kann, während man die Frage nach Qualitäten beiseite schiebt. Wie es sich für zwei Verliebte anfühlt, „Schmetterlinge im Bauch zu haben“ und gemeinsam einen Sonnenuntergang zu betrachten, kann man ebenso wenig messen wie Fragen nach Sinn und Werten bzw. die Frage, ob der Andere, mit dem man den rot-goldenen Sonnenuntergang betrachtet, der passende Partner ist oder nicht. Wenn z. B. die Frage auftaucht, was die Farbe rot ist, dreht sich hierbei alles um Wellenlängen und nicht darum, was gesehen, was erlebt wird und welche Bedeutung hiermit verbunden ist (als Farbe der Liebe, als Farbe der Gerichtsbarkeit, als Warnzeichen für Gefahr, als liturgische Farbe der Märtyrer und des Heiligen Geistes).

In besonderer Weise tritt die Physik hervor, die eine Vorreiterrolle einnimmt. Sie scheint geradezu prädestiniert zu sein, anderen als Vorbild zu zeigen, wie man Wissenschaft betreibt und exakt und empirisch arbeitet. Die Einstellung zu anderen Menschen und zur Natur bleibt davon nicht unberührt. Die Natur wird mathematisiert. Man will einen Einblick in die „Werkstatt der Natur“ bekommen, um so zu begreifen, wie sie alles macht: nicht nur, um sie nachzuzahlen, sondern um sie dazu zu bringen, etwas hervorzubringen, was sie sonst nicht getan hätte.<sup>19</sup> Es ging darum, die Natur zu kennen, zu erforschen, um sie zu beherrschen, ihr etwas für die eigenen Zwecke abzuzwingen. „Damit wird das intellektuelle und emotionale Verhältnis zur Natur, das der Mensch bis dahin gehabt hatte, beendet: Die Natur wird zum Anderen des Menschen, seiner absoluten Souveränität gnadenlos unterworfen.“<sup>20</sup>

Alles was ist, wird entweder dem Bereich „physikalisch-quantitativ“ oder dem Bereich „persönlich-qualitativ“ zugeordnet. Mit einem Phänomen wie Wärme geht man unter diesen Vorzeichen so um, dass man in den Bereich Fragen der Teilchenbewegung verweist. Wie sich etwas, das warm ist – sei es eine Heizung, ein Kaminfeuer, oder eine Suppe – für Sie und mich persönlich anfühlt, hat hiermit nichts zu schaffen und wird in einen anderen Bereich verwiesen. Damit tut sich, wie Thomas Fuchs festhält, ein ungueter Graben zwischen uns und der Umwelt auf: „Denn das Phänomen der Wärme besteht ja gerade in der *Beziehung* unseres Leibes mit der Umwelt, etwa der Luft oder der Sonne. [...] All diese Beziehungen, die uns die *Qualitäten* der Dinge selbst vermitteln, werden gekappt und in innerpsychische Zustände umgedeutet. Tatsächlich gibt es nur noch Teilchenbewegungen, Lichtwellen, chemische Reaktionen. Die Reinigung der Welt von allen subjektiven, anthropomorphen Anteilen fördert ein Skelett der Natur zutage, das sich allerdings umso leichter zerlegen, manipulieren und technisch beherrschen lässt.“<sup>21</sup>

Nicht wenige Neurowissenschaftler und Philosophen unserer Tage zielen darauf ab, das, was

Menschen widerfährt, was sie erleben, als messbare Konstellation im Zerebrum zu fassen zu bekommen. Eine derart verkürzte Sichtweise des Menschen, die ihn zu einem Gehirn-Geist-Schrumpfwesen macht, steht in den Fußstapfen eines neuzeitlichen Umgangs mit der Natur, aus der Werte wie Sinnesqualitäten ausgezogen sind: Zuerst aus der Natur, dann aus dem Menschen. Beide will man in den Griff bekommen, Kontrolle ausüben. Wer den Anschluss an den Zeitgeist nicht verpassen will, kann nicht mehr viel damit anfangen, dass es in der Natur zielgerichtet zugehen soll.

Für den französischen Philosophen René Descartes, der das Denken wie kaum ein Zweiter maßgeblich beeinflusst hat und gelegentlich als „Vater der Neuzeit“ bezeichnet wird, kann alles, was ausgedehnt ist, mathematisiert werden. Diese Sichtweise bleibt nicht folgenlos. Für alles Körperliche sind fortan die Naturwissenschaften zuständig, wobei diese Körper von persönlich-qualitativem Erleben gereinigt sind und damit nichts mehr zu tun haben. Es zählt, wie gesagt, nur das, was auch quantifiziert und vermessen werden kann. Diese Erbschaft bleibt, wie Hans Jonas sagt, auch für die Philosophie nicht ohne Folgen: Sie wird dem Bereich der Geisteswissenschaften zugeschlagen und scheint nicht besonders enttäuscht darüber, fortan in Fragen die Natur betreffend nur noch die zweite Geige zu spielen. Bis ins heutige Universitätsleben ist die hier deutlich werdende Scheidelinie von Natur- und Geisteswissenschaften anzutreffen.<sup>22</sup> Wichtig ist auch der Hinweis von Jonas, dass die Philosophie eigentlich jenseits dieser Aufspaltung stehen müsse.<sup>23</sup> Nicht unproblematisch sei es, wenn Philosophen das Ganze aus dem Auge verlieren würden und sich von einer der beiden Seiten vereinnahmen lassen: „Der Materialismus erbte die Hinterlassenschaft des Dualismus, ohne sich darüber klar zu sein, dass das Erbe, das er antrat, mit einer Verpflichtung belastet war, die er aus eigenem Vermögen niemals einzulösen hoffen durfte: der Verpflichtung, theoretisch auch für diejenigen Phänomene mit aufzukommen, die vorher aus der

verschwundenen Hälfte des dualistischen Besitzes bestritten worden waren. Diese Aufgabe war dem Materialismus unausweichlich zugefallen, nachdem er sich erst einmal als selbstgenügsamer Monismus auf seinem Teil des Erbes festgesetzt hatte. [...] Der Materialismus setzt logisch auch weiterhin einen transzendenten Dualismus voraus, denn nur dadurch, dass er uneingestanden die ‚andere Welt‘ des Dualismus im Hintergrund stehen hat, kann er es sich *in seinem eigenen Feld* leisten, die Evidenz des Geistes unbeachtet zu lassen und die Wirklichkeit, soweit er mit ihr zu tun hat, in Kategorien der reinen Materie zu deuten.“<sup>24</sup>

Das cartesische Erbe einer Auftrennung in *res cogitans* und *res extensa* zeigt sich heute in der Unterscheidung entweder eines (*mind oder brain/body*) oder eben zweier (*mind und brain/body*) mehr oder weniger ontologisch eigenständiger Abteilungen von Entitäten. Physikalistische Theorien billigen im Grunde zunächst einmal die vorgenommene Trennung und stürzen sich dann auf eine Seite des Erbes, auf die die andere Seite reduziert oder eliminiert wird. Insofern kann man davon sprechen, dass der materialistische Monismus eine abgespeckte Variante cartesischen Denkens darstellt.

Sagen wir es noch einmal so: Descartes ist nicht nur der Erblasser dualistischer, sondern auch physikalistischer Modelle. Durch den Graben, der zwischen mentalen Lebensäußerungen und Körper gezogen wird, ist für viele Autoren der Weg vorgezeichnet, sich auf die Mechanisierung und Physikalisierung des Körpers zu konzentrieren, wie Jonas und auch John Searle beobachten.<sup>25</sup> Und Daniel Dennett ist von der Idee angetan, dass man sich anschließend der anderen Grabenseite zuwenden sollte und die Mechanisierung und Physikalisierung des Geistes voranbringen sollte.<sup>26</sup> Wer gemäß diesen Einteilungen denkt, übersieht den lebendigen Organismus in seiner leib-seelischen Ganzheit, dessen Lebensvollzüge man versucht habhaft zu werden und zu verdinglichen.

In dem Zusammenhang sollte erwähnt werden, dass Jonas sein Buch *Organismus und Freiheit* als sein

„philosophisch wichtigstes Buch“<sup>27</sup> betrachtet. Er vertritt dort die Ansicht, dass „das Wesen der Wirklichkeit sich am vollständigsten in der organischen Existenzweise des Organismus ausspricht, nicht im Atom, nicht im Molekül, nicht im Kristall, auch nicht in den Planeten, Sonnen und so weiter, sondern im lebenden Organismus, der zweifellos Körper ist, aber etwas in sich birgt, das mehr als das bloße stumme Sein der Materie ist“<sup>28</sup>.

### III. Lebensäußerungen sind nicht nur Epiphänomene

Nicht wenige Denker unserer Tage sind davon überzeugt, dass unsere Lebensäußerungen eigentlich nur ein Epiphänomen darstellen. Sie anerkennen also den cartesischen Graben von mentalen Lebensäußerungen auf der einen Seite und physischen Entitäten andererseits. Zur Grabenseite der physischen Entitäten führe keine Brücke von der anderen Grabenseite, die es ermöglichen würde, hier irgendwelche Einflüsse geltend zu machen.<sup>29</sup>

Die Theorie des Epiphänomenalismus beruht auf zwei Grundsäulen: Zum einen ist dies die Überzeugung, man könne eigentlich alles, was es gibt, physikalisch begreiflich machen. Mit der anderen Grundsäule, auf der der Epiphänomenalismus erbaut ist, ist das dualistische Erbe einer unübersehbaren Aufteilung von *mind and brain* angesprochen. Zu den Pionieren des Epiphänomenalismus zählt Thomas H. Huxley (1825 – 1895), ein britischer Biologe. Seiner Ansicht nach sind mentale Lebensäußerungen durch physische Zustände hinreichend verursacht. Das Kuriose dieses Vorschlags ist, dass seiner Ansicht nach unsere mentalen Lebensäußerungen eigentlich keine Wirkmacht entfalten können. Nach Ansicht von Gerhard Roth, einem der führenden deutschen Neurowissenschaftler unserer Tage, ist der Epiphänomenalismus immerhin „ein ernst zu nehmender Ansatz zur Lösung der Probleme des Reduktionismus“<sup>30</sup>.

Wenn wir uns mit einem Epiphänomenalisten unterhalten, würde uns dieser nicht zu missionieren versuchen, dass es mentale Lebensäußerungen

gar nicht gibt. Er würde aber versuchen, uns davon zu überzeugen, dass mentale Lebensäußerungen kausal irrelevant sind: „Schatten bewirken nichts! Sie spielen letztlich keine Rolle!“ Wenn wir jetzt zurückfragen würden, wie er dies meint, würden wir wahrscheinlich eine solche Begründungsstrategie zu hören bekommen: Er könnte uns erklären, dass es gänzlich zufällig zu mentalen Lebensäußerungen kommt, nichts und niemand hierbei einen tatsächlichen Einfluss hat. Möglicherweise könnte er uns aber auch mit Hilfe von theologischen Begründungen auf die Sprünge helfen wollen, sich für seine Theorie zu interessieren, denn auch das ist unter Epiphänomenalisten nicht ganz unüblich. So stellt z. B. ein Autor wie Dietrich heraus, dass unsere mentalen Lebensäußerungen ein ganz ausgezeichnetes Geschenk des Schöpfergottes darstellen. Aber dieses Geschenk kann man nicht nur nicht zurückgeben, eigentlich kann man auch überhaupt nichts damit anfangen, denn Dietrich erklärt, dass mentale Lebensäußerungen auf keinen Fall kausal etwas ausrichten können.<sup>31</sup> Wenn wir Schöpfung so denken wie Dietrich nahe legt, müssen wir Begriffe wie verantwortliches, freiheitliches Planen und Handeln von Personen aus unserem Wortschatz tilgen. Epiphänomenalisten sind fest davon überzeugt, dass Ihre und meine Vorstellungen und Absichten völlig unfähig sind, irgendeine Veränderung herbeizuführen.

Fatal ist, was über unser qualitatives Erleben wie z. B. unser Schmerzempfinden gedacht wird. Ein Arzt oder Notfallseelsorger, der zu einem verunfallten Menschen gerufen wird, müsste demnach sagen: „Dein Schmerz hat keinerlei Wirkung und Funktion. Dein Eindruck, dass Dein Schmerz etwas bewirkt, trägt und ist – objektiv betrachtet – falsch. So wie andere mentale Phänomene sitzt Dein Schmerz lediglich auf fundierenden neuronalen Prozessen auf! Deine Schmerzempfindungen sind *nichts anderes als* eine Begleiterscheinung deiner neuronalen Prozesse.“ Dieses Szenario zeigt, wie absurd, epistemologisch und ontologisch schief die Annahmen des Epiphänomenalismus sind.

Man kann schon ein wenig schmunzeln, dass dasselbe Argument bemüht wird, um den Epiphänomenalismus vorzuführen wie auch um für ihn zu streiten. Die Gruppe der Fürsprecher geht davon aus, dass sich immer bessere physikalische Prozesse in der Entwicklungsgeschichte des Menschen herausgebildet hätten, um so die Überlebensvorteile zu verbessern. Daher bräuchten wir uns auch nicht auf hitzige Diskussionen über mentale Lebensäußerungen einlassen. Ihre Einlassungen laufen im Ergebnis darauf hinaus, dass mentale Lebensäußerungen keinerlei Funktion aufweisen.<sup>32</sup> Richtig sei die Rechnung: geeignete Gehirnstruktur = Selektionsvorteil. Mentale Lebensäußerungen tauchen in dieser Gleichung nicht auf. Sie haben summa summarum keine Bedeutung. Mit dieser Rechnung wollen sich die Gegner des Epiphänomenalismus nicht einverstanden zeigen. Mentale Lebensäußerungen gehörten nun mal, so ihr Hinweis, zu Lebewesen und eine solche Rechnung gehe vollkommen an der Realität des Lebendigen vorbei. In Abrede zu stellen, dass unsere mentalen Lebensäußerungen tatsächlich etwas bewirken können, sei völlig verkehrt.<sup>33</sup> Und so begegnet man den Epiphänomenalisten mit Fragen wie dieser: Hätte nicht auch, so heißt es dann, auf ein schönes Schattenspiel namens Geist bzw. mentale Lebensäußerungen verzichtet werden können, wenn alles keine Bedeutung hat? Ihr und mein Leben würde wohl kaum so aussehen wie wir es kennen, wenn mentale Lebensäußerungen nicht dazugehören würden.

Dass man geistig-mentale Lebensäußerungen zu einer kümmerlichen Begleiterscheinung abstempelt, ist keine Entschuldigung dafür, diese nicht weiter zu erforschen. „Denn eben damit“, so Edith Stein, „dass man sie als *Begleiterscheinungen* bezeichnet, spricht man ja aus, dass sie nicht dasselbe sind wie physische Vorgänge und ein eigenes Studium erfordern.“<sup>34</sup> Interessant ist auch die Frage, woher ein Epiphänomenalist eigentlich so genau weiß, dass mentale Lebensäußerungen Epiphänomene sind. Was ist denn mit diesem „Wissen“? Dieses müsste eigentlich auch ein Epiphänomen

sein, ein Schattenwerk, das gar nichts auszurichten vermag. In diese Richtung argumentiert auch Hans Jonas, der auf einen logischen Widerspruch des Epiphänomenalismus aufmerksam macht.<sup>35</sup> Wohl jeder Epiphänomenalist würde davon ausgehen, seine eigene Theorie sei ernst zu nehmen und solle bedacht werden. Ein guter Vorschlag eben, der in die philosophischen Diskussionen eingebracht werden könnte. Jetzt kommt der Haken: Auch die schönsten argumentativen Darlegungen sind gemäß der epiphänomenalistischen Grundannahmen *nichts anderes als* Schatten, Begleiterscheinungen. Der Knackpunkt ist, wie aus Systemen, „deren immanente Ablaufsnotwendigkeiten mit so etwas wie ‚Sinn‘ und ‚Wahrheit‘ nichts zu tun haben“<sup>36</sup>, ein Argument entstammen kann, das zur Diskussion gestellt wird. Wenn ein Epiphänomenalist also Argumente für seine Position auf sagt, ist dies ein gutes Argument gegen seine Position. Die epiphänomenalistische Theorie führt, so lässt sich mit Jonas anmerken, in eine unbefriedigende Selbstwidersprüchlichkeit. „Der Epiphänomenalismus behauptet [...] die Ohnmacht des Denkens und damit die Unfähigkeit seiner selbst, unabhängige Theorie zu sein.“<sup>37</sup> Die Annahme des Epiphänomenalismus, die Materie sei die hinreichende Bedingung für mentale Lebensäußerungen, wird präsentiert, ohne ein Wort darüber zu verlieren, was dies denn überhaupt für unser Verständnis der Materie bedeutet.<sup>38</sup>

Jonas' eigene Position zu klassifizieren, ist nicht so einfach. Am ehesten trifft es noch, seine Philosophie des Organischen in den Zusammenhang neoaristotelischer Ansätze zu bringen. So schickte Hans-Georg Gadamer Jonas einen Brief, als *Das Prinzip Verantwortung* auf deutsch erschien (1979), in dem es heißt: „Es ist mir dadurch klar geworden, daß eigentlich Aristoteles von neuem immer wichtiger für uns wird.“<sup>39</sup> Jonas selbst gesteht, dass es gute Gründe gebe, ihn in diese Richtung einzuordnen: „Es ist jedenfalls keine schlechte Nachbarschaft, in die man da kommt.“<sup>40</sup> Aufschlussreich sind in der Hinsicht gewiss auch

die *Lehrbriefe an Lore Jonas*, also jene Briefe, die der Soldat Hans Jonas seiner Ehefrau während des Zweiten Weltkrieges schickte. Im Brief vom 25. Februar 1944 heißt es: „Das lebendige Wesen, das als eine bestimmte Agglomeration von Materie da ist, ist mit dem Stoffe, aus dem es besteht, nicht identisch, und mit dessen Identität nicht verhaftet, sondern eine organisierende Form, die sich zum Zweck hat und ihrem stofflichen Bestande gegenüber in dem Grade selbständig ist, daß sie fortwährend wechselt, ja nur durch diesen Wechsel überhaupt sich in ihrer eigenen Identität erhält.“<sup>41</sup> Nicht nur sprachlich scheint hier eine gewisse Verwandtschaft zu Aristoteles zu bestehen. Wie Aristoteles geht es Jonas um den Organismus in seiner psychophysischen Ganzheit – nicht etwa bloß um die materielle Seite oder den Bereich des Geistigen. Aristoteles ist hier Impulsgeber insbesondere in der Frage des Verhältnisses von Materie und Form, im Hinblick auf das organische Leben, den Stufenbau im Reich des Lebendigen und der Differenz von Lebendem und Totem.

Das, was lebendig ist, ist nicht bloß *res extensa*. „Die Tatsache, daß das indifferente Sein der Materie dies aus seinem Schoße hervorgebracht hat, zeigt, daß Prinzipien in ihr verborgen sind, die wir mit ihrem Begriff nicht zu verbinden pflegen, aber in ihre vertiefte Interpretation aufnehmen müssen.“<sup>42</sup> Das, was lebendig ist, wird auch nicht einfach nur von Reizen affiziert, sondern vermag sich darin selbst zu fühlen. „Im Reiz und im Reagieren, strebend oder fliehend, annehmend oder ablehnend, ist sein Selbst punkthaft dem Umkreis des Nichtselbst gegenüber aktiviert.“<sup>43</sup> Dass ein Lebewesen morgen dasselbe ist wie heute, also mit sich identisch bleibe, sei, so Jonas, „seine eigene unaufhörliche Leistung, Ergebnis der tätig sich fortstiftenden Selbstkonstitution und Selbsterneuerung seiner Form“.<sup>44</sup> Die Form sei Ursache, nicht Ergebnis der selbstintegrierenden Ganzheit des Organismus, der mehr ist als die bloße Summe seiner Teile. Ein Lebewesen höre auf zu sein, wenn es zum bloß beharrenden werde. Aristoteles hat-

te in *De Anima* argumentiert, dass ein Lebewesen aufhört zu sein, wenn sich die Seele verflüchtigt,<sup>45</sup> wenn das, was dem Organismus Struktur, Organisation und Dauer verleiht, nicht mehr da ist. „Die Eigenständigkeit der lebendigen Form“, so Jonas in seinen *Lehrbriefen*, „zeigt sich primär darin, daß sie ihren stofflichen Bestand nicht ein für allemal hat, sondern ihn in ständigem Aufnehmen und Ausscheiden mit der umgebenden Welt austauscht – und dabei sie selbst bleibt.“<sup>46</sup>

#### IV. Leben

Im § 17 seiner *Monadologie* schreibt Leibniz: „Denkt man sich eine Maschine, die so beschaffen wäre, dass sie denken, empfinden und wahrnehmen könnte, so kann man sie sich derart proportional vergrößert denken, dass man in sie wie in eine Mühle eintreten könnte. Bei der Besichtigung ihres Inneren wird man dann aber nichts weiter finden als einzelne Teile, die einander stoßen, niemals aber etwas, woraus eine Wahrnehmung zu erklären wäre.“ Im Zeitalter der Neurowissenschaften ließe sich dieser Gedanke so umformulieren, dass wir uns anstatt der Mühle ein xxl-Gehirn vorstellen, in dem wir uns bewegen und umhergehen können. Wahrscheinlich könnten wir hier sehen, welche Areale wann aktiv sind. Unser Empfinden, unser Bewusstsein, könnten wir nicht ausfindig machen. Mit Jonas gesprochen: „Auch nicht die vollständigste äußere Bestandsaufnahme eines Gehirns bis in seine feinsten Strukturen und Funktionsweisen hinein ließe das Dabeisein von Bewußtsein ahnen, wüssten wir darum nicht schon durch innere Erfahrung.“<sup>47</sup>

Durch unseren Leib stehen wir in einem ständigen Austausch mit der Natur. Wir atmen, essen, trinken, betreiben Stoffwechsel. Der Leib ist unser Medium, Natur zu erschließen, die Natur die Voraussetzung, dass wir als leibliche Wesen existieren können. Der Leib ist unser *point of view*, die Bedingung für unseren *view from life*. Die Zusammengehörigkeit von Leiblichkeit und Lebendigkeit zeigt uns deutlich, dass es schlicht zu kurz greift,

menschliche Personen ausschließlich über ihre mentalen Akte zu definieren.

Dass wir lebendig sind, können wir am eigenen Leib spüren. Mein Leib unterscheidet sich in seinem Lebensvollzug, seinem Spüren, seinen Bewegungen und Regungen z. B. von einem Stein. Jenen kann ich verlegen und suchen. Meinen Leib muss ich nicht suchen. Er ist mir unmittelbar gegeben. Kraft der unmittelbaren Zeugenschaft unseres Leibes, so Hans Jonas, können wir benennen, was kein körperloser Zuschauer zu sagen imstande wäre: „[D]er Punkt des Lebens selber: dass es nämlich selbst-zentrierte Individualität ist, für sich seiend und in Gegenstellung gegen alle übrige Welt, mit einer wesentlichen Grenze zwischen Innen und Außen.“<sup>48</sup> Der menschliche Leib ist keine Mühle und auch keine moderne Maschine. Eine Maschine bzw. ein Motor wird zwar von verschiedenen Brennstoffen versorgt, aber „die Motorteile selbst, die diesen Fluss durch sich passieren lassen, nehmen an ihm nicht teil. So beharrt die Maschine als ein selbstidentisches träges System gegenüber der wechselnden Identität der Materie, mit der sie ‚gespeist‘ wird; und sie existiert als ganz dieselbe, wenn jede Speisung unterbleibt.“<sup>49</sup>

Jonas argumentiert für ein neues Verständnis des Menschen und der Natur. Der cartesische Dualismus muss überwunden, das Menschenbild und die Haltung gegenüber der Natur – insbesondere ihre Missachtung und unverhältnismäßige Ausbeutung – geändert werden. Es muss darum gehen, so Jonas, dass der Mensch sich wieder als ein Teil der Natur versteht. Doch wie ist das möglich?

Jonas ist es wichtig, die Evolutionstheorie in sein philosophisches Nachdenken einzubeziehen, ist es doch Aufgabe der Philosophie alles zu bedenken, was sich dem Denken zeigt. Die Kluft zwischen Mensch und Natur, aber auch geistigen Fähigkeiten und physischen Prozessen könne so überwunden werden, insofern hier eine vertiefte Sichtweise unserer mentalen Lebensäußerungen möglich werde. Die Frage danach, was Mensch und Natur sind, lasse sich mit der Evolutionstheorie besser verstehen

als ohne sie. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Steinen, Pflanzen, Tieren und Menschen könnten so differenzierter betrachtet werden.

Dank molekulargenetischer Untersuchungen wissen wir heute, dass wir über 98 Prozent unserer genetischen Anlagen mit den Schimpansen gemeinsam haben. Damit ist der genetische Abstand zwischen Mensch und Schimpanse sogar geringer als zwischen eng verwandten Vogelarten wie den Laubsängerarten Fitis und Zilpzalp.<sup>50</sup> Die Verwandtschaft zwischen Menschen, Schimpansen und Bonobos gilt sogar als enger als die zwischen Schimpansen und Gorillas.<sup>51</sup> (Dass sich unsere Gene in etwa einem Prozent der Bausteine der DNS von denen der Schimpansen unterscheiden, klingt zunächst wenig, aber es handelt sich hier immerhin um dreißig Millionen Nukleotide.<sup>52</sup>) Ansätze einer eigenen Sprache finden sich bei Grünen Meerkatzen, altruistisches Verhalten bei Angehörigen der Familie der Blattnasen, Genozid wurde bei Wölfen und Schimpansen nachgewiesen, Vergewaltigungen wurden bei Enten und Orang-Utans, organisierte Kriegsführung und Sklaverei bei Ameisen beobachtet<sup>53</sup> – und jedes Huhn geht auf zwei Beinen. Die Fähigkeit, kurzfristig vorausschauend zu handeln, haben auch höhere Tiere, wenn auch das vorausschauende Denken des Menschen weit darüber hinausgeht. Tiere nehmen wie wir sinnlich wahr, und ein Hund wird sich über ein lautes und unerwartetes Geräusch ebenso wie wir erschrecken. Tiere können wie wir an Hunger leiden, Schmerz empfinden, Lust, Unlust und ihren Sexualdrang verspüren. Uns sind allerdings keine Affen bekannt, die sich mit der Relativitätstheorie auseinandersetzen oder philosophische Abhandlungen verfassen. Keine Delfine, die Gedichte schreiben und keine Hunde, die Sinfonien komponieren. Der Vergleich mit den Tieren zeigt schnell, dass uns Menschen bestimmte Sinnesreize verschlossen bleiben und dass es denkbar ist, dass auch bestimmte Theorien und Begriffe für Menschen kognitiv verschlossen bleiben. „Daß der Mensch am Animalischen teilhat, ja physisch

zum Tierreich gehört,“ so Jonas, „wurde nicht erst durch die Darwinsche Abstammungslehre dem Denken aufgedrängt, sondern war schon Aristoteles so geläufig wie Linné und versteht sich aus seiner Anatomie von selbst. [...] Diese Anerkennung des Gemeinsamen hat nie gehindert, den Menschen zugleich von aller bloßen Tierheit zu unterscheiden, also ein Transanimalisches in ihm wahrzunehmen.“<sup>54</sup>

Heidegger hat bekanntlich die Ansicht vertreten, zwischen Mensch und Tier liege ein Abgrund, der durch nichts und niemanden überbrückt werden könne.<sup>55</sup> Aber ist es nicht möglich, sich bis zu einem gewissen Grad in ein Tier einzuempfinden, zum Beispiel dann, wenn es verletzt ist und Schmerzen empfindet? Verwandtschaft, so das Argument von Jonas, ist eine zweiseitige Angelegenheit. Sind wir mit den Tieren verwandt, stehen diese auch in verwandtschaftlichen Beziehungen zu uns. Das, was lebt und sich regt, verfügt so Jonas, über irgendeine Form qualifizierten Erlebens. „Ist der Mensch mit den Tieren verwandt, dann sind auch die Tiere mit dem Menschen verwandt und dann in Graden Träger jener Innerlichkeit, deren sich der Mensch, der fortgeschrittenste ihrer Gattung, in sich selbst bewußt ist. [...] Das Prinzip qualitativer Kontinuität, das unendlich viele Abstufungen von Dunkelheit und Klarheit der ‚Perzeption‘ zuläßt, ist durch den Evolutionismus ein logisches Komplement zur wissenschaftlichen Genealogie des Lebens geworden. An welchem Punkte dann in der enormen Spanne dieser Reihe läßt sich mit gutem Grund ein Strich ziehen, mit einem ‚Null‘ an Innerlichkeit auf der uns abgekehrten Seite und dem beginnenden ‚Eins‘ auf der uns zugekehrten? Wo anders als am Anfang des Lebens kann der Anfang der Innerlichkeit angesetzt werden? Wenn aber Innerlichkeit koextensiv mit dem Leben ist, dann kann eine rein mechanistische Interpretation des Lebens, d.h. eine Interpretation in bloßen Begriffen der Äußerlichkeit, nicht genügen.“<sup>56</sup>

Die Entwicklung des Lebendigen kann mit Jonas als Entwicklung komplexer Strukturen aus

einfachen Vorstufen verstanden werden. Leibliches und mentales Leben haben eine gemeinsame Entwicklungsgeschichte hinter sich. Das eine hat sich nicht ohne das andere entwickelt. Jonas nimmt für die aus dem Urknall entstandene Materie bereits eine Begabung für Innerlichkeit an. Materie ist von Anfang an ge- und durchformte Materie: Einheit von Stoff und Form. „Schon der im Urknall sich bildenden Materie muss die Möglichkeit zu Subjektivität beigewohnt haben – Innendimension in Latenz, die auf ihre kosmisch-äußere Gelegenheit zum Manifestwerden wartete.“<sup>57</sup> Dass etwas eine Begabung zu Innerlichkeit hat, ist freilich noch nicht dasselbe wie tatsächlich mit Innerlichkeit begabt zu sein. Es geht Jonas darum, dass Innerlichkeit an der Materie im Bereich des Möglichen war. Die „Ausdehnung aktueller Innerlichkeit ins Vororganische und Allereinfachste, ihre Kongruenz also mit Stofflichkeit überhaupt, scheint mir überkühn und ungedeckt durch irgendein Datum unserer Erfahrung, die uns Spuren von Subjektivität erst in den hochgradigen Zusammensetzungen von Organismen entdecken bzw. ahnen lässt.“<sup>58</sup> Das geistig-mentale Leben des Menschen ist nach Jonas dem Organischen verhaftet. Das Organische ist notwendig für das geistig-mentale Leben des Menschen, so wie wir es kennen.

„Erkenne dich selbst!“ So lautete die viel zitierte Inschrift auf dem Apollon-Tempel in Delphi. Und es war der griechische Philosoph Sokrates, der seine Mitbürger immer wieder aufforderte, über sich selbst nachzudenken. Hans Jonas könnte man so verstehen, dass er uns auffordert, uns selbst zu erkennen, um unsere Mitgeschöpfe und die Natur zu erkennen. Und das bedeutet: Um Andere und Anderes anzuerkennen, muss ich mich selbst erkennen. Aber auch im Anderen vermag ich mich selbst zu erkennen.

Ausprägungen von Subjektivität, die, so der Gedanke von Jonas, an Organismen geradezu die Bedingung ihrer Möglichkeit scheinen, müssten in verschiedenen Helligkeitsstufen – auch über die neuronale Fundierung hinaus – im ganzen Reich

des Lebendigen vermutet werden.<sup>59</sup> Eine verwandtschaftliche Beziehung zwischen Mensch und Tier besteht also demnach gerade auch qua der Begabung inneren Erlebens. Der wissenschaftlichen Außenperspektive bleibt unzugänglich, wie sich für mich, andere Menschen wie auch Fledermäuse etwas qualitativ anfühlt.

Organische Vollzüge können heute sehr gut untersucht, kontrolliert und technisch gesteuert werden. Leiblichkeit und Lebendigkeit bekommt man dadurch aber noch nicht in den Griff. Erfahrungen, die wir buchstäblich am eigenen Leib machen, rufen uns unsere Hinälligkeit, unsere Bedingtheit und Grenzen, aber auch unsere Begabung, frei zu sein, vor Augen. Denn auch daran können uns unsere Körperflüssigkeiten, unsere Ausscheidungen, unser Stoffwechsel erinnern: Ein Stein, ein Planet, ein Buch und ein Computer verfügen über diese Begabungen nicht. Anders als diese sind bereits Einzeller empfindlich gegenüber Reizen und betreiben Metabolismus, also Stoffwechsel mit ihrer Umwelt. Sämtliche Lebensäußerungen (bewusste wie unbewusste) lassen sich so gesehen als Bekundung von Freiheit deuten, insofern im Metabolismus etwas begegnet, was es in der unbelebten Wirklichkeit nicht gibt.<sup>60</sup>

## V. Verantwortung

Ich erwähnte bereits den Vorschlag von Jonas, *Freiheit als roten Faden* zu sehen, der sich durch das Reich des Lebendigen zieht, insofern schon Einzeller nicht unempfindlich gegenüber Reizen sind und Metabolismus betreiben, was Marmorsäulen, Berge oder Computer nicht können. Aus diesem „Freiheitskeim“ sind schließlich höher stehende Formen von Freiheit erwachsen. Es kennzeichnet den Menschen als *animal rationale*, die eigenen Handlungsziele hinterfragen und gegebenenfalls auch verabschieden zu können, was mal besser und mal schlechter gelingen mag. Zur menschlichen Freiheit gehört es, das eigene Leben zu gestalten, ihm eine Richtung zu geben. Ethik gibt es, da Menschen handeln können.

Bereits Aristoteles hatte Folgendes festgestellt: „Wo das Tun in unserer Gewalt ist, da ist es auch das Unterlassen.“<sup>61</sup> Wir ziehen uns und andere Tag für Tag für das, was wir tun bzw. nicht tun, zur Verantwortung und gehen von der Richtigkeit dieser Annahme aus. Wir machen Personen für ihr Handeln haftbar. Erkundigen wir uns nach den Gründen für ein bestimmtes Handeln, schwingt dabei im Hintergrund die Überzeugung mit, dass wir uns auch anders verhalten können, als wir es de facto tun. Unsere Freiheit zeigt sich darin, dass wir uns auf andere Menschen einlassen können, Beziehungen knüpfen und pflegen können. Wirklich wachsen und gedeihen kann Freiheit nur im menschlichen Miteinander. Dreht sich alles nur um meine Freiheit, wird diese schnell verkümmern und eingehen. Zu unserem Freisein gehört es, verschiedene Wege einschlagen zu können. Hierzu stellen wir immer wieder (auch gemeinsam mit anderen) die entsprechenden Weichen. Unser Lebensweg ist keine determinierte Einbahnstraße ohne Abzweigungen in diese oder jene Richtung. Menschen können auf vergangene Wegstrecken zurückschauen und auch ganz neue Pfade einschlagen, einen neuen Anfang machen. Menschen sind *Wesen des Anfangs*, wie Hannah Arendt schreibt.<sup>62</sup>

Wir reagieren nicht nur auf Reize, sondern können Gründe für unsere Handlungen geltend machen. So betont in aktuellen Debatten etwa Jürgen Habermas, dass Gründe für unser Handeln nicht mit (experimentell beobachtbaren) physischen Gegebenheiten vertauscht werden dürfen.<sup>63</sup> Wenn es uns um Gründe geht, dann, so Habermas, meinen wir etwas anderes. Es sei seiner Ansicht nach grob fahrlässig, Gründe auf die „Rolle nachträglich rationalisierbarer, bloß mitlaufender Kommentare zu unbewusstem, neurologisch erklärbarem Verhalten“<sup>64</sup> zusammenzuschumpfen: „Gründe schwimmen nicht wie Fettaugen auf der Suppe des bewussten Lebens. Vielmehr sind die Prozesse des Urteilens und Handelns für die beteiligten Subjekte selbst mit Grün-

den verknüpft. Wenn das ‚Geben und Nehmen von Gründen‘ als Epiphänomen abgetan werden müsste, bliebe von den biologischen Funktionen des Selbstverständnisses sprach- und handlungsfähiger Subjekte nicht mehr viel übrig.“<sup>65</sup>

Nicht das Gehirn, sondern wir übernehmen Verantwortung für das, was wir tun oder auch nicht tun. Dass Sie und ich Gründe geltend machen können, verbindet uns mit anderen Menschen. „Vielleicht“, so Jonas, „können wir nicht ganz vermeiden, so oder ähnlich zu handeln. Aber wenn das der Fall ist, dann müssen wir äußerste Achtsamkeit aufwenden, dies in Fairneß zu unserer Nachkommenschaft zu tun – nämlich so, daß deren Chance, mit jener Hypothek fertig zu werden, nicht im voraus kompromittiert worden ist. Der springende Punkt hier ist, daß das Eindringen ferner, zukünftiger und globaler Dimensionen in unsere alltäglichen, weltlich-praktischen Entscheidungen ein ethisches Novum ist, das die Technik uns aufgeladen hat; und die ethische Kategorie, die vorzüglich durch diese neue Tatsache auf den Plan gerufen wird, heißt: *Verantwortung*.“<sup>66</sup> Jared Diamond zeigt in seinem Buch *Kollaps* am Beispiel der Osterinseln sehr schön, dass es langfristige Schädigungen der Natur schon in vormoderner Zeit gegeben hat.<sup>67</sup> Doch innerhalb von Sekunden das gesamte Leben auf dem Planeten auslöschen oder für immer gravierend verändern zu können, ist eine bisher nicht dagewesene Bedrohung. Ethik hat daher das sittlich-tugendhafte Leben des Menschen wie das Überleben der gesamten Menschheitsfamilie in den Fokus zu rücken.

Zu beachten ist, dass unsere Handlungen Menschen betreffen können, die dazu nicht Stellung beziehen können: z. B. weil sie dazu etwa aufgrund einer schweren Behinderung nicht in der Lage sind oder noch gar nicht geboren sind. Verantwortung bedeutet in dem Zusammenhang, dass über Menschen, die nicht an einem Diskurs teilnehmen können, eben nicht beliebig disponiert werden darf. Jonas macht darauf aufmerksam, dass dies gera-

de Menschen betrifft, die noch gar nicht geboren wurden. „Jeder Handelnde“, so Robert Spaemann, der ganz ähnlich argumentiert, „kann nur insoweit handeln, als andere zuvor ihm nicht seinen Handlungsspielraum durch exzessive Ausdehnung des ihren genommen haben. Ohne dass sich jede Generation als Glied in einer solidarischen Gemeinschaft der Generationen betrachtet – mit Schuldigkeiten nach hinten und nach vorn –, gibt es gar kein menschliches Leben auf der Erde.“<sup>68</sup>

Verantwortung beruht nicht auf einem Verhältnis der Gegenseitigkeit, ist ein „nicht-reziprokes Verhältnis“<sup>69</sup>, weshalb Jonas auch das Kind als „Urgegenstand der Verantwortung“<sup>70</sup> bezeichnet. Wenn Eltern sich um ihre Kinder kümmern, ist ihre Frage auch nicht, was sie dafür einmal zu erwarten haben, wie ihnen gedankt, ihre Mühe und Fürsorge vergolten wird. Das leibliche Antlitz eines Kindes sei sprechend, rufe zur Verantwortung: „Sieh hin und du weißt.“<sup>71</sup>

Nach Jonas bezieht sich die Verantwortung des Menschen jedoch nicht nur auf den Mitmenschen und kommende Generationen, sondern – um des Menschen willen – auch auf nichtmenschliche Lebewesen und die Natur als Ganze. Die Verletzlichkeit anderer Lebewesen verweist auf ihre Schutzbedürftigkeit.<sup>72</sup> „Soziologen sprechen davon, dass wir die Zukunft ‚diskontieren‘ oder geringer bewerten als die Gegenwart: Deshalb stecken wir einen kurzfristigen Gewinn ein, auch wenn er uns langfristig teuer zu stehen kommt.“<sup>73</sup> Ethik muss es aber um die Zukunft gehen. Unsere Handlungen sollten, so Jonas, mit der *Permanenz echten menschlichen Lebens* verträglich sein.<sup>74</sup> Es muss uns um das gehen, was unserem Machen und Tun, Denken und Forschen vorausliegt und Leben und Freiheit ermöglicht: die Natur.<sup>75</sup> Die Frage nach der außermenschlichen Natur wie auch die Auseinandersetzung mit den biologischen Aspekten der eigenen menschlichen Natur kann daher als „dringendes Desiderat unserer Kultur“<sup>76</sup> bezeichnet werden. Den Menschen zeichnet es aus, Verantwortung übernehmen zu können. „Indem

der Mensch als das einzige uns bekannte Wesen Verantwortung haben kann, hat er sie auch. Eine einfache Intuition ergibt, daß das Vorhandensein von Verantwortung besser ist als deren völliges Fehlen. Es ist ein Gewinn am Bestand der Welt. Damit wird es zur Pflicht der Verantwortung, daß es auch künftig weiterhin Verantwortung gibt. Das ist nur möglich, wenn die Wesen, die Verantwortung haben können, weiter existieren.“<sup>77</sup> Jonas argumentiert, die Welt sei kein wertloser Ort. Es gebe mindestens den einen Wert: Dasein von Verantwortung. Und dies sei besser als ihr Nichtsein.<sup>78</sup> Jonas spricht in diesem Zusammenhang immer wieder auch von einer *Heuristik der Furcht*: „Vielleicht ist der Mensch ohne ernsthaft Warnschüsse und schon sehr schmerzhaft Reaktionen der gepeinigten Natur nicht zur Vernunft zu bringen.“<sup>79</sup> Möglicherweise könne es der Furcht gelingen, das zu erreichen, was die Vernunft nicht erreicht hat. Katastrophen könnten nach Jonas also eine gewisse pädagogische Funktion ausüben,<sup>80</sup> die vorausgedachte Gefahr also als „Kompaß“.<sup>81</sup>

Verantwortung wahrzunehmen heißt für Jonas auch, auf Gefahren hinzuweisen. So war er einer der Ersten, die Bedenken gegen die Hirntod-Definition erhoben. Im schillernden Jahr 1968 hatte eine Sonderkommission der Harvard Medical School erklärt, Patienten im Coma dépassé seien keine Patienten mehr, sondern Tote.<sup>82</sup> Der Ausfall eines Teils von uns sollte dasselbe sein, wie der Tod des ganzen Menschen. Gleichwohl weisen diese Menschen noch eine Reihe von Lebensäußerungen auf: von Stoffwechsel über Wundheilung bis hin zur Fähigkeit, ein Kind zu zeugen bzw. auszutragen. Nach Jonas ging es darum, „dass man diesen irreversiblen komaösen Patienten ihre Organe in gleichsam lebensfrischem Zustand entnehmen konnte“<sup>83</sup>. Der cartesische und physikalistische Gedanke der Maschinenebenbildlichkeit, wonach alte und defekte Teile der „Menschmaschine“ ausrangiert und bestenfalls durch funktionstüchtige andere ausgetauscht werden können, zeigt sich hier als besonders wirkmächtig. „Einen Menschen,

dem das Blut noch warm durch die Adern rinnt, für tot zu erklären, blieb [jedoch] unserem fortschrittlichen Zeitalter vorbehalten.“<sup>84</sup> Erwähnt werden sollte, dass im Jahre 2008 – also 40 Jahre nach der Umdefinition, ab wann jemand kein Lebender, sondern ein Toter ist – einige Wissenschaftler der Harvard Medical School klarstellten, dass Hirntote nicht tot sind. Gleichwohl sei das kein Grund, auf eine Organentnahme zu verzichten. Vom „gerechtfertigten Töten“ („justified killing“) war in diesem Zusammenhang die Rede. Die Hirntoddiagnose muss heute aus naturwissenschaftlichen und philosophischen Gründen als äußerst fragwürdig angesehen werden.<sup>85</sup> Es gibt, so Jonas, „kein absolutes Recht [...] als das eines Menschen auf seinen Körper und [...] niemand [hat] das Recht auf ein Organ eines anderen Menschen“.<sup>86</sup>

Jonas' Zugang zu bioethisch relevanten Themenbereichen insgesamt erfolgt pluriperspektivisch: Neben Philosophie und Naturwissenschaften sollten auch die Stimmen von Religion, Politik, Erziehung und Öffentlichkeit Gehör finden, um Antworten auf aktuelle Lebensfragen zu finden. Ein neues Denken von Natur ist für ihn die Grundlage für eine Ethik im technologischen Zeitalter. „In Zukunft“, so Jonas in seiner Friedenspreisrede, müssten wir wohl alle „im Schatten drohender Kalamität leben. Sich des Schattens bewußt sein aber, wie wir es jetzt eben werden, wird zum paradoxen Lichtblick der Hoffnung: Er läßt die Stimme der Verantwortung nicht verstummen. Dies Licht leuchtet nicht wie das der Utopie, aber seine Warnung erhellt unseren Weg – zusammen mit dem Glauben an Freiheit und Vernunft. So kommt am Ende doch das Prinzip Verantwortung mit dem Prinzip Hoffnung zusammen – nicht mehr die überschwängliche Hoffnung auf ein irdisches Paradies, aber die bescheidenere auf eine Weiterwohnlichkeit der Welt und ein menschenwürdiges Fortleben unserer Gattung auf dem ihr anvertrauten, gewiß nicht armseiligen, aber doch beschränkten Erbe. Auf diese Karte möchte ich setzen.“<sup>87</sup>

## Referenzen

- 1 Vittorio Hösle stellt ganz passend fest: „Es besteht eine gewisse Ironie darin, daß ein Denker, der stets zurückschreckte vor modischen Ansprüchen auf Originalität, ein Denker, der es vorzog, statt derjenigen, die zufällig im Kulturbetrieb unserer Zeit die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, die Klassiker zu studieren und zu zitieren, gerade wegen dieser Einstellung die Kraft gewann, wirklich originell zu sein, das heißt, sich von einigen der am tiefsten verwurzelten Vorurteilen der Moderne zu befreien.“ Hösle V., *Ontologie und Ethik bei Hans Jonas*, in: Böhler D. (Hrsg.), *Ethik für die Zukunft. Im Diskurs mit Hans Jonas*, München (1994), S. 105-125, hier S. 105  
Zu Hösles Würdigung des Jonas'schen Beitrags für die Philosophie des 20. Jahrhunderts: Hösle V., *Hans Jonas' Stellung in der Geschichte der deutschen Philosophie*, in: Wiese C., Jacobsen E. (Hrsg.), *Weiterwohnlichkeit der Welt. Zur Aktualität von Hans Jonas*, Berlin/Wien (2003), S. 34-52
- 2 Ganz herzlich habe ich Dr. Tobias Schulte (Paderborn/Attendorf) für die kritische Durchsicht des Manuskriptes zu danken.
- 3 vgl. Jonas H., *Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt a. M. (1987), S. 15
- 4 vgl. ebd., S. 22
- 5 ebd., S. 34
- 6 ebd., S. 39
- 7 ebd., S. 215
- 8 Jonas H., *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Frankfurt a. M. (1984), S. 52
- 9 Venter C., On the verge of creating synthetic life, [http://www.ted.com/talks/craig\\_venter\\_is\\_on\\_the\\_verge\\_of\\_creating\\_synthetic\\_life](http://www.ted.com/talks/craig_venter_is_on_the_verge_of_creating_synthetic_life) (ab Minute 15:10, eingesehen am 11. Juni 2014).
- 10 Venter J. C., *Entschlüsselt. Mein Genom. Mein Leben*, Frankfurt a. M. (2009), S. 538
- 11 Jonas, H., siehe Ref. 8, S. 33
- 12 vgl. Epping B., *Leben vom Reißbrett – ein bisschen zumindest*, in: *Spektrum der Wissenschaft*, Nov. 2008, S. 82-90, hier S. 86
- 13 Jonas, H., siehe Ref. 3, S. 43
- 14 ebd., S. 47
- 15 Jonas H., *Dem bösen Ende näher. Gespräche über das Verhältnis des Menschen zur Natur*, Frankfurt a. M. (1993), S. 13
- 16 Jonas H., siehe Ref. 8, S. 7
- 17 In den Kapiteln II und III des vorliegenden Aufsatzes greife ich u. a. auch auf Überlegungen und wortwörtliche Formulierungen aus meiner Studie *Leib und*

- Seele oder mind and brain? Zu einem Paradigmenwechsel im Menschenbild der Moderne, Freiburg (2012), insbes. S. 33-37 und S. 176-182 zurück.
- 18 Jonas H., siehe Ref. 3, S. 98
- 19 Jonas H., Gebhardt E., *Naturwissenschaft versus Natur-Verantwortung*, in: Böhler D. (Hrsg.), *Ethik für die Zukunft. Im Diskurs mit Hans Jonas*, München (1994), S. 197-212, hier S. 200
- 20 Höhle V., *Philosophie der ökologischen Krise. Moskauer Vorträge*, München (1994), S. 55
- 21 Fuchs T., *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*, Stuttgart (2008), S. 19
- 22 Im Hinblick auf seine Studienzeit bei Heidegger stellt Jonas fest, dass die Frage nach der eigenen Leiblichkeit als unserer Natur und der Natur als Ganzer nicht wirklich präsent war: „Natur aber – seltsam zu sagen – war in meinem Studiengang nicht vorgekommen. [...] Bei Heidegger hörte man vom Dasein als Sorge – in geistiger Hinsicht, aber nichts vom ersten physischen Grund des Sorgenmüssens: unserer Leiblichkeit, durch die wir, selbst ein Stück Natur, bedürftig-verletzlich in die Umweltnatur verwoben sind – zuunterst durch den Stoffwechsel, die Bedingung alles weiteren [...]. Aber von ihnen hörten wir nichts.“ Jonas H., *Wissenschaft als persönliches Erlebnis*, Göttingen (1987), S. 19 f.
- 23 vgl. Jonas H., *Philosophie. Rückschau und Vorschau am Ende des Jahrhunderts*, Frankfurt a. M. (1993), S. 24
- 24 Jonas H., *Das Prinzip Leben. Ansätze zu einer philosophischen Biologie*, Frankfurt a. M. (1997), S. 223 f.
- 25 vgl. hierzu ebd., S. 37-39; Searle J., *Die Wiederentdeckung des Geistes*, Frankfurt a. M. (1996), S. 46; Kläden T., *Mit Leib und Seele... Die mind-brain-Debate in der Philosophie des Geistes und die anima-forma-corporis-Lehre des Thomas von Aquin*, Regensburg (2005), S. 311
- 26 vgl. Dennett D., *Süße Träume. Die Erforschung des Bewusstseins und der Schlaf der Philosophie*, Frankfurt a. M. (2007), S. 18
- 27 Jonas H., *Erinnerungen*, Frankfurt a. M. (2005), S. 315
- 28 ebd., S. 315 f.
- 29 Im Folgenden greife ich auf Ergebnisse meiner Studie *Leib und Seele oder mind and brain? Zu einem Paradigmenwechsel im Menschenbild der Moderne*, Freiburg (2012), S. 176-182 zurück.
- 30 Roth G., *Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen*, Frankfurt a. M. (1997), S. 293
- 31 Dietrich R., *Bewusstsein. Näherungslösungen für ein unlösbares Problem*, in: *Evangelische Aspekte* 3 (2001), S. 4-11
- 32 vgl. Edelman G. M., *Das Licht des Geistes. Wie Bewusstsein entsteht*, Düsseldorf/Zürich (2004), S. 89
- 33 vgl. Searle J., *Freiheit und Neurobiologie*, Frankfurt a. M. (2004), S. 50; Jonas H., siehe Ref. 24, S. 223; Popper K., Eccles J. C., *Das Ich und sein Gehirn*, 8. Auflage, München/Zürich (2002), S. 101 ff.; Roth G., *Aus Sicht des Gehirns*, Frankfurt a. M. (2003), S. 136; Zoglauer T., *Geist und Gehirn. Das Leib-Seele-Problem in der aktuellen Diskussion*, Göttingen (1998), S. 81-84
- 34 Stein E., *Einführung in die Philosophie*, Freiburg (2004), S. 73 f.
- 35 vgl. Jonas H., siehe Ref. 24, S. 224
- 36 ebd., S. 224
- 37 Jonas H., *Macht oder Ohnmacht der Subjektivität? Das Leib-Seele-Problem im Vorfeld des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt a. M. (1987), S. 62 f.  
Zur Kritik von Hans Jonas am Epiphänomenalismus siehe auch: Seifert J., *Das Leib-Seele-Problem und die gegenwärtige philosophische Diskussion. Eine systematisch-kritische Analyse*, 2. Auflage, Darmstadt (1989), S. 82-110
- 38 vgl. Jonas H., siehe Ref. 24, S. 222
- 39 zit. nach: Jonas H., siehe Ref. 27, S. 325
- 40 ebd., S. 326
- 41 Jonas H., *Lehrbriefe an Lore Jonas*, in: Jonas H., *Erinnerungen*, Frankfurt a. M. (2005), S. 351
- 42 ebd., S. 354
- 43 ebd., S. 350
- 44 ebd., S. 352
- 45 Aristoteles, An. I 5, 411b8-10
- 46 Jonas H., siehe Ref. 41, S. 353
- 47 Jonas H., *Materie, Geist und Schöpfung. Kosmologischer Befund und kosmogonische Vermutung*, Frankfurt a. M. (1988), S. 15
- 48 Jonas H., siehe Ref. 24, S. 149
- 49 Jonas H., *Philosophische Untersuchungen und metaphysische Vermutungen*, Frankfurt a. M. (1992), S. 19
- 50 Diamond J., *Der dritte Schimpanse. Evolution und Zukunft des Menschen*, Frankfurt a. M. (2006), S. 10
- 51 vgl. Roth G., *Aus Sicht des Gehirns*, Frankfurt a. M. (2003), S. 49; hierzu auch Roth G., Wullimann M. F., *Brain Evolution and Cognition*, New York (2001)
- 52 vgl. Gierer A., *Im Spiegel der Natur erkennen wir uns selbst. Wissenschaft und Menschenbild*, Hamburg (1998), S. 126
- 53 vgl. Diamond J., siehe Ref. 50, S. 219
- 54 Jonas H., siehe Ref. 49, S. 34  
Was Aristoteles als höhere Form mentaler Lebensäußerung versteht, wird von Darwin als evolutionär spätere Form dargelegt. Die Verwandtschaftsgrade, welche noch heute im 21. Jahrhundert für Zündstoff zwischen Fundamentalisten unterschiedlicher Religionen und Evolutionsbiologen sorgen, sind für Aristoteles jeden-

- falls gänzlich unproblematisch: Von einer *Scala naturae* zu sprechen, bedeutet von einer Verwandtschaft zwischen Tieren und Menschen auszugehen und den Menschen in einer lebendigen Umwelt eingebettet sein zu lassen. Jonas verteidigt die „Idee eines Stufenbaus, einer progressiven Auflagerung von Schichten, mit Abhängigkeit jeder höheren von den niedrigeren und Beibehaltung aller niedrigeren in den jeweils höchsten“. Jonas H., *Organismus und Freiheit. Ansätze zu einer philosophischen Biologie*, Göttingen (1973), S. 12
- 55 vgl. Heidegger M., *Humanismusbrief*, in: Heidegger M., *Gesamtausgabe*, Frankfurt a. M. (1975 ff.), S. 326
- 56 Jonas H., siehe Ref. 49, S. 17
- 57 Jonas H., *Geist, Natur und Schöpfung. Kosmologischer Befund und kosmogonische Vermutung*, in: Dürr H.-P., Zimmerli, W. C. (Hrsg.): *Geist und Natur. Über den Widerspruch zwischen naturwissenschaftlicher Erkenntnis und philosophischer Welterfahrung*, 2. Auflage, Bern/München/Wien (1989), S. 68
- 58 ebd., S. 76
- 59 vgl. Jonas H., siehe Ref. 47, S. 28
- 60 vgl. Jonas H., siehe Ref. 41, S. 357; Jonas H., siehe Ref. 56, S. 12, 22
- 61 Aristoteles, EN 113b6
- 62 vgl. Arendt H., *Vita activa oder vom tätigen Leben*, München/Zürich (2002), S. 17 f.
- 63 vgl. Habermas J., *Zwischen Naturalismus und Religion. Philosophische Aufsätze*, Frankfurt a. M. (2005), S. 168; Habermas J., *Das Sprachspiel verantwortlicher Urheberschaft. Probleme der Willensfreiheit*, in: Janich P. (Hrsg.), *Deutsches Jahrbuch für Philosophie. Band 1: Naturalismus und Menschenbild*, Hamburg (2008), S. 15-29
- 64 Habermas J., *Zwischen Naturalismus und Religion. Philosophische Aufsätze*, Frankfurt a. M. 2005, S. 168
- 65 ebd., S. 168 f.
- 66 Jonas H., siehe Ref. 3, S. 45 f.
- 67 Diamond J., *Kollaps: Warum Gesellschaften überleben oder untergehen*, Frankfurt a. M. (2006), S. 103-153
- 68 Spaemann R., *Nach uns die Kernschmelze. Hybris im atomaren Zeitalter*, Stuttgart (2011), S. 25
- 69 Jonas H., siehe Ref. 8, S. 177
- 70 ebd., S. 234
- 71 ebd., S. 236
- 72 „In den nächsten dreißig Jahren, so wird geschätzt, werden [die Menschen] das Aussterben von fünfundzwanzig Prozent aller heute noch lebenden Säugetierarten herbeigeführt und in fünfzig Jahren mit dem Fischfang neunzig Prozent aller heute noch in den Meeren schwimmenden großen Fische vertilgt haben.“ Flannery T., *Auf Gedeih und Verderb. Die Erde und wir: Geschichte und Zukunft einer besonderen Beziehung*, Frankfurt a. M. (2011), S. 21
- 73 ebd. S. 244
- 74 vgl. Jonas H., siehe Ref. 8, S. 36
- 75 „[S]elbst wenn weiterhin die Pflicht zum Menschen als die absolute gilt, so schließt sie doch nun die zur Natur als der Bedingung seiner eigenen Fortdauer und als einem Element seiner eigenen existentiellen Vollständigkeit ein. Wir gehen darüber hinaus und sagen, daß die in der Gefahr neuentdeckte Schicksalsgemeinschaft von Mensch und Natur uns auch die selbsteigene Würde der Natur wiederentdecken läßt und uns über das Utilitaristische hinaus ihre Integrität bewahren heißt.“ ebd., S. 246
- 76 Höhle V., *Aufgaben der Naturphilosophie heute*, in: Höhle V., Koslowski P., Schenk R. (Hrsg.), *Die Aufgaben der Philosophie heute*, Wien (1999), S. 44
- 77 Jonas H., siehe Ref. 15, S. 44
- 78 vgl. ebd., S. 45
- 79 ebd., S. 11
- 80 Dass dies nicht immer so sein muss, zeigt, dass in Japan nach dem Unglück von Fukushima weitere Atomkraftwerke in Betrieb genommen wurden, während in der deutschen Politik bekanntlich ein Umdenken eingesetzt hat.
- 81 „In ihrem Wetterleuchten aus der Zukunft, im Vorschein ihres planetarischen Umfangs und ihres humanen Tiefganges, werden allererst die ethischen Prinzipien entdeckbar, aus denen sich die neuen Pflichten neuer Macht herleiten lassen.“ Jonas H., siehe Ref. 8, S. 7
- 82 Zeitnah geben die *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie* (Kommission für Reanimation und Organtransplantation der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1968) und andere Fachgesellschaften in Deutschland vergleichbare Stellungnahmen und Beurteilungen heraus. Hierzu: Wiesemann C., *Notwendigkeit und Kontingenz. Zur Geschichte der ersten Hirntod-Definition der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1968*, in: Schlich T., Wiesemann C. (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, Frankfurt a. M. (2001), S. 209-235
- 83 Jonas H., siehe Ref. 27, S. 317
- 84 Hoff J., In der Schmitt J., *Kritik der „Hirntod“-Konzeption. Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium*, in: Hoff J., In der Schmitt J. (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*, Reinbek bei Hamburg (1994), S. 154
- 85 Hierzu: Knaup M., *Leib und Seele oder mind and brain? Zu einem Paradigmenwechsel im Menschenbild der Moderne*, Freiburg (2012), S. 462-480
- 86 Jonas H., siehe Ref. 27, S. 317

„Der Patient muss unbedingt sicher sein, dass sein Arzt nicht sein Henker wird und keine Definition ihn ermächtigt, es je zu werden. Sein Recht zu dieser Sicherheit ist unbedingt; und ebenso unbedingt ist sein Recht auf seinen eigenen Leib mit allen seinen Organen. Unbedingte Achtung dieses Rechts verletzt keines anderen Recht. Denn niemand hat ein Recht auf eines anderen Leib. – Um noch in einem anderen, religiösen Geist zu sprechen: Das Verscheiden eines Menschen sollte von Pietät umhegt und vor Ausbeutung geschützt sein.“ Jonas H., siehe Ref. 3 S. 223

87 Jonas H., siehe Ref. 15, S. 102

Dr. phil. Dipl. theol. Marcus Knaup  
FernUniversität in Hagen  
Institut für Philosophie  
Lehrgebiet für Philosophie II  
Universitätsstraße 33, D-58084 Hagen  
Marcus.Knaup@fernuni-hagen.de

## Juristisch fragliche Patientenverfügung

Legally Questionable Advance Decisions

Der 77-jährige Patient musste sich akut einer Bypass-OP am Herzen unterziehen. Aus der Vorgeschichte sind bekannt: Koronare Herzkrankheit, arterieller Hypertonus, chronische Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus II, chronische Niereninsuffizienz, -Gastritis. Transurethrale Resektion eines Blasen Tumors, SM-Implantation wegen Sick Sinus Syndrom, Thorakotomie und Dekortikation wegen rezidiver Pleuraergüsse vor 4 Jahren mit postoperativer Pneumonie.

Während der OP wird unvorhergesehen eine hochgradig eingeschränkte Ventrikelfunktion festgestellt, die im Notfall-Echo nicht erkenntlich war. Der Patient wird zusätzlich wenige Minuten (bei gutem Perfusionsdruck) intraoperativ reanimiert. Wegen Rechtsherzversagen ist die Entwöhnung von der Herz-Lungen-Maschine trotz hochdosierter Katecholamine nicht möglich. Deshalb wird zentral kanüliert (an das Herz) eine veno-arterielle extrakorporale Membranoxygenierungsmaschine (VA-ECMO) implantiert. (ECMO kann als extrakorporale Therapie der Wahl bei kardiogenem Schock ein paar Tage bis zu einem Monat verwendet werden).

Postoperativ kommt der Patient hämodynamisch instabil mit offenem Sternum, ECMO und hohem Katecholaminbedarf auf die Intensivstation. Nach entsprechender Volums-, Gerinnungs- und Bluts substitution kann der Patient stabilisiert werden. Am zweiten postoperativen Tag erfolgt die Umkanülierung der ECMO von der zentralen Position an die peripheren Gefäße (V. fem. – A. subcl.).

In den folgenden Tagen kann der Patient erfolgreich schrittweise von der ECMO entwöhnt werden und diese kann am 7. postoperativen Tag (POT) explantiert werden. Nach der ECMO-Explantation

verschlechtert sich progressiv die Nierenfunktion und am 12. POT wird wegen einer Anurie eine kontinuierliche Nierenersatztherapie begonnen.

Die primäre prophylaktische perioperative antibiotische Therapie (Cefazolin) wird nach Rücksprache mit dem Infektionsdienst und entsprechend der mikrobiologischen Diagnostik umgestellt und erweitert (zuerst Piperacillin/Tazobactam, später Vancomycin/Meropenem). Am 23. POT wird aufgrund von Aphten und Bläschen im Mund und Rachenbereich ex juvantibus eine antivirale Therapie mit Acyclovir (Zovirax) begonnen und eine Virusdiagnostik veranlasst.

Es folgt nun eine Zeit der hämodynamischen Stabilisierung, in der der Patient zwar neurologisch kontaktierbar ist und auch auf Ansprache reagiert, sich aber trotz aller Bemühungen nicht vom Respirator entwöhnen lässt.

Am 28. POT wird der Patient noch immer assistiert beatmet und kontinuierlich hämofiltriert mit intermittierender Katecholaminunterstützung. Neurologisch ist er limitiert kontaktierbar, ansprechbar und schwerst polyneuropatisch. Er kann jedoch die Extremitäten auf Aufforderung minimal bewegen. Psychisch ist er extrem negativ und unkooperativ mit dem Pflege- und Physiotherapiepersonal. Er verständigt sich nur limitiert mit der Familie und macht ihr laut Ehefrau Vorwürfe, weil er sich wünscht, dass die Therapie eingestellt wird.

Zu diesem Zeitpunkt wird der diensthabende Arzt von der Familie informiert, dass es eine Patientenverfügung gibt, die der Patient seinerzeit vor der OP (Dekortikation) angeblich unterschrieben hat. In dieser soll er sich ausdrücklich gegen ein medikamentös und maschinell verlängertes

Aufrechterhalten der Vitalfunktionen bei multiplen Organversagen ausgesprochen haben, wenn keine Aussicht auf Besserung besteht. Nach weiteren Recherchen behauptet die Ehefrau, dass der Patient – ehemaliger Anwalt – diese Verfügung vor der Lungen-OP selbst geschrieben und in seinem Büro deponiert habe. Diese kann zunächst jedoch nicht vorgelegt werden. Weitere Details sind leider unbekannt. Deshalb wird nach interner Besprechung ein weiteres intensivmedizinisches Vorgehen beschlossen.

Nach Recherchen der behandelnden Ärzte erfolgte das Verfassen der Patientenverfügung ohne Zeugen vor mehreren Jahren. Da der Patient von einer prominenten Familie mit guten Beziehungen zur KH- und Klinikleitung kommt, wächst gleichzeitig seitens der Familie und der KH-Leitung der Druck auf Einstellung der Intensivtherapie.

Drei Tage später kann die handschriftliche Verfügung vorgelegt werden; diese ist über vier Jahre zurück datiert. Es bestehen Zweifel, ob die Verfügung de jure bindend gültig ist. Sie wird jedenfalls zumindest als mutmaßlicher Wille des Patienten eingestuft. Die Familie setzt sich inzwischen mit einem Notar in Verbindung, der ihr angeblich bestätigt, dass die Verfügung als verbindlich akzeptiert werden muss.

Zu diesem Zeitpunkt (30. POT) findet man in der PCR außer einer Herpesinfektion (HSV Typ 1 und 2) auch eine CMV Infektion, weshalb eine Therapie mit Gancyclovir (Cymevene) begonnen wird. Zwei Tage später muss die antibiotische Therapie wegen positivem Staph. epidermidis aus dem Zentralvenenkatheter um Linezolid (Zyvoxid) erweitert werden.

Der Zustand des Patienten wird täglich reevaluiert und als DNR eingestuft, die volle Intensivtherapie mit künstlicher Beatmung, Katecholaminen und Nierenersatztherapie geht weiter.

Nach fast täglichen Gesprächen mit der Familie wird beschlossen, dass die jetzige Situation nicht der in der Verfügung beschriebenen entspricht, wonach der Patient „nach den neuesten

Medizinkenntnissen behandelt werden will“ und momentan neu ein konkreter Keim und ein Virusstamm identifiziert werden konnten, die auch gezielt antimikrobiell behandelt werden können. Es wird eine Übergangszeit von 5 Tagen vereinbart, nach der die Gesamtsituation und Dynamik der Entzündungswerte reevaluiert werden sollen und bei fehlender Verbesserung die Nierenersatztherapie nach der Beendigung des 36-h Zyklus nicht mehr gestartet werden soll. Tatsächlich tritt bis zum 6. Tag keine Besserung ein.

Am 34. POT wird daher die Hämofiltration eingestellt bzw. bei verbrauchtem Set nicht erneut gestartet. Schon vorher war es wieder zu einem gesteigerten Katecholaminbedarf bei wiederholter Rechtsherzdekompensation gekommen. Respiratorisch musste der Patient kontrolliert beatmet werden, neurologisch war er kaum mehr kontaktierbar. Es handelte sich jetzt also um ein therapie-refraktäres Multiorganversagen (Rechtsherz, Lunge, Leber, Niere).

Die Familie wird über die Verschlechterung informiert und von einer weiteren Eskalation der Therapie wird Abstand genommen.

Der Patient verstirbt im Beisein der Familie am 37. POT.

Friedrich Kummer

## Kommentar zum Fall

Commentary on the Case

Der 77-jährige Patient, von Beruf Anwalt, ist bereits präexistent multimorbid mit Koronarer Herzkrankheit, Herzschwäche, DMII mit chronischer Niereninsuffizienz, (renalem?) Hochdruck, nebst Gastritis und Zustand nach einer transurethralen Resektion eines Blasen Tumors.

In der jüngeren Anamnese wird berichtet, dass er vor 4 Jahren rezidivierende Pleuraergüsse entwickelte, die mit einer offenen Pleurodese behandelt wurden. Der Verlauf wird durch eine im Spital erworbene Pneumonie kompliziert, wovon sich der Patient aber offensichtlich erholt.

Der gegenständliche Bericht beginnt mit einer notfallmäßigen koronaren Bypassoperation, wohl auf Grund eines drohenden Infarktes.

Ab dem 2. postoperativen Tag (POT) müssen in einer vierwöchigen, aufwändigen Behandlung auf der Intensivstation wesentliche Körperfunktionen maschinell gestützt werden, inklusive kontrollierte Beatmung, Katecholamin-Bypass, ECMO (7 Tage), gefolgt von zusätzlicher Hämofiltration wegen Nierenversagens.

Damit gelingt es dem hochprofessionell agierenden Team eine gewisse Stabilität über zwei Wochen zu erzielen, allerdings unter Beibehaltung der medikamentösen Kreislaufstützung bei erfolglosen Bemühungen um eine Entwöhnung vom Respirator.

Komplizierend kommt nun – ab dem 28. POT – eine sog. critical-illness-polyneuropathy hinzu, wie sie bei längeren ICU-Behandlungen leider häufig vorkommt und über die Entlassung hinaus nachhängt. Der Patient kann signalisieren, dass er psychisch „negativ“ eingestellt ist und mit dem Pflegepersonal nicht mehr kooperieren will.

Die Art und Weise, wie sich der Patient verständlich zu machen versucht, wird nicht erläu-

tert, doch kann dies auf Grund der kontrollierten Beatmung nicht durch Sprechen, geschweige denn Diskutieren erfolgen. Dennoch wird – wohl durch Gesten, Mienen, Lippenbewegungen – sein Wunsch nach Therapiereduktion bzw. „Abschalten“ wahrgenommen, jedoch nicht mit der hier erforderlichen Deutlichkeit, sodass sich für die Behandler kein konkreter Handlungsschritt (mit möglicher Todesfolge) ableiten lässt.

### Die Patientenverfügung (PV)

Nun kommt plötzlich die Ehefrau mit der Information, es gäbe irgendwo eine PV, verfasst vom Patienten, die etwa 4 Jahre alt und nicht auffindbar sei. Der Inhalt: Bei multiplem Organversagen ohne Aussicht auf Besserung sollten alle Therapien eingestellt werden. Eigenartigerweise zeigt sich die Gattin darüber plötzlich informiert, ohne vorher eine möglicherweise vorliegende PV erwähnt zu haben.

Die Reaktion der Behandler ist korrekt: Hier kann ein „mutmaßlicher Wille“ vorliegen, der aber höchstens „beachtlich“, nicht aber „bindend“ sei. Nun aber verstärkt sich der Druck der Familie auf die Ärzte, die Behandlung einzustellen. Dem soll – völlig unangebracht – über die Klinikleitung Nachdruck verliehen werden.

Drei Tage später taucht tatsächlich die PV auf, was wieder vom Team zur Kenntnis genommen, aber nicht als verbindlich betrachtet wird (Alter und Umstände der ungewöhnlichen Art der Abfassung, die ohne Berater und Zeugen erfolgt ist). Dem tritt wieder die Familie entgegen, indem sie einen Notar aufbietet, der die Verbindlichkeit der PV bestätigt.

Diese angebliche Aussage des Notars steht allerdings im klaren Widerspruch zum geltenden PV-Gesetz, welches die Verbindlichkeit u. a. von

der „medizinischen Beratung durch einen Arzt und eine rechtliche Beratung durch Notar oder Anwalt“ abhängig macht (in diesem Fall auch ungeachtet des eigenen Berufes als Anwalt). Eine selbst entworfene und ohne Zeugen unterfertigte PV kann demnach höchstens als „beachtlich“, jedoch keineswegs als „verbindlich“ qualifiziert werden.

Auch wird der vom Patienten gewählte unübliche und mehrdeutige Wortlaut auf die Waagschale gelegt: Er setzt voraus, dass in seinem Fall die „neuesten Medizinerkenntnisse“ (die Frage lautet: Welche? Alle?) angewendet, aber in der Folge – wenn nicht wirksam – abgesetzt werden sollen.

Nichtsdestoweniger werden die gerade eingesetzten hochwirksamen und vielversprechenden Antiinfektiosa zur Erfüllung dieser Forderung akzeptiert, und man einigt sich auf einen Kompromiss dergestalt, dass nach einer Frist von 5-6 Tagen die endgültige Entscheidung zur Therapiereduktion fallen solle. Da die erhoffte Besserung nach dieser Frist ausbleibt, wird die Hämofiltration (Nierenersatz) am nunmehr 34. postoperativen Tag abgesetzt, und der Patient darf – wohl in tiefer Sedierung – im Einvernehmen mit der Familie sterben.

### **Mutmaßliche Psychologie hinter der PV**

Für den konkreten Fallbericht von zentraler Bedeutung ist also eine PV, vom Patienten selbst verfasst, vier Jahre alt (damit noch vor der komplikationsbeladenen Lungenoperation). Dieses Vorgehen wirft auch ein bezeichnendes Licht auf seine damalige (präoperative) Verfassung, die von Skepsis gegenüber den Erfolgchancen der geplanten Operation geprägt ist, wie auch von einem Bedürfnis, alles alleine und ohne Dreinreden oder Mitwisserschaft von Dritten, vor allem der Familie, durchzustehen. Außerdem gewinnt man den Eindruck, dass seine Interessensbindung an die Kanzlei enger war als an die Familie.

### **Schlussfolgerung**

Die (intensiv-)medizinische Betreuung ist hochkompetent, aber mit dem unaufhaltsamen

Niedergang des Patienten ins Multiorganversagen konfrontiert. Das Team pflegt die Kontakte zur „Familie“ regelmäßig und intensiv.

Die Erwähnung des Vorhandenseins einer PV wird zunächst als „mutmaßlicher Wille“ (ohne bindenden Handlungsbedarf bzgl. Therapiereduktion) gestuft, nach tatsächlicher Vorlage der PV und unter dem Einfluß eines Notars neu überdacht: Der Patient hatte durch seine Formulierung einen Kompromiss eingeräumt: Erst wenn trotz Anwendung „der neuesten Medizinerkenntnisse“ keine Besserung erzielt werden könne, habe die Therapieeinstellung zu erfolgen. Im Konsens mit der Familie wird dazu eine Sechstage-Frist eingeräumt. Die erhoffte Besserung bleibt aus, die Therapie wird um einen essentiellen Teil reduziert (Nierenersatz). Damit kann der – wohl tief sedierte – Patient „in Würde“ sterben, im Einklang mit seiner selbst verfaßten PV, mit der Familie, und ohne unnötige Einmischung von außen.

Die Art und Weise der Erstellung dieser „selbst gestrickten“ PV ist kritikwürdig und verhindert zum Teil deren Akzeptanz. Vielmehr bedurfte es in diesem Fall des guten Willens der Behandler, viel Verständnis für die Notsituation des Patienten und der Angehörigen aufzubringen, und dann im Sinne des Patienten zu handeln (siehe seine Äußerungen der Frustration während der Intensivtherapie).

Über die Sinnhaftigkeit der PV wird – ungeachtet der juristischen Verankerung – nach wie vor diskutiert. Hinzu stellen sich ausgehend vom Fallbericht zahlreiche Fragen wie: Sollen Vertrauenspersonen bei der Abfassung zugegen sein? Wer soll über den Aufbewahrungsort informiert sein? Soll sich ein Hinweis auf die Existenz einer PV in den persönlichen Papieren (z. B. Führerschein) befinden?

Am Rande des Falles zeigt sich, dass eine PV keine Garantie für eine reibungslose Kommunikation zwischen Patient, Angehörigen und Ärzten bietet.

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer

IMABE

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

postbox@imabe.org

### Public Health: WHO fordert mehr Einsatz in der Suizidprävention

Jährlich begehen weltweit 800.000 Menschen Selbstmord, das entspricht 1,4 Prozent aller Todesfälle. Dies geht aus dem aktuellen *WHO-Report Preventing Suicide - a global Imperative 2014* hervor. Die höchsten Suizidraten sind bei Männern und Frauen über 70 Jahren. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen ist Selbstmord inzwischen die zweithäufigste Todesursache überhaupt.

In Österreich nahmen sich 2012 laut WHO insgesamt 1.319 Menschen das Leben. Der weltweite Durchschnitt liegt bei 11,4 Selbstmorden pro 100.000 Einwohner. Mit 11,5 liegt Österreich knapp darüber.

Ursachen für den Suizid seien häufig schwere mentale Probleme wie Depressionen. In etwa 25 bis 50 Prozent aller Suizide spielen Alkoholismus oder Drogenmissbrauch eine Rolle. Job- und Finanzprobleme, aber auch ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit, chronische Schmerzen oder Krankheiten sind Anstoß zum Suizid.

Die WHO stellt ein Bündel von Präventionsmaßnahmen vor: Menschen mit mentalen Problemen, chronischen Schmerzen und in akuten emotionalen Stresslagen sollten besser betreut werden. Die Medien müssten in einer „verantwortlichen“ Weise berichten, um Nachahmung zu vermeiden. „Jeder Suizid ist eine Tragödie, die Familien, Gemeinden und ganze Länder betrifft“, betonte WHO-Generalsirektorin Margaret Chan. Die Hinterbliebenen hätten sehr oft mit Traumata und psychischen Problemen zu kämpfen. Zu lange sei der Suizid ein Tabu gewesen, die Staaten sollten dieses „große Problem der öffentlichen Gesundheit angehen“.

*WHO-World Suicide Report, 2014*

### Studie: Krankenhäuser in Versorgung von Menschen mit Demenz oft überfordert

Menschen mit Demenz sind im Krankenhaus keine Randerscheinung. Mehr als 30 Prozent der 9.000 Notfallpatienten am *Klagenfurter Klinikum* älter als 80 Jahre, berichtet Georg Pinter, Vorstand der Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation am *Klinikum Klagenfurt*. Dies brauche veränderte Strukturen, die ein Eingehen auf die besonderen Bedürfnisse dieser Altersgruppe ermöglichen. Er plädierte für eine verstärkte Zusammenarbeit von Kliniken mit niedergelassenen Ärzten, stationärer und ambulanter Pflege, sowie einem rascheren Informationsfluss zwischen allen Behandlungsverantwortlichen. Das Behandlungsteam müsse den ganzen Menschen erfassen, in seinen körperlichen, psychologischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen.

Demenzranke entwickeln in der ungewohnten

Umgebung oft Ängste. Sie versuchen, die Klinik zu verlassen, können bei Diagnose, Behandlung, Körperpflege nicht mitwirken. Sie benötigen mehr Zeit, Zuwendung und Beaufsichtigung. Die Versorgung demenzkranker Menschen ist vor allem nachts unzureichend gesichert.

Als wichtigste Gründe für die fehlende Umsetzung von Maßnahmen – etwa die Qualifizierung von Demenzbeauftragten, die Einrichtung spezialisierter Stationen, die Schaffung einer Tagesbetreuung usw. – werden laut einer Studie des *Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung* von 76,1 Prozent der Befragten finanzielle Gründe angegeben. 1995 fielen statistisch gesehen auf eine Pflegekraft 48,5 Patienten, im Jahr 2012 waren es 65,3 Patienten.

*DGGG-Pressemitteilung, 30. September 2014 (online)*

*DIP-Pressemitteilung, 29. August 2014 (online)*

### Pränatale Diagnostik: Besser informierte Frauen verzichten auf Pränataltest

Das Angebot für pränatale Diagnostik wächst, für viele Schwangere und Paare entstehen daraus Entscheidungskonflikte, auf die sie kaum vorbereitet sind. Das mangelnde Wissen über die tatsächliche Aussagekraft der Tests nahmen die Gynäkologin Miriam Kuppermann von der *University of California/San Francisco* und Kollegen zum Anlass, ein Tool für eine bessere Vorab-Information von Schwangeren zu entwickeln. Ergebnis: Je besser die werdenden Mütter informiert waren, desto eher verzichteten sie auf pränatale Untersuchungen.

In jener Gruppe, wo jede Schwangere personalisierte, umfassende Informationen über die Möglichkeiten und Grenzen pränataler Tests erhielt, verzichteten signifikant mehr Frauen überhaupt auf jeglichen Test (25,6 Prozent versus 20,4 Prozent). Die Nutzerinnen des Computerprogramms besaßen ferner ein generell höheres Wissen über das Schwangerschaftsgeschehen. Insbesondere wussten sie signifikant besser über das Abortrisiko einer Fruchtwasserentnahme Bescheid oder über Risikoangaben, ein Kind mit einer Trisomie 21 zu gebären (58,7 Prozent versus 46,1 Prozent). Einen invasiven Test nach einem Screening ließen in dieser Gruppe schließlich nur 5,9 Prozent vornehmen, während es in der Normalversorgungsgruppe 12,2 Prozent der Teilnehmerinnen waren.

Die Autoren plädieren dafür, Maßnahmen zu setzen, um werdende Mütter in Hinblick auf einen Informed Consent klarer über Vor- und Nachteile der zahlreichen – und kostspieligen – pränatalen Tests zu informieren. Auch der „Verzicht auf Tests ist eine vernünftige Wahl“.

*JAMA (2014; 312(12): 1210-1217)*

**Anthropotes**

Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien  
Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch  
Anno XXX, n. 1 – 2014  
Articoli:

J. Granados: El entrecruzarse de relatos: vínculo conyugal, carácter sacramental y disciplina eucarística;  
A. Staglianò: "All'immagine del Dio monoteistico corrisponde il matrimonio monogamico". La bellezza difficile del cristianesimo nel tempo della società liquida;  
J. C. Atkinson: Jesus, Divorce and the Kingdom of Heaven;  
C. Granados: La verdadera intriga del "rehacerse la vida". ¿Por qué la dureza de corazón?  
M. Aroztegi: La renovación cristiana del matrimonio y la familia: la interpretación de los Padres de la Iglesia;  
I. Serrada Sotil: Reconocer el drama: narrar la vida;  
S. Kampowski: A Promise to Keep: Which Bond, Whose Fidelity?  
P. Donati: Which Engagement? The Couple's Life as a Matter of Relational Reflexivity;  
E. Scrabini, V. Cigoli: Dare parola ai figli, una prospettiva generazionale;  
J. J. Pérez-Soba: Aceite sobre las derida: acompañar en el fracaso del amor;  
J. Laffitte, Le pardon qui sauve;  
L. Melina, Singularità del caso e universalità della legge;  
J. de Dios Larrú, La conciencia moral y los divorciados vueltos a casar: entre la autonomía moral y la comunión eclesial;  
N. J. Healy, Jr., The Merciful Gift of Indissolubility and the Question of Pastoral Care for Civilly Divorced

and Remarries Catholics.

**RdU Recht der Umwelt**

Wien, Zeitschrift in Deutsch  
21. Jahrgang, Heft 5, 2014  
Ferdinand Kerschner: Zur Kampagne „Reindustrialisierung Österreichs“ oder „Wende der Energiewende“;  
Florian Rudolf-Miklau: Informationswirkung von Gefahrenzoneneplanungen;  
Tina Rametseiner, Teresa Weber: No-Go-Areas für Wasserkraftwerke – ein No-Go?  
Sonja Berl: Streit um das wasserrechtliche Verschlechterungsverbot – was regelt dieses wirklich?

**Medicina e morale**

Rom, Rivista internazionale di Bioetica  
Halbjährliche Zeitschrift  
2014/4  
Articoli:  
Alfredo Marcos: Hacia una retórica propositiva para la bioética;  
Nicola Di Stefano: L'animale parlante: la retorica come dimensione essenziale dell'essere umano;  
Paolo Braga, Armando Fumagalli: Due casi concreti di retorica progressiva nella comunicazione pro-life;  
Pietro Refolo: Le strategie retoriche utilizzate nel fund raising;  
Luca Valera: Retorica ed etica ambientale: il contributo di Arne Naess;  
Fabrizio Russo: Vera retorica vera responsabilità sociale;  
Vittoradolfo Tambone, Nicola Di Stefano: Una strategia progressiva per la bioetica.

**Medicina e morale**

Rom, Rivista internazionale di Bioetica  
Halbjährliche Zeitschrift  
2014/3  
Articoli:  
Marina Casini: Il "figlio a tutti i co-

sti" e la procreazione medicalmente assistita. Così la Corte Costituzionale dimentica il primato degli interessi e dei diritti dei minori.  
La sentenza n. 162 del 2014 e il ritorno dell'eterologa in Italia;  
Nunziata Comoretto: Un'introduzione all'esercizio delle virtù etiche nella professione medica;  
Gabriella Gambino: Nuove categorie per la bioetica e il biodiritto?  
Fabio Cembrani: Le politiche italiane di Long term Care e la questione della solidarietà intra ed inter-generazionale.

**Anuario Filosófico**

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch  
47/2, 2014  
Estudios:  
Josef Seifert: Ontological categories: On their distinction from transcendentals, modes of being, and logical categories;  
Juan José García Norro y Rogelio Rovira: La cuestión de la división en diez predicamentos en los comentarios neoplatónicos de las *Categorías*;  
Erwin Tegtmeier: Categories and subcategories;  
Zaida Espinosa Zárate: ¿Sustancias o hechós? La entidad fundamental de una teoría de las categorías.

**ETHICA**

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch  
22. Jahrgang, Heft 3, 2014  
Leitartikel:  
Hartmut Kreyß: Religiöse Vorgaben und individuelle Grundrechte im Konflikt. Die Frage der rituellen Beschneidung nicht einwilligungsfähiger Säuglinge und Jungen und ihre Stellenwert für das heutige Religions- und Staatskirchenrecht;  
Werner Thiede: Gefällt mir keineswegs. Ethische Grundprobleme der Social Media;  
Johannes Krämmmer: Vom Wandel

des Umgangs mit den Themen  
Tod und Sterben. Ein Überblick  
über aktuelle Entwicklungen und  
Diskussionen.

**Acta Philosophica**

Rom, Italien

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 23 (2014), fasc. II

Studi:

Juan Manuel Burgos Velasco: Woj-  
tyła y Husserl: una comparación  
metodológica;

Natalia López Moratalla: The Tem-  
poral Structure of the Self;

Francisco J. Romero Carrasquillo:  
The Role of Gloria in Aquinas'  
Philosophy of Religion.

**Zeitschrift für medizinische Ethik**

Zeitschrift in Deutsch

60/3, 2014

Abhandlungen:

Franziskus von Heereman: Home  
Run. Dankbare Reflexionen auf  
Begegnungen mit behinderten  
Menschen;

Sigrid Graumann: Ethik und Behin-  
derung;

Johannes Eurich: Anthropologische  
und ethische Aspekte von Behin-  
derung;

Markus Dederich: „Inklusion“.

Perspektiven und offene Fragen;

Gerd Lehmkuhl, Ulrike Lehmkuhl:  
Ethische Probleme bei seelischen  
Behinderungen im Kindes- und  
Jugendalter;

Susanne Ude-Koeller: „ein bißchen  
verkrüppelt, aber doch der Alte ge-  
blieben“. Kriegsinvaliden im Ersten  
Weltkrieg.

**Dem Menschen nahe sein. Vom Umgang mit Leiden, Würde und Sterben**

Herwig Oberlechner, Gerald Heschl (Hrsg.)  
 Styria Premium, Wien/Graz/Klagenfurt 2014  
 165 Seiten  
 ISBN 978-3-222-13483-8

Ein zentrales Anliegen des knapp gehaltenen, hoch informativen Büchleins ist das Wort Kardinal Königs: Es ist besser *an* der Hand als *durch* die Hand eines Menschen zu sterben. Die Herausgeber schlagen im Vorwort auch gleich die Brücke zu Papst Franziskus und seinem Motto „*miserando atque eligendo*“ (frei übersetzt: Zur Barmherzigkeit erwählt), wobei im „*eligere*“ die individuelle Zuwendung und Obsorge – eben Nächstenliebe enthalten ist. Die Herausgeber garantieren die Offenheit des Zugangs zu den Grenzerfahrungen am Lebensende.

Im ersten Beitrag beschreibt der „Trauerseelsorger“ Johannes Staudacher (Diözese Gurk) seine Aufgaben als unverzichtbarer Mahner und Ausbilder in der Hospizbewegung. Seine Ziele: aktive Sterbegleitung (statt -hilfe) und Ermutigung, das Leid mit Unterstützung einer Gemeinschaft zu tragen.

Die Psychoonkologin Susanne Zinell (Palliativmedizinerin in Klagenfurt) bringt berührende Fallberichte der Nachbarschaftlichkeit und des Freundschaftsdienstes. Patienten muss das Gefühl des Ausgeliefertseins genommen werden, die eigene aktive Mitwirkung bei der Resilienz und Coping gefördert werden.

Manfred Kanatschnig, medizinischer Philosoph am Klinikum Klagenfurt, lässt Philosophen wie Heidegger und Kierkegaard zum Thema Sterben zu Wort kommen und findet klare Worte zur Definition strittiger (weil oft missverständlicher) Termini wie aktive/passive Sterbehilfe, bis hin zum assistierten Suizid. Er bezieht selbst unmissverständlich Stellung, tritt für eine „Rehumanisierung des Medizinbetriebes“ ein. Die Essenz: nicht „Hilfe zum Sterben“ ist gefragt, sondern die Begleitung beim Sterben.

Der Geriater Georg Pinter empfiehlt bei hilflosen und dementen Patienten in die Lehre zu ge-

hen: von ihnen zu lernen, mit der Sprachstörung, dem kognitiven Abbau und der schwindenden Kommunikationsfähigkeit umzugehen. Schon haben die Nicht-Krebspatienten die Palliativmedizin erobert und könnten – nach Naomi Feil – mit Takt und Einfühlungsvermögen ihr Selbstwertgefühl stärken lernen.

Auch für Mitherausgeber Herwig Oberlechner, Chef der Psychiatrie am Klinikum Klagenfurt, ist der Wunsch nach „Sterbehilfe“ bei todkranken Menschen nachvollziehbar und ernst zu nehmen. Bei psychisch Kranken seien es wohl aber passagere Todeswünsche im Verlauf der Erkrankung und erläutert dies in überzeugenden Kasuistiken.

Der Chef der Anästhesie am Klinikum Klagenfurt Rudolf Likar legt (zusammen mit Barbara Traar) eine repräsentative Studie aus Kärnten vor, nach welcher über 95 Prozent der befragten Alten den letzten Lebensabschnitt zu Hause, fast 81 Prozent im Kreis der Familie, allenfalls unterstützt von palliativmedizinischen Diensten, verbringen möchten. Tatsächlich können in Klagenfurt 60 – 70 Prozent der Patienten entlassen und einem mobilen Palliativteam anvertraut werden. Dabei wird die hervorragende Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und der Kärntner Hauskrankenpflege gebührend gewürdigt. Ein kluger Appell am Schluss: Das schönste Geschenk für Menschen in dieser letzten Lebensphase ist, ihnen Zeit zu schenken.

Der Kärntner Patientenanwalt Erwin Kalbhenn bemüht sich um eine möglichst positive Darlegung der seit 2006 gültigen Patientenverfügung (PV). Doch scheint auch er der verbindlichen Version derselben – berechtigterweise – nicht ganz zu trauen, weil er in einem Atem empfiehlt, sich auch einer Person mit Vorsorgevollmacht („Proxi“) zu vergewissern. Die „*voluntas aegroti*“ als „*suprema lex*“ hat ihre Berechtigung. Was aber, „wenn die Patientenverfügung älter als 5 Jahre ist und die freie „*voluntas*“ der schweren Demenz weichen musste?

Ein wichtiger Beitrag in diesem Buch ist das Statement der Hospiz- bzw. Palliativgesellschaften Österreichs, ein knappes Manifest mit schlüssig

formulierten Argumenten gegen die Legalisierung der Tötung auf Verlangen.

Das Buch beschließt ein historischer Beitrag Oberlechners über die grauenhaften Verirrungen (mit der Bezeichnung „Gnadentod“) in der NS-Zeit und die Rolle Kärntens, die durch die Prozessakte von 15 Angeklagten (4 davon zum Tod verurteilt) bedrückend dokumentiert ist. Für den Leser ist es außerdem verstörend, dass die ärztlichen Ideologen der Euthanasie im Naziregime ungeschoren davon gekommen sind und (in Deutschland) noch 20 bis 40 Jahre hochgeachtet und mit Ehrungen überhäuft gelebt haben (wie etwa Eugen Fischer, gest. 1967; Fritz Lenz, gest. 1976). Der Autor verbindet damit einen Bericht über die von ihm geleitete und geleistete Angehörigenarbeit, die zusätzliche, sehr persönliche Momente miterleben lässt.

Insgesamt ist das Anliegen der Herausgeber und Autoren spürbar und gelungen: Die Fürsorglichkeit muss vielen Aspekten gerecht werden, wobei die Barmherzigkeit nur in der „Nähe am Menschen“ glaubhaft zu verwirklichen ist. Eine hochaktuelle Schrift, besonders in der gegenwärtig laufenden Diskussion über das Sterben, die Beihilfe zum Suizid oder Töten auf Verlangen.

F. Kummer

### **Mensch bleiben im Krankenhaus. Zwischen Alltag und Ausnahmesituation**

**Clemens Sedmak**

Styria Premium, Wien/ Graz/ Klagenfurt 2013

176 Seiten

ISBN 978-3-222-13399-2

Wenn es um Ethik in der Medizin geht, listen Autoren gerne eine Reihe von ethischen Prinzipien auf, die sie dann anhand von mehr oder weniger anschaulichen Beispielen dem Leser verständlich machen wollen. Der Philosoph und Theologe Clemens Sedmak geht im vorliegenden Buch einen anderen Weg: „Ethik entsteht nicht in der dünnen Luft der Theorie, sondern ihr Ort ist die stickige Atmosphäre konkreter Konflikte.“ (S. 17) Seine ethische Reflexion für den Alltag setzt er ganz bewusst als

populärwissenschaftliche Publikation an, die nicht in den Forschungsräumen der Professoren, sondern in „unaufgeräumten Lebenssituationen“ ihren Ausgangspunkt hat. Er greift dafür zahlreiche Situationen aus dem Alltag des Krankenhauses heraus. Sedmak will von einem vom Zeitdruck her „entrhythmisierten“ Alltag aus zu einer ethischen Sensibilität führen, „gebunden an konkrete Orte der Entscheidung“ (S. 17).

Jeder Mensch, der sich im System eines Krankenhauses bewegt und sich um andere Menschen kümmert, hat ein gewisses Bewusstsein ethischer Forderungen. Dieses ist allerdings manchmal unscharf und wenig bestimmt, daher erscheint der Schritt zu einer ethischen Reflexion nicht vordringlich. Sedmak fordert heraus, diese Dringlichkeit wahrzunehmen und sich auch auf den Pfad der Reflexion zu begeben. Spitzenmedizin und Menschlichkeit, Gefühl von Hilflosigkeit und die Stärkung der Patientenautonomie, Alltag zwischen Pflichten und Werken der Übergebüh, empathische Fürsorge zwischen Kostendruck und Personalmangel: Jeder im Krankenhaus Tätige muss sich mit der ethischen Dimension seiner Rolle und Aufgabe konfrontieren. „Menschlichkeit statt Menschenblindheit“ ist daher der Leitspruch, der sich wie ein roter Faden durch die drei großen Kapitel des Buches zieht, die sich einteilen in „Ethik für Menschen: der Blick auf den Alltag“, „Das Krankenhaus als menschliche Institution“ und „Menschen: Rollen und Beziehungen“. Zahlreiche Zitate aus literarischen, philosophisch-theologischen, biographischen und fachspezifischen Werken helfen dem Leser, sich darin zu üben, die Perspektive des anderen einzunehmen, um das Eigentliche nicht aus dem Blick zu verlieren: Immer geht es um den Menschen!

Menschenblindheit bezeichnet Sedmak als die „Unfähigkeit, Menschen als Menschen zu sehen“ (S. 31); in Gedankenlosigkeit und Gleichgültigkeit sieht er die großen Gefahren für ein ethisch sensibles Leben. Zeitdruck, Hektik und Hilflosigkeit können dazu führen, dass sich ein Phänomen entwickelt, das der Autor als „moralischen Alzheimer“ bezeich-

net, eine „Form der Vergesslichkeit in Bezug auf sensible Punkte“ (S. 115). Sedmak versucht, aus dieser Betäubung aufzuwecken; er bietet zugleich konkrete Schritte an, die Gleichgültigkeit zu überwinden und eine neue Sensibilität für den Menschen im System Krankenhaus zu entwickeln: von den Apparaten und der High-Tech-Medizin hin zum Menschen.

Dem Thema Kommunikation räumt der Autor einen zentralen Platz ein: Sie stellt für ihn eines der wichtigsten Fenster in die Institution eines Krankenhauses dar. Eine gute Gesprächskultur ist für den Krankenhausalltag essentiell, sie zeichnet sich durch eine Kultur des Blickkontaktes aus, die keine Eintrittsstellen für Erniedrigung und Demütigung des anderen zulässt. Aufrichtigkeit in entscheidenden Gesprächen, Aufmerksamkeit in Ausnahmesituationen sowie die Kunst des Zuhörens und der einfachen Darstellung komplexer Sachverhalte vermitteln Ernsthaftigkeit und Respekt. Gelungene Kommunikation und Interaktion seien somit weniger eine Frage der Technik, als eine Frage von Persönlichkeit und Charakter, die Fähigkeit, den anderen als Menschen wahrzunehmen und anzunehmen. Es geht ja nicht nur um eine medizinisch fachlich korrekte Behandlung des kranken Menschen, sondern um eine im umfassenden Sinn menschliche. Sedmak bringt hierbei Tugenden und Haltungen wie Höflichkeit, Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit, Humor, die Kunst des Gespräches und der Sorge ins Spiel, die wesentlich zur ethischen und damit zur Grundqualität eines Krankenhauses beitragen.

Eine aufrichtige Gesprächskultur, die immer auch eine Lern- und Fehlerkultur einschließt, stellt sich auch den Herausforderungen im Umgang mit schwierigen Menschen: Dieser ist gewissermaßen eine Art „Lackmustest für eine Ethik des alltäglichen Gesprächs“ (S. 77) und setzt Ernsthaftigkeit und Fürsorglichkeit als Zeichen echten Interesses voraus.

Mit seinem Buch ist es Sedmak gelungen, Ärzten, Pflägern und Interessierten Geschmack daran zu machen, über den Tellerrand der eigenen Rolle im Krankenhaus hinauszuschauen, sich von den

alltäglichen Situationen zu ethischen Reflexionen aufzuschwingen und daraus auch ganz persönliche Konsequenzen zu ziehen. Die vielen wertvollen Denkanstöße ermutigen außerdem dazu, auch im privaten Lebensbereich Tugenden zu fördern, die über den Mikrokosmos des Krankenhauses hinaus auch soziale Interaktionen in der „Polyphonie des Lebens“ anderer Systeme prägen können.

Es geht dem Autor darum, „Sensibilitäten zu schaffen und Reflexionsprozesse in Gang zu setzen, die Standards dessen, was als ‚selbstverständlich‘ gilt und einfach hingenommen wird, zu rekalisieren“ (S. 74). Dies ist ihm ohne Zweifel hervorragend gelungen.

M. Stoll

### **Tiere Bilder Ökonomien. Aktuelle Forschungsfragen der Human-Animal Studies**

Chimaira-Arbeitskreis für Human-Animal Studies (Hrsg.)

Transcript Verlag, Bielefeld 2013

321 Seiten

ISBN 978-3-8376-2557-8

Der aktuellen Auseinandersetzung um das Mensch-Tierverhältnis vornehmlich im deutschsprachigen Raum soll in diesem Buch durch interdisziplinäre Beiträge Rechnung getragen werden. Wie in der Einleitung des Buches erwähnt, weist die gegenwärtige Nachfrage der Gesellschaft nach tierleidarmen Ess- und Lebensweisen sowie die Antwort des Marktes auf einen Zusammenhang zwischen Tier und ökonomischem System hin. Daher drehen sich die Beiträge dieses Bandes um die Schwerpunkte „Tier-Ökonomien“ und „Tier-Bilder“, da unser Verhältnis mit Tieren nicht unwesentlich von unseren Vorstellungen über diese geprägt ist. Die Beiträge sprechen ein sehr breites, aktuelles Spektrum der Tierethik und der Interaktionen zwischen Mensch und Tier an, wobei naturwissenschaftliche und historische Fakten gut recherchiert sind. Schade nur, dass ein Großteil des Buches einseitig von der Tierbefreiungsperspektive und von der Intention geprägt ist, jeglichen Gegensatz zwischen Mensch und Tier in Frage zu stellen.

So hinterfragen Aiyana Rosen und Sven Wirth den Begriff „Arbeit“ als ausschließliche Tätigkeitsbeschreibung des Menschen, indem sie Nestbau, Aufzucht des Nachwuchses als Arbeit sowie Milchkühe, Legehennen oder Laborratten als Arbeiter oder „members of the working class“ darstellen. Ausgehend von feministischen Ansätzen, die eine Aufwertung der „weiblichen reproduktiven Tätigkeit“ von der rein biologischen Funktion zur Arbeit forderte, sollen auch biologische Funktionen der Tiere als Arbeit anerkannt werden.

Zu Recht verurteilt Klaus Petrus im nächsten Kapitel die Verdinglichung von Tieren als soziale Praxis, getrieben von ökonomischen Interessen, wo Tiere oft nur als Ressource wie beispielsweise als Schlachtvieh gesehen werden. Dabei wird betont, dass das Wohl der Tiere (sog. Well-being) eine zentrale Komponente des Tierschutzes ist, das z. B. bei Hochleistungskühen stark beeinträchtigt ist, da Kraftfutter keine artgerechte Nahrung für Kühe ist. Um die Verdinglichung von Tieren zu vermeiden, geht selbst der so genannte „ethische Tierschutz“ um der Tiere selbst willen dem Autor nicht weit genug. Dieser „ethische Tierschutz“ wird dem „anthropozentrischen Tierschutz“ gegenübergestellt, was impliziert, dass letztere Art von Tierschutz als nicht ethisch angesehen wird. Allein die Anerkennung der Würde der Tiere, wie dies im Schweizer Tierschutzgesetz verankert ist, würde die Tiere vor dem Nutzungsanspruch des Menschen schützen. Offensichtlich ein utopisches, realitätsfremdes Ziel.

Die beiden Kapitel „Von Bienen und Menschen“ von Ulrike Kruse und „Doing things with frogs“ bestechen durch ihre exzellente Darstellung der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesen Themen. Der Artikel von Ulrike Kruse ist philosophisch sehr offen geschrieben und weist in zahlreichen Referenzen auf den in der christlichen Kultur verankerten Respekt gegenüber der Biene hin. So wurde die Biene als Beispiel für moralisches Zusammenleben in einem „Staat“ dargestellt. „Doing things with frogs“ erzählt die Geschichte der Erforschung von Froschalkaloiden auf sehr spannende Weise. Da die

Frösche die Alkaloide über die Nahrung aufnehmen, sollten die Tiere zumindest als handelnde Vermittler und nicht nur als Rohmaterial angesehen werden. Wie bereits im Artikel zur Arbeit sollen Tiere als Co-workers des Menschen anerkannt werden. Dieser Meinung schließt sich auch Annett Dittrich an, die in ihrem Artikel „Produkte oder Produzenten“ die Objektifizierung der Tiere in der modernen Ökonomie kritisiert. Tiere seien weder als Ganzes noch als Teil Produkte menschlicher Arbeit und ihre Rolle daher eine von Co-Assistenten des Menschen und Produzenten für den Menschen. Dieser Gedankengang ist auch deswegen interessant, weil er unserer materialistischen Sicht der Tiere als reine Fleischressource die vormoderne Einstellung zum Tier gegenüber stellt. In dieser ursprünglichen Ökonomie des Gebens wurden die Tiere nur bei Festen und bei der Ausübung von Ritualen getötet. Da Mensch und Tier im Sinne von Verpflichtung und Engagement gegenseitig interagieren, wird die Ausdehnung des menschlichen Verwandtschaftsbegriffes auf die Beziehung zwischen Mensch und Tier von der Autorin in Erwägung gezogen. Fraglich bleibt freilich die Auffassung der Autorin, wie Tiere Pflichten gegenüber Menschen einhalten können.

In „Experimental Life“ von Stephan Zandt wird schließlich dem Thema der Kommunikation zwischen Mensch und Tier nachgegangen sowie am Beispiel des „Klugen Hans“ die Frage gestellt, ob Tiere denken können. Obwohl diese Frage ohne Antwort bleibt, ist die Erkenntnis der experimentellen Versuche, dass Kommunikation zwischen Mensch und Tier einen Lerneffekt auf beiden Seiten mit sich bringt.

Drei weitere Kapitel beschäftigen sich mit Tierbildern in Rechtspraktiken, den Missbrauch des Tierbildes durch den Rassismus sowie mit der Tierschutzgesetzgebung des Nationalsozialismus. Ramona Sickert beschreibt mittelalterliche Rechtspraktiken, bei denen Tiere zusammen mit den Verurteilten bestraft wurden. Tiere wurden verwendet, um den Deliquenten zu diffamieren und um auf das Tierische im Verurteilten hinzuweisen. Dabei wird

diese gemeinsame Bestrafung von Tier und Mensch als christlich fundierte Herabwürdigung des Verurteilten dargestellt, die aber gleichzeitig die biblisch begründete Mensch-Tier-Grenze aufheben soll. Eine merkwürdige Schlussfolgerung.

Verwendeten Tiermetaphern im Rassismus der europäischen Wissenschaften des 18., 19. und 20. Jahrhunderts nähert sich Christof Mackinger anhand verschiedener wissenschaftlicher Beispiele. Er sieht im dualistischen Denken, das das Tier als Gegenbegriff zum Menschen darstellt, die Ursache der Verwendung von abwertenden Tiermetaphern vor allem gegenüber Schwarzen. Die Lösung des Problems würde in einer Aufweichung des Natur-Kultur-Dualismus sowie in einer Subjekt-Werdung des nicht-menschlichen Tieres und anderer Randgruppen liegen.

Allein die Aktualität des Artikels „Hitler war Vegetarier“ macht diesen lesenswert, geht es hier doch hauptsächlich um die Tierschutzgesetzgebung der Nationalsozialisten. Die Autorin Andrea Heubach analysiert dabei Daniel Jüttes Aufsatz „Von Mäusen und Menschen“, der die Auswirkungen des Reichstierschutzgesetzes von 1933 untersucht, einen fließenden Übergang vom Tier- zum Menschenversuch sieht und dabei vor den Gefahren eines ideologischen und emotionalen Tierschutzes warnt. Die Autorin dieses Artikels widerspricht der Theorie, dass eine Aufwertung der Tiere mit einer Abwertung des Menschen verbunden ist, und beleuchtet den nationalsozialistischen Tierschutz aus der Tierbefreiungsperspektive. Interessant sind dabei zwei Punkte: Ähnlich wie die neue EU-Tierversuchsrichtlinie geht auch das Reichstierschutzgesetz von 1933 von einem pathozentristischen Ansatz aus und führt eine Hierarchisierung der Tierarten nach Menschenähnlichkeit ein. Holocaustvergleiche der Tierrechtsaktivistengruppe PETA werden selbst aus der Tierbefreiungsperspektive von der Autorin als ideologisch gefährlich kritisiert.

Im letzten Abschnitt des Buches geht es schließlich um Tierbilder im weiteren und engeren Sinn. Mona Mönnig beschreibt dabei unsere Wahrneh-

mung und Bildgebung des Tieres als stark beeinflusst von der Desubjektivierung des Tieres und gemäß H. Jonas als einen Akt der Gewalt, da der Mensch im Bild des Tieres überpräsent ist und das Tier als Spiegelbild unseres Konsums zur Schau gestellt wird. Anhand von künstlerischen Darstellungen wie leeren Käfigen sollen wir daran erinnert werden, dass wir nicht Schöpfende, sondern Geschöpf sind und uns auf die Suche nach dem wirklichen Wesen des Tieres machen sollten. Eine sehr ansprechende Schlussfolgerung im Gegensatz zu anderen Artikeln in diesem Buch. Im Artikel „Anything can happen when an animal is your cameraman“ wird auf die Nutzung von Animal Borne Imaging Technology (ABIT) eingegangen. Hier soll mit Hilfe von Tieren, die ein Kamerasystem mit sich tragen (Animalcam), ein interner Blick aus der Perspektive des Tieres präsentiert werden. Die Intention ist, die Welt „objektiv“ mit den Augen eines Tieres wahrzunehmen. Umso überraschender und erfrischend der Schluss des Kapitels von Jessica Ullrich: Dem Menschen ist es nicht möglich, die tatsächliche Wahrnehmung des Tieres nachzufühlen, da sich Tier und Mensch stark in den Sinnesorganen voneinander unterscheiden. Daher ist dies eine unüberwindbare Grenze in der Wesensverschiedenheit und Einfühlbarkeit zwischen Tier und Mensch. Schließlich wird im Kapitel „Dinotasia, Dinotopia“ von Anna Zett am Beispiel von Dinosaurierfilmen der Konflikt zwischen Realität und Virtualität in der Darstellung von Tieren anschaulich beschrieben.

Insgesamt bietet dieses Buch reichlich Information zur aktuellen Debatte um Tierschutz und Mensch-Tier-Beziehung. Allerdings verstecken sich hinter den im Buch verwendeten Begriffen wie „menschliche Tiere“ versus „nichtmenschliche Tiere“, „anthropozentrischer“ versus „ethischer Tierschutz“, Tiere als „Akteure“, „Handlungsträger mit Entscheidung“ und „Autoren“, sowie einer Mensch-Tierbeziehung mit gegenseitigem „Commitment“ verdeckte philosophische Vorentscheidungen. Diese sollte man als Leser wachsam hinterfragen.

M. Spatzenegger

## Jahresinhaltsverzeichnis des 21. Bandes (2014)

Die angeführten Seitenzahlen entsprechen folgenden Ausgaben:

Nummer 1 (1-88); Nummer 2 (89-160); Nummer 3 (161-236); Nummer 4 (237-320)

### Aus aktuellem Anlass

Fuchs Bergund, <i>Studie zur geschlechtsspezifischen Gehirnanatomie mischt die Genderdebatte auf</i>	94-97
IMABE, <i>Stellungnahme: „Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung - für eine Kultur des Beistands</i>	242-244
Kummer Susanne, <i>Töten heißt versagen. Belgien legalisiert Kinder-Euthanasie</i>	6
Kummer Susanne, <i>Lebenshilfe statt Tötungslogik. Für eine neue Kultur des Beistands</i>	166-168
Maio Giovanni, <i>Schwangerschaft auf Abruf? Warum Social Egg Freezing nicht der richtige Weg ist</i>	12-16
Prat Enrique H., <i>Die Freiheit im Widerspruch: Ein Selbstbestimmungsrecht, sich selbst zu töten?</i>	245-248
Weixler Dietmar, <i>Die „Petition Menschenwürde“ der Österreichischen Palliativgesellschaft</i>	7-11

### Schwerpunkt

Bach Michael, <i>Das Leiden am Schmerz. Psychosozial-anthropologische Dimensionen</i>	259-267
Bonelli Johannes, Kummer Susanne, <i>Die Wandlung der Perspektive des Lebens durch Schmerz</i>	279-286
Büssing Arndt, Surzykiewicz Janusz, <i>Spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker</i>	17-23
Chiari Astrid, <i>Schmerzfrei, aber sofort! Möglichkeiten und Grenzen der Schmerztherapie</i>	249-258
Donner Wilhelm, <i>Religion: Wider die Reduktion auf ein Therapeutikum</i>	25-33
Dörner Klaus, <i>Monokultur der Effizienz: Arbeitswelt als Auslöser psychischer Krankheiten</i>	111-114
Gerl-Falkovitz Hanna-Barbara, <i>Arbeit und Lebenssinn im Zeitalter seelischer Erkrankungen</i>	115-121
Justin Christiana, <i>Schmerzen bei Kindern - ethische Aspekte und Behandlungskonzept</i>	183-192
Müller Rudolf, <i>Psychische Gesundheit österreichischer Arbeitnehmer</i>	99-109
Pilar Clemens, <i>Spiritualität und Pseudospiritualität in der Medizin</i>	49-59
Schmidl Martina, <i>Demenz und Schmerz</i>	269-277
Schwarz Markus, <i>Vorsorgestrategien für Mental Health im Unternehmen</i>	123-132
Topf Reinhard J., <i>Krebs: Die Überschätzung psychologischer Faktoren als Krankheitsursache</i>	169-182
Westerhorstmann Katharina, <i>Krankheit als Weg zur Gesundung: anthropologische Überlegungen</i>	35-47

### Fall

<i>Hat die Autonomie des Patienten Grenzen?</i>	60-61
Peintinger Michael, <i>Kommentar I zum Fall</i>	62-64
Prat Enrique H., <i>Kommentar II zum Fall</i>	65-67

<i>DNR (Do Not Resuscitate) - bei einem Patienten mit metastasiertem Blasenkarzinom</i>	144
Stoll Marion, <i>Kommentar zum Fall</i>	145-147
<i>Therapiereduktion bei genetisch schwer geschädigten Kindern</i>	193-194
Prat Enrique H., <i>Kommentar zum Fall</i>	195-198
<i>Juristisch fragliche Patientenverfügung</i>	303-304
Kummer F., <i>Kommentar zum Fall</i>	305-306
<b>Konsenspapier</b>	
<i>Empfehlungen zur Handhabung der Notfallkontrazeption („Pille danach“) bei Frauen nach einer Vergewaltigung</i>	68-72
<b>In memoriam</b>	
Lejeune Jérôme, <i>Überlegungen zur Pränatalen Medizin</i>	73-78
<b>Diskussionsbeitrag</b>	
Hähnel Martin, <i>Leibliche Menschenwürde und die Tugend sie zu achten</i>	133-143
<b>Rechtskommentar</b>	
Cornides Jakob, <i>Gleichheit statt Ethik. Der VfGH entkernt das Fortpflanzungsmedizingesetz</i>	199-214
<b>Freies Thema</b>	
Knaup Marcus, <i>Ein neues Naturdenken als Grundlage für die Ethik. Zur Aktualität von Hans Jonas</i>	287-302
Spatzenegger Margit, <i>Endokrine Disruptoren - ein außer Kontrolle geratenes Experiment?</i>	215-225
<b>Buchbesprechungen</b>	
Bobbert M., <i>Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken. Geschichte - Theorie - Ethik</i> , mentis Verlag, Münster (2012)	84-85
Chimaira-Arbeitskreis für Human-Animal Studies (Hrsg.), <i>Tiere Bilder Ökonomien. Aktuelle Forschungsfragen der Human-Animal Studies</i> , Transcript Verlag, Bielefeld (2013)	312-314
Eilers M. et al. (Hrsg.), <i>Verbesserte Körper - gutes Leben? Bioethik, Enhancement und die Disability Studies</i> , Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt (2012)	154-156
Hefti R. et al. (Hrsg.), <i>Spiritualität und Gesundheit. Ausgewählte Beiträge im Spannungsfeld zwischen Forschung und Praxis</i> , Peter Lang, Bern (2012)	85-86
Hey M., <i>Mein gläserner Bauch. Wie die Pränataldiagnostik unser Verhältnis zum Leben verändert</i> , Deutsche Verlags-Anstalt, München (2012)	156-158

Hoefert H.-W., Härter M. (Hrsg.), <i>Schwierige Patienten</i> , Verlag Hans Huber, Bern (2013)	230-232
Joerden Jan C. et al. (Hrsg.), <i>Menschenwürde in der Medizin: Quo vadis?</i> , Nomos, Baden-Baden (2012)	83-84
Maio G., <i>Abschied von der freudigen Erwartung. Werdende Eltern unter dem wachsenden Druck der vorgeburtlichen Diagnostik</i> , Edition Sonderwege, Waltrop und Leipzig (2013)	232-233
Maio G. et al. (Hrsg.), <i>Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin - Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung</i> , Verlag Karl Alber, München (2013)	152-154
Oberlerchner H., Heschl G., <i>Dem Menschen nahe sein. Vom Umgang mit Leiden, Würde und Sterben</i> , Styria Premium, Wien/Graz/Klagenfurt (2014)	310-311
Sedmak C., <i>Mensch bleiben im Krankenhaus. Zwischen Alltag und Ausnahmesituation</i> , Styria Premium, Wien/Graz/Klagenfurt (2013)	311-312
Tambornino L., <i>Schmerz. Über die Beziehung physischer und mentaler Zustände</i> , Walter De Gruyter, Berlin/Boston (2013)	229-230



## 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](http://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](http://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

## **Vorschau**

Imago Hominis · Band 22 · Heft 1/2015  
Schwerpunkt: Kommunikation im  
Gesundheitswesen

Editorial	239	
Current Issues	242	IMABE <b>Commentary: "A Clear 'No' to Physician-Assisted Suicide – A 'Yes' to a Culture of Support"</b>
	245	Enrique H. Prat <b>Inconsistent with Freedom: The Right of Self-Determination – to Kill Oneself</b>
Focus	249	Astrid Chiari <b>Free from Pain – but Immediately! The Possibilities and Limitations of Pain Therapy</b>
	259	Michael Bach <b>The Suffering of Pain: Psychosocial-Anthropological Dimensions</b>
	269	Martina Schmidl <b>Dementia and Pain</b>
	279	Johannes Bonelli, Susanne Kummer <b>How Pain Changes One's Perspective of Life</b>
Article	287	Marcus Knaup <b>A New Concept of Nature as a Foundation for Ethics. On the Relevance of Hans Jonas</b>
Case Study	303	<b>Legally Questionable Advance Decisions</b>
	305	Friedrich Kummer <b>Commentary on the Case</b>
News	307	
Journal Review	308	
Book Reviews	310	
Imago Hominis	315	<b>Index to Volume 21 (2014)</b>