

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 23 · Heft 1 · 2016

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Krebs: Tun und
Lassen in der Medizin**

**Cancer: Acting and
Forgoing in Medicine**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Astrid Chirari (Anästhesiologie & Intensivmedizin, Wien)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Andreas Gruber (Neurochirurgie, Wien)
Johannes A. Hainfellner (Neuropathologie & Neurobiologie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzhofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Marktl (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
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	3	
Aus aktuellem Anlass	6	Susanne Kummer Zika-Virus: Wissenschaftler erheben Zweifel an WHO-Alarmstufe
	9	Marcus Knaup Der neue §217 des deutschen Strafgesetzbuches (StGB)
Schwerpunkt	13	Annemarie Schratter-Sehn Zur Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Schaden in der Onkologie
	21	Marcus Schlemmer Die Kunst des Ausstiegs: Ärztliche Wahrhaftigkeit und „End of Life Care“
	27	Josef Schwarzmeier Krebstherapie heute: Grenzen und Möglichkeiten
Freies Thema	35	Willibald J. Stronegger Die Legitimität von Tötungshandlungen im modernen Staat: eine biopolitische Perspektive
Fall	46	Nierenersatztherapie bei einem jungen Patienten mit schwerer Psychose
	48	Johannes Bonelli Kommentar zum Fall
Tagungsbericht	50	Barbara Breunlich Reproduktionsmedizin: Von der Selektion bis zur „geriatrischen Geburtshilfe“
Nachrichten	56	
Zeitschriftenspiegel	61	
Buchbesprechungen	63	

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,

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

Medieninhaber und Verleger:

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

T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4

eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

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

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

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

Layout: Factor, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Feuchtnr

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

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtnr

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Feuchtnr

Bankverbindung:

UniCredit Bank Austria AG, 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: 14. März 2016

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Boehringer
Ingelheim

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Janssen-Pharmaceutica



INDUSTRIELLENVEREINUNG
WIEN

Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

In Österreich sterben jährlich rund 20.000 Menschen an Krebs, bei 38.000 Menschen wird eine Krebserkrankung diagnostiziert. Immerhin: Mit einer Fünf-Jahres-Überlebensrate von 56,7 Prozent bei Krebspatienten liegt Österreich im europäischen Spitzenfeld. Die Ursache der Krebserkrankung ist häufig unbekannt. Diese Unsicherheit führe zu Schuldzuweisungen oder Mythen – gleichzeitig werden evidenzbasierte Fakten vernachlässigt, wie etwa die Tatsache, dass Krankheitsverlauf und Überlebensrate auch stark an sozioökonomische Faktoren gebunden sind. Bislang ist das Gesundheitssystem kaum darauf ausgerichtet, dass Krebs immer häufiger zu einer chronischen Erkrankung wird, die sich über viele Jahre zieht. Möglichkeiten, Grenzen, Kosten und Nutzen der Krebstherapie, Perspektiven der Psychoonkologie, die Rolle des Hausarztes in der Begleitung von Krebspatienten sowie die Ärztliche Wahrhaftigkeit und End of Life Care waren Thema des interdisziplinären Symposiums, das IMABE am 3. Dezember 2015 in Kooperation mit der *Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Österreichischen Ärztekammer und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft* in Wien unter dem Titel „Trauma Krebs: Tun und Lassen in der Medizin“ veranstaltete.

Die Medizin hat zwar enorme Fortschritte gemacht, wo aber suggeriert wird, dass sie alles heilen kann, werden falsche Hoffnungen geweckt. „Wir tun auch Dinge, die für den Patienten nicht sinnvoll sind“, warnte der Palliativmediziner Marcus Schlemmer (*Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, München*). Als Beispiel nannte er teure Therapien im Endstadium Krebs, mit denen vielleicht ein Überleben von im Schnitt 14 Tagen erreicht werden kann, gleichzeitig die Lebensqualität aber aufgrund der Nebenwirkungen dramatisch sinkt. Die Palliativmedizin sei weniger krankheitsorientiert, sondern mehr patientenorientiert, was für alle Disziplinen wichtig wäre. Die Wahrhaftigkeit des Arztes gegenüber dem Patienten spielt eine große Rolle. Wahrhaftigkeit sei eine Haltung, die sich in der Kommunikation bewähren muss, so Schlemmer. Ein Arzt sei verpflichtet, dem

Patienten zu sagen, was er weiß und zugleich herauszuhören, was der Patient wissen will. Einem schwierigen Aufklärungsgespräch dürfe der Arzt nicht ausweichen, denn: „Wenn diese Gespräche nicht geführt werden, dann werden unsinnige Operationen und Chemotherapien gemacht.“

Erst kürzlich hatte eine in *JAMA* (2016; 315: 272-283) publizierte Studie betätigt, dass es in den letzten sechs Lebensmonaten einer unheilbaren Krebserkrankung immer wieder zu Hospitalisierungen kommt, auch wenn dies medizinisch nicht immer sinnvoll ist. In der Untersuchung wurden die Daten von sieben Industrieländern in Europa bzw. Nordamerika analysiert, das Ergebnis: Die Mehrheit aller Patienten (Alter: über 65 Jahre) wurde in den letzten 180 Tagen vor ihrem Tod noch einmal in einem Akutkrankenhaus behandelt, etwa ein Viertel erhielt noch einmal eine Chemotherapie. Deutschland wies eine Hospitalisierungsrate von 73,8 Prozent und einen Anteil der Chemotherapie von 35 Prozent auf, in Belgien wurden 89,3 Prozent der Patienten hospitalisiert und 41,0 Prozent erhielten noch eine Chemotherapie.

Von jedem Arzt fordert Schlemmer als Grundhaltung ein, zu lernen, sich „emotional in das Patientenbett zu legen und sich zu fragen: Wie würde ich das gerne jetzt erfahren?“ Ehrlich müsse man als Arzt aber nicht nur gegenüber dem Patienten, sondern auch sich selbst gegenüber und den eigenen Grenzen sein: Auf onkologischen und Palliativstationen würden Mediziner über die Jahre hunderte Menschen sterben sehen – wie andere Menschen es nur aus dem Krieg kennen. „Das ist extrem belastend.“

Große Herausforderungen stünden in der sogenannten „personalisierten“ oder „individualisierten“ Krebstherapie bevor, die auf Genanalysen beruht: Die Methode sei kostspielig und gesicherte Daten über die Erbringung des erhofften Nutzens noch spärlich, wodurch Ärzte in konkreten Entscheidungssituationen vielfach überfordert seien, betont Internist und Onkologe Josef Schwarzmeier (*Karl Landsteiner Gesellschaft, Wien*).

Ein Tumor lässt sich meist mit bildgebenden Verfahren sichtbar machen, die Gedanken und Gefühle eines Krebspatienten hingegen nicht. Die Diagnose einer „bösartigen“ Erkrankung bedeutet für die Betroffenen eine existentielle Krise, sie müssen lernen, mit ihrer Krankheit umzugehen. Positiv bewertet Alexander Gaiger (*Klinische Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie Innere Medizin I, Medizinische Universität Wien*), dass es in Österreich möglich geworden ist, Patienten nach Abschluss einer primären Tumorthherapie eine onkologische Rehabilitation anzubieten. Bekräftigt werde dieser Ansatz durch US-Studien, die zeigen, dass

onkologische Rehabilitation sicher und effektiv ist, das soziale Gewicht der Krebserkrankung mindert und bei einigen Tumorarten auch zu einer Verbesserung des Überlebens führt.

Die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten, die den Patienten, sein soziales Umfeld und seine Krankengeschichte oft schon über Jahrzehnte kennen, und den Onkologen in den Krankenhäusern verbessere sich, dennoch gelte es „Gräben“ zu überwinden, so der Tenor der Experten. „Das geht nur, wenn es eine gegenseitige Haltung der Wertschätzung gibt“, betonte Annemarie Schratter-Sehn (*Institut für Radioonkologie am Sozialmedizinischen Zentrum Süd - Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien*). Onkologen und Hausärzte sollten mit einer Stimme sprechen. Besonders wenn es um ältere und multimorbide Patienten geht, ist die Rolle des niedergelassenen Allgemeinmediziners als „ortskundiger Begleiter“ durch die oft unübersichtliche Landschaft aus Diagnostik und Therapie zielführend und entlastend. Die Familie sei gleichzeitig unverzichtbar: „Die Patienten wollen begleitet sein. Die ersten Begleiter sind die Familienmitglieder“, sagt der Allgemeinmediziner Christian Euler (*Österreichischer Hausärzteverband*). Häufig sei der Hausarzt das einzige Kontinuum an der Seite des Patienten, der in den Details der Diagnose seiner Erkrankung wie verloren ist. Patienten wollen als Personen wahrgenommen werden. Das müsse der eigentliche Sinn des Begriffs „personalisierter Medizin“ sein.

In der vorliegenden Ausgabe von *Imago Hominis* finden sich einige Themen des Symposiums nun in schriftlicher Form wieder, die Vorträge können auf unserer Webseite www.imabe.org nachgehört werden.

Besonders hinweisen möchten wir auf zwei weitere Beiträge, die sich der Thematik Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung bzw. Euthanasie widmen. Marcus Knaup (*FernUniversität Hagen*) analysiert kritisch den neuen Straftatbestand, den der *Deutsche Bundestag* am 6. November 2015 beschlossen hat, nämlich ein Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung. Willibald Stronegger (*Medizinische Universität Graz*) zeigt in seiner Analyse aus biopolitischer Perspektive, nach welchen Mechanismen im Laufe der Geschichte der moderne Staat den Boden für die Akzeptanz eugenischer Maßnahmen sowie der Tötung auf Verlangen vorbereitet.

S. Kummer

Susanne Kummer

Zika-Virus: Wissenschaftler erheben Zweifel an WHO-Alarmstufe

Zika-Virus: Scientists Raise Doubts Concerning the WHO-Alarm

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 1. Februar 2016 wegen des Zika-Virus den globalen Gesundheitsnotstand und damit die höchste Alarmstufe ausgerufen. Zu diesem Schritt habe eine Expertenrunde geraten, teilte die WHO mit. Das kam für manche überraschend. Auch wenn sich das von infizierten Mücken übertragene Zika-Virus rasant in Süd- und Mittelamerika ausbreitet, sind die Folgen keineswegs mit dem Ebola-Virus vergleichbar. Dieses ist für drei von vier Patienten tödlich. Bei einer Ansteckung mit dem Zika-Virus hingegen verläuft dies für 80 Prozent der Betroffenen harmlos. Die meisten Menschen, die sich mit dem Virus anstecken, bemerken dies gar nicht. Nur bei jedem vierten bis fünften Infizierten kommt es zu leichtem Fieber, Hautausschlag und geröteten Augen.

Weil sie während der Ebola-Krise in der Kritik stand, zu spät reagiert zu haben, hat die WHO jetzt vorschnell den „gesundheitlichen Notfall von internationaler Bedeutung“ ausgerufen, kritisiert die *Süddeutsche Zeitung*¹ und spricht davon, dass hier „eine Mücke zum Elefanten“ stilisiert werde. Bislang seien nur wenige Todesfälle in Verbindung mit dem Zika-Virus bekannt.

Auch Alexander S. Kekulé, Direktor des *Instituts für Medizinische Mikrobiologie* an der *Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*, wirft der WHO bewusste Panikmache vor. Sie würde die Angst vor Zika mit falschen Zahlen schüren, die Gefahr für Schwangere werde übertrieben. Einzig positiv an der Panikmache sei, dass die Impfstoffentwicklung damit vorankomme, so der Virologe in der *Zeit*.² Das Zika-Virus wurde bereits 1947 entdeckt. In den Vereinigten Staaten gibt es bisher 50 nachgewiesene Fälle von Patienten mit dem Erreger (Stand: 2/16). Die Regierung der Vereinigten

Staaten will nun umgerechnet 1,61 Milliarden Euro im Kampf gegen das Zika-Virus aufwenden, teilte das Weiße Haus mit.³

Die Erforschung des Zika-Virus und die Entwicklung eines Impfstoffes sollen auch mit EU-Mitteln vorangetrieben werden.

Doch: Die öffentlichen Warnsignale stehen kaum in Relation zu den bisherigen Ausmaßen der Krankheit, so ein weiterer Kritikpunkt. Am gefährlichen Dengue-Fieber erkranken jährlich 400 Millionen Menschen weltweit, allein in Brasilien gab es 1,7 Millionen Dengue-Fieber-Fälle, zwischen 25.000 und 50.000 Menschen⁴ sterben jährlich daran, ein WHO-Notstand wurde deshalb aber noch nie ausgerufen. Noch schlimmer bei der von anderen Mücken übertragenen Malaria: Laut WHO starben 2015 daran 438.000 Menschen, 70 Prozent davon Kinder unter fünf Jahren.

„Es sind weitere Forschungsanstrengungen notwendig, bevor gesagt werden kann, ob es irgendeinen Zusammenhang gibt“, sagt die WHO hinsichtlich des vermuteten Risikos einer Schädigung des Nachwuchses von schwangeren Frauen aufgrund des Zika-Virus. Dieser Verdacht war Auslöser für die Notstandserklärung der WHO. Im Herbst 2015 hatte das brasilianische Gesundheitsministerium von einer deutlichen Häufung von Schädel-/Hirn-Fehlbildungen (Mikrozephalie) bei Föten und Neugeborenen in Teilen Brasiliens berichtet. Dort gab es besonders viele Ansteckungen mit dem Zika-Virus. Doch um von einem direkten kausalen Zusammenhang zu sprechen, gibt es laut Experten noch zu viele Unklarheiten. Laut einem Bericht im *New England Journal of Medicine* konnten Pathologen der *Universitätsklinik von Ljubljana* das Virus bei einer Obduktion im Gehirngewebe eines

abgetriebenen Embryos mit Mikrozephalie nachweisen.⁵ Ein Zusammenhang scheint mit diesem Fallbericht möglich, eine Kausalität ist allerdings damit nicht bewiesen.

Seit Oktober 2015 gibt es in Brasilien eine Meldepflicht. Im Jahr 2014 hatte man 147 Mikrozephalie-Fälle registriert. Nach Angaben des brasilianischen Gesundheitsministeriums⁶ wurden zwischen Oktober 2015 und Ende Jänner 2016 5.079 Verdachtsfälle von „Mikrozephalie oder anderen schweren neurologischen Defekten“ gemeldet. Allerdings: 3.852 davon sind noch immer nicht diagnostisch abgeklärt. Von den überprüften Fällen sind bis Mitte Februar „nur“ 462 tatsächlich bestätigt worden, bei 765 Neugeborenen konnte nachträglich eine Mikrozephalie ausgeschlossen werden. Sie fallen unter die Rubrik: falsch positive Diagnosen, also Fehldiagnosen. Nur in 17 Fällen konnte nachgewiesen werden, dass sich die schwangeren Frauen zuvor mit dem Zika-Virus infiziert hatten.⁷

Zika hat sich ausgebreitet, parallel dazu wurde die Meldepflicht eingeführt. Nach Angaben des Berliner Robert Koch-Instituts (RKI) ist es aber auch denkbar, dass es einen ganz anderen Auslöser für die Kindesfehlbildungen geben könnte. So ist Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft der häufigste Grund für angeborene Behinderungen. Auch umweltschädigende Faktoren oder ein Medikament könnten Ursache sein.⁸

Druck gab es innerhalb WHO von einigen Mitarbeitern, von nun an rasch alle wissenschaftlichen Daten gebündelt zu publizieren, um geeignete Public-Health-Maßnahmen setzen können.⁹ Die WHO lenkte ein und errichtete mit dem Online-Portal ZIKA OPEN¹⁰ eine offene Datenplattform. Hier wurden inzwischen auch Studien publiziert, die die dramatische Zunahme von Mikrozephalie-Fällen kritisch hinterfragen.

Jorge Lopez-Camelo und Ieda Maria Orioli führen in ihrer Publikation den Anstieg der registrierten Mikrozephalen auf eine statistische Verzerrung zurück, die sich aus der im Oktober 2015 eingeführten Meldepflicht von kleinköpfigen Neugebo-

renen zurückführen lässt, berichtet *Nature*.¹¹ Als Grundlage für ihre Berechnungen hatten die beiden Epidemiologen die ECLAMC-Datenbank von Fehlbildungen genommen, die bis 1967 zurückreicht, sowie ein landesweites Geburtsregister, das *Live Birth Information System* (SINASC). Sie kritisieren außerdem, dass es keine einheitlichen Diagnosekriterien für eine Mikrozephalie gibt.¹²

Ähnlich argumentiert auch Charles H. Simmins Jr. in seiner Übersichtarbeit.¹³ Man kann nur dann von einem Anstieg der Mikrozephalie-Fälle im Zuge der Zika-Virus-Epidemie sprechen, wenn man die Inzidenz vor der Epidemie kennt. Die Daten zu dieser Frage sind aber derart unterschiedlich, dass man eigentlich daraus keinen Beweis für einen Anstieg der Inzidenz mit Sicherheit ablesen kann.

Juliana Sousa Soares de Araújo und ihre Kollegen vom *Paediatric Cardiology and Perinatology Network (RCP-CirCor)* in Paraíba analysierten die Angaben zum Kopfumfang von mehr als 16.000 Kindern.¹⁴ Sie zeigten, dass bei zu eng gestellten Kriterien auch gesunde Babys mit einem innerhalb ihrer Ethnie als normal geltenden Kopfumfang unter die Verdachtsfälle subsumiert würden. Die Fehldiagnose trage zur scheinbaren Häufung von Fällen bei. Auffallend ist, dass die Krankheit überproportional häufig arme Familien unter hygienisch prekären Bedingungen trifft. Offen ist auch, ob Ernährungsdefizite oder ethnische Besonderheiten eine Rolle spielen. „Zum jetzigen Zeitpunkt können wir nicht sagen, vor was für einem Problem wir wirklich stehen. Wir müssen die mit Mikrozephalie diagnostizierten Kinder über einen längeren Zeitraum beobachten, um Schlüsse ziehen zu können“, sagen die Wissenschaftler. „Könnte ein Kopfumfang von 31 bis 32 Zentimeter vielleicht sogar in den ganz normalen Bereich dieser speziellen Bevölkerung fallen? Könnten ethnische Besonderheiten oder Ernährungsdefizite eine Rolle spielen?“, heißt es in der von der WHO publizierten Studie.

Krankheit ist auch eine Frage der Armut: Die Zika-Virus übertragenden Mücken vermehren

sich vor allem in kleinen Wasserpfützen, typisch in ärmeren Wohngegenden. Der US-Infektiologe Michael Osterholm von der *University of Minnesota* sieht in der Ausbreitung von *Aedes aegypti*, die in den letzten Jahrzehnten der aktuellen Zikavirus-Epidemie vorausgegangen ist, auch eine Folge der zunehmenden Vermüllung in vielen ärmeren Regionen der Welt.¹⁵

Offenbar hat das Zika-Virus zu einer starken Verunsicherung von Schwangeren geführt, in Brasilien berichten Medien von „Panik-Abtreibungen“.¹⁶ Der honduranische Kardinal Oscar Rodriguez Maradiaga kritisierte die Praxis, den Schwangeren im Falle einer Zika-Infektion zu einer „therapeutischen Abtreibung“ zu raten. Lobbying-Organisationen und die UNO benützen indes offenbar die Krise, um Druck auf die lateinamerikanischen Länder zu erhöhen, die eugenische Indikation einzuführen und Gesetze zur Abtreibung zu liberalisieren. So forderte der UN-Hochkommissar für Menschenrechte Zeid Ra'ad Al Hussein die Regierungen zu einer „sicheren Abtreibung“ als Gesundheitsmaßnahme auf. Auch *Planned Parenthood*, der größte Anbieter von Abtreibungen in den USA, startet im Namen des Zika-Virus eine Pro-Abtreibungs-Kampagne.

Ein Zusammenhang zwischen einer Zika-Virus-Infektion bei Schwangeren und der Entwicklung einer Mikrozephalie des Kindes ist möglich, aber nicht bewiesen. Viele infizierte Schwangere bringen auch gesunde Kinder zur Welt. Mikrozephalie geht für die betroffenen Kinder mit einer geistigen Behinderung einher, deren Ausmaß unterschiedlich ist und von der Intensität der Veränderungen abhängt. Aus ethischer Sicht ist die Forderung nach einer Freigabe der Abtreibung von Menschen mit eingeschränkter Intelligenz ein unerträglicher Akt der Diskriminierung. Ein Virus kann zum Staatsfeind erklärt werden, aber nicht Kinder mit Behinderung.

Referenzen

- 1 Bartens W., Zika-Virus: Die WHO übertreibt massiv, Süddeutsche Zeitung, 2. Februar 2016 (online)
- 2 Kekulé A. S., Das Märchen von den 4.000 geschädigten Babys, Die Zeit, 29. Jänner 2016 (online)
- 3 vgl. Amerika will Milliarden in den Kampf gegen Zika investieren, FAZ, 8. Februar 2016 (online)
- 4 Lichterbeck P., Dengue ist doch viel schlimmer! Die Zeit, 10. Februar 2016 (online)
- 5 Mlakar J., et al., Zika Virus Associated with Microcephaly, *New England Journal of Medicine*, February 10, 2016, DOI: 10.1056/NEJMoa1600651
- 6 Saúde investiga 3.852 casos suspeitos de microcefalia no país, WHO Bulletin vom 12. Februar 2016
- 7 vgl. Müller-Jung J., Wie viel Übertreibung steckt in der Zika-Epidemie? FAZ, 5. Februar 2016 (online)
- 8 vgl. Zika-Virus: Was bedeutet die Notfall-Einstufung durch die WHO? Vorarlberger Nachrichten, 2. Februar 2016 (online)
- 9 vgl. Bull World Health Organ 2016; doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.170860>
- 10 ZIKA OPEN, Bulletin of the WHO, http://www.who.int/bulletin/online_first/zika_open/en/
- 11 Butler D., Zika virus: Brazil's surge in small-headed babies questioned by report, *Nature* (2016); 530: 13-14, doi:10.1038/nature.2016.19259
- 12 vgl. Müller-Jung J., siehe Ref. 7
- 13 Simmins Jr C. H., Establishing base levels of microcephaly in Brazil prior to the arrival of Zika viral illnesses [Submitted], Bull World Health Organ E-pub: 8 Feb 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.171223>
- 14 Soares de Araújo J. S., Regis C. T., Gomes R. G. S., Tavares T. R., Rocha dos Santos C., Assunção P. M. et al., Microcephaly in northeast Brazil: a review of 16 208 births between 2012 and 2015 [Submitted]. Bull World Health Organ E-pub: 4 Feb 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.170639>
- 15 vgl. Osterholm M. T., How Scared Should You Be About Zika? New York Times, 29. Jänner 2016 (online)
- 16 vgl. Offenbar verstärkt Abtreibungen wegen Zika-Virus, FAZ, 1. Februar 2016 (online)

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

Marcus Knaup

Der neue §217 des deutschen Strafgesetzbuches (StGB)

The New §217 of the German Penal Code

Ein Grundmerkmal unserer Zeit scheint darin zu bestehen, das Leben und den Tod in die Kalküle der Macht einzubeziehen und zum Gegenstand der Politik zu machen. Leben und Sterben werden in zunehmender Weise durchreguliert. Man „lässt“ sterben und „macht“ leben.¹ In diesem Kontext ist wohl auch der neue §217 StGB zu sehen, der am 6. November 2015 mit deutlicher Mehrheit des Deutschen Bundestages beschlossen wurde.²

Das deutsche Strafgesetzbuch kennt keine Bestrafung des Suizids resp. des Suizidversuchs. Von einer Pönalisierung der Beihilfe wurde aus rechtsdogmatischen Gründen abgesehen.³ Das neu verabschiedete „Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ beabsichtigt, das Wirken von Sterbehilfevereinen – zu denken wäre hier beispielsweise an die Vereine *Sterbehilfe Deutschland* und *Dignitas Deutschland* – wie auch von Einzelpersonen, die assistierte Beihilfe zum Suizid regelmäßig anbieten, in Deutschland klar einzuschränken und ihnen den Boden zu entziehen. Geschäftsmäßige Angebote von Suizidbeihilfen sollen – so die Intention des Gesetzgebers – keine „normale Option“ sein, aus dem Leben zu scheiden. Wenn es entsprechende Angebote in Deutschland nicht gibt, entscheiden sich die Menschen auch nicht, auf diese Weise ihrem Leben ein Ende zu setzen.⁴ Am 5. November 2015 – also einen Tag bevor es zur Abstimmung über das neue Sterbehilfegesetz kam – hat der Deutsche Bundestag ein Gesetz verabschiedet, das den Ausbau palliativmedizinischer Möglichkeiten und die bessere Versorgung schwerstkranker Menschen zum Inhalt hat.

Geworben wurde für den Gesetzesentwurf, der sich erfolgreich durchgesetzt hat, mit der Aussage, dass man Ärzte nicht zu kriminalisie-

ren beabsichtige, und es sich dabei insgesamt um einen Vorschlag der goldenen Mitte handle: wodurch sich dieser Vorschlag abhob von einem Gesetzesentwurf, der die Suizidbeihilfe – ähnlich wie in Österreich⁵ – unter Strafe gestellt sehen wollte (BT-Drs. 18/5376; Sensburg / Dörflinger), und einem Gesetzesentwurf, der den Suizid und die Beihilfe nicht bestrafen wollte, wohl aber die gewerbsmäßige Ausübung resp. Förderung der Beihilfe zum Suizid (BT-Drs. 18/5375; Künast / Sitte / Gehring).⁶

Beschlossen wurde folgender §217 n.F. (StGB):

„(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“⁷

Im vorangehenden §216 StGB ist die Tötung auf Verlangen geregelt, im folgenden §218 StGB der Schwangerschaftsabbruch. Bis zum Jahr 1998 regelte §217 StGB die Tötung eines Kindes. In Kraft getreten ist das neue Gesetz am Tag nach der Verkündung.

In der deutschen Medienlandschaft wurde insbesondere darüber diskutiert, dass mit dem neuen Strafrechtsparagrafen in Zukunft die Tätigkeit von Sterbehilfevereinen sowie in dieser Angelegenheit aktiven Einzelpersonen eingeschränkt wird. Mit dem Begriff „geschäftsmäßig“ ist eine auf Wiederholung angelegte Praxis gemeint, die strafrechtlich geahndet werden soll. Aus dem Suizid eine Dienstleistung zu machen, ist in den Augen des Gesetzgebers verwerflich. Der wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages hat noch vor der Gesetzesabstimmung im November auf das Problem

der Unbestimmtheit dieses Merkmals hingewiesen: Bedenken gebe es demnach hinsichtlich des verfassungsrechtlich geforderten Bestimmtheitsgebots.⁸

Werfen wir jedenfalls einen Blick auf die Begründung, die uns der Gesetzgeber selbst liefert, dann ist damit ein erstmaliges Tätigwerden gemeint, welches „den Beginn einer auf Fortsetzung angelegten Tätigkeit darstellt“⁹. Ein Sonderrecht für Ärzte wurde mit dem neuen Strafrechtsparagraphen nicht geschaffen. Ärzte, die wiederholt Patienten Suizidbeihilfe verschaffen, müssen mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Straffreiheit heißt nicht, dass es ein Recht auf Selbsttötung bzw. auf Suizidbeihilfe gibt. Fragen stellen sich, wenn wir darauf schauen, wer von einer Strafbarkeit ausgenommen werden soll: nämlich Angehörige und solche Menschen, die dieser Person besonders nahe stehen (hiermit sind nicht nur Ehepartner gemeint und Menschen, die in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft leben, sondern auch besonders enge Freundschaften). Nicht nur der sonntägliche Tatort-Zuschauer weiß, dass in vielen Familien nicht immer nur altruistische Beweggründe im Vordergrund stehen, sondern auch manches selbstsüchtige Motiv am Werke sein kann: Um an das elterliche bzw. großelterliche Erbe zu kommen, könnte zumindest eine ungute Beeinflussung in die Richtung stattfinden, den Weg in den Freitod zu gehen. Doch so weit müssen wir noch nicht einmal denken, wenn wir uns einfach vor Augen stellen, dass die Situation von Krankheit und Pflege ein Abhängigkeitsverhältnis darstellt: Eine Situation, in der ein geliebter Mensch (also gerade nicht irgendwer!) schwer krank ist, ist eine psychische und soziale Belastung für die Beteiligten. Man leidet mit, wenn der geliebte Mensch krank ist, und so mag sich dann auch der Gedanke einstellen, ihn von seinem Leiden „erlösen“ zu wollen. Und nicht zuletzt auch auf der Seite kranker Menschen wird in derartigen Grenzsituationen des Lebens ein Unbehagen gespürt, den lieben Angehörigen nicht weiter zur Last fallen zu wollen. Durchaus denkbar, dass dann auch der Wunsch

entstehen kann, Beihilfe in Anspruch nehmen zu wollen. In den Worten des ehemaligen deutschen Bundespräsidenten Johannes Rau: „Was die Selbstbestimmung des Menschen zu stärken scheint, kann ihn in Wahrheit erpressbar machen.“¹⁰ Und im Rückblick auf ein Gespräch mit einem Arzt hält Rau fest: „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet.“¹¹ Stellen die in §217 genannten Angehörigen einen Kontakt zu einer Sterbehilfeorganisation her, bleiben sie von einer Strafandrohung verschont – wenn ihr Handeln nicht zur Regel wird.

Im Gesetz steht nicht, dass überhaupt eine schwere Krankheit bzw. Nähe zum Tod vorliegen muss: worüber insbesondere auch im Vorfeld des Gesetzesentschlusses im Hinblick auf unterschiedliche Lebensschicksale immer wieder diskutiert wurde. So gesehen könnte ich auch auf die Idee kommen, eine nahestehende Person, die Liebeskummer hat resp. unter Depressionen¹² leidet, dahingehend zu unterstützen, durch Suizid aus dem Leben zu scheiden. Es sollte eben nur nicht zur Regel werden; da muss noch nicht einmal ein kommerzielles Interesse dahinterstecken.

Es stellt sich z. B. auch die Frage, was mit einem schwer kranken Suizidwilligen ist, der ein entsprechendes Medikament nicht mehr selbst einnehmen kann. Läge hier vielleicht sogar eine Diskriminierung vor? Eine inhumane Haltung, wenn man nicht tätig wird? Gemäß §216 StGB ist die Tötung auf Verlangen strafrechtlich erfasst und explizit verboten. Doch auch hieran wird gerüttelt. Der deutsche Rechtsphilosoph Norbert Hoerster nimmt beispielsweise schon die Tötung auf Verlangen in den Blick (wobei er ignoriert, dass Menschen gerade in Grenzsituationen besonders labil und beeinflussbar sind) und diskutiert Situationen, in denen sehr kranke Menschen einen Wunsch in diese Richtung nicht mehr artikulieren können. Aktive Sterbehilfe sei in solchen Fällen dann zulässig, so Hoerster, wenn es im Interesse der betreffenden Person liege.¹³ Hierbei sei freilich große Vorsicht geboten, doch es sei „si-

cher ganz inhuman, dem Betroffenen von vornherein jede Sterbehilfe zu verweigern“¹⁴. Wenn er von Sterbehilfe spricht, meint er eine *Hilfe zum Sterben*, also Tötungsgehilfen, und nicht eine *Hilfe beim Sterben*, die Begleitung Sterbender.¹⁵

Aller Wahrscheinlichkeit nach erwarten uns nun auch Diskussionen darüber, ob der assistierte Suizid mit der Entnahme von Organen zwecks Organtransplantation gekoppelt sein darf. Für Versicherungen stellt sich die Frage, ob Lebensversicherungen ausgezahlt werden sollen, wenn die betreffende Person den Weg des assistierten Suizids gewählt hat.

Was noch vor den Novembertagen des Jahres 2015 im Bereich des *Schweigens des Strafrechts* lag, hat sich – so können wir die Straffreiheit interpretieren – in der Weise geändert, dass der Suizid als unterstützenswerte Tat anerkannt wurde – und damit nicht mehr nur ein anarchischer Akt ist, durch den jemand aus der Rechtsordnung heraustritt –, wodurch der Weg in Richtung einer Legalisierung der Suizidhilfe eingeschlagen wurde. Dies ist vom Rechtsgedanken her gesehen eigentlich nicht zu verstehen, insofern die Existenz eines Rechtsgenossen nicht zur Disposition gestellt werden kann.¹⁶

Mag es zwar die Intention des Gesetzgebers gewesen sein, den Wunsch nach Suizidbeihilfe gerade nicht zu fördern, kann genau dies aber eine sich hieraus ergebende Folge sein. Hinter all dem scheint eine Geisteshaltung auf, die den Tod gestaltbar machen möchte, das Abschiednehmen nicht mehr aushalten will.¹⁷ Sterben soll „machbar“ sein, der Tod seiner Unverfügbarkeit entzogen und damit eines der letzten Tabus beseitigt werden. Auf dem Spiel steht dabei nicht weniger als das nackte Leben und die Zukunft einer humanen Gesellschaft selbst.

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

Referenzen

- 1 vgl. Foucault M., *In Verteidigung der Gesellschaft*, in: Folkers A., Lemke T. (Hrsg.), *Biopolitik. Ein Reader*, Berlin (2014), S. 88–114, hier S. 90, 96
- 2 Auf den Gesetzesvorschlag, der insbesondere mit den Namen von Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD) verbunden ist und auch von Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) unterstützt wurde, entfielen in der Schlussabstimmung 360 von 602 abgegebenen Stimmen. 233 Parlamentarier stimmten dagegen. Es gab 9 Enthaltungen. Der Fraktionszwang war für diese Abstimmung aufgehoben. Nicht durchsetzen konnten sich drei andere Gesetzesentwürfe: der Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (BT-Drs. 18/5374, eingebracht von P. Hintze und C. Reimann), der Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung (BT-Drs. 18/5375, eingebracht von R. Künast und P. Sitte) sowie der Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung (BT-Drs. 18/5376, eingebracht von P. Sensburg und T. Dörflinger).
- 3 Möglich ist eine Bestrafung wegen Unterlassung aufgrund der Garantenpflicht: Nimmt der Patient ein Gift ein und verliert das Bewusstsein, ist derjenige, der das Mittel gegeben hat, zur Rettung des Patienten verpflichtet. Kommt er dem nicht nach, kann dies als unterlassene Hilfeleistung oder Totschlag eingestuft werden. Ein ärztlich assistierter Suizid ist durch die Musterberufsordnung (MBO-Ä) explizit verboten. Dieses ausdrückliche Verbot wurde allerdings nicht von allen Landesärztekammern übernommen: und diese sind letztlich rechtlich maßgebend.
- 4 §217 StGB wird als ein abstraktes Gefährdungsdelikt angesehen. Das bedeutet, dass durch die entstandene Möglichkeit, straffrei Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen, die Gefahr wächst, dass auch Menschen ungewollt dies in Anspruch nehmen.
- 5 Die Beihilfe zum Suizid kann nach §78 öStGB mit einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren bestraft werden. Auch in Großbritannien hat das Parlament am 11. September 2015 mit einer überaus deutlichen Mehrheit (330:118 Stimmen) die Suizidassistenz abgelehnt. Anders sieht die politische Situation in der Schweiz aus, wo private Vereine gegen Mitgliedsgebühren ihre Unterstützung beim Suizid anbieten. Im Jahr 2014 haben sich dort 25 Prozent mehr Menschen als 2013 zu einem assistierten Suizid entschieden, der

- offenbar immer mehr als „Dienstleistung“ und „Normalität“ wahrgenommen wird. (vgl. Kobler S., *Selber entscheiden, wann genug ist*, in: Neue Zürcher Zeitung, 13. März 2015).
- 6 In diesem Zusammenhang wurde argumentiert, dass es keine „Geschäftemacherei mit dem Tod“ geben dürfe. Würde man diesen Gedanken jedoch einmal zu Ende denken, dürften auch Bestatter und Trauerredner keine Geschäfte machen. Ob etwas ethisch und rechtlich fraglich ist, hängt nicht daran, ob es Geld kostet.
 - 7 BT-Drucksache 18/5373
 - 8 hierzu: Wissenschaftlicher Dienst des Bundestags kritisiert Sterbehilfe-Gesetzentwürfe, Deutsches Ärzteblatt, 27. August 2015, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63948/Wissenschaftlicher-Dienst-des-Bundestages-kritisiert-Sterbehilfe-Gesetzentwurfe> (letzter Zugriff am 12. Dezember 2016)
 - 9 BT-Drucksache 18/5373, S. 17
 - 10 Rau J., *Wird alles gut? – Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß*, in: Graumann S. (Hrsg.), *Die Genkontroverse. Grundpositionen*, Freiburg / Basel / Wien (2001), S. 14-29, hier S. 24
 - 11 ebd., S. 24
 - 12 Schätzungsweise sind Zweidrittel der Suizide im Alter auf eine depressive Erkrankung zurückzuführen. Vgl. hierzu die Angaben des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro): www.suizidpraevention-deutschland.de (letzter Zugriff am 12. Dezember 2015).
 - 13 vgl. Hoerster N., *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt a. M. (1998), S. 70
 - 14 ebd., S. 70
 - 15 Gar nicht so weit entfernt – im belgischen Flandern nämlich – wurden im Jahr 2007 32 Prozent der Euthanasien ohne Einwilligung durchgeführt. Vgl. Chamberlain K., Bilsen J., Cohen J. et al., *Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey*, Canadian Medical Association Journal (2010); 182(9): 895-901
 - 16 „Die Idee des Rechts als einer Koexistenzordnung von Freien schließt [...] unmittelbar jede Befugnis Privater aus, die Koexistenzbedingungen anzutasten oder gar einander bewusst den Tod zu geben. Das Recht selbst kann nur dann vom Tötungsverbot absehen, wenn es sich (wie im Notwehrrecht) um die Aufrechterhaltung des Rechtszustands selbst gegen das offene Unrecht handelt. [...] Eine Gesellschaft, die ohne Grund im Recht tötet oder das Töten gestattet, ist entsprechend dabei, die Idee des Rechts selbst wie auch die der Rechtsstaatlichkeit zu Grabe zu tragen.“
- Hoffmann T. S., *Lasst die Finger davon*, FAZ, 4. November 2015, S. 9
- 17 Insofern die Beihilfe durch Angehörige als unterstützenswert und nicht mehr als Tabu angesehen wird, verwundert auch die Haltung der *Deutschen Bischofskonferenz* wie der *Evangelischen Kirche in Deutschland*, die das neue Gesetz „begrüßen“ und die Gesetzesinitiative im Vorfeld unterstützt haben (Vgl. z. B.: *Gemeinsame Stellungnahme des Bevollmächtigten des Rates der EKD bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union und des Leiters des Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin*). Möglicherweise sehen ihre Vertreter in dem neuen Strafrechtsparagrafen angesichts anderer denkbarer Optionen das geringste Übel, doch von einer Kirche, die gerade nicht dem Zeitgeist hinterherlaufen sollte, hätte man erwarten können, dass sie sich stärker für einen Gesetzesentwurf engagiert, der noch weit konsequenter den Lebensschutz und das Wohl kranker und schutzbedürftiger Menschen vor Augen hat. Eine positive Ausnahme sind die Stellungnahmen der Bischöfe von Regensburg, Eichstätt und Passau.
- Der Verein *Sterbehilfe Deutschland* strebt eine Verfassungsklage an. Ob diese erfolgreich sein wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbar. Fällt das Gesetz, wäre aufgrund des Zeitgeistes kaum zu erwarten, dass der auch in Art 1 GG verbürgten Würde des Menschen angemessener Rechnung getragen wird.

Weiterführende Literatur des Autors

Leib und Seele oder mind and brain? Zu einem Paradigmenwechsel im Menschenbild der Moderne, Freiburg / München 2013, 3. Aufl. (2015)
 gem. mit T. S. Hoffmann (Hrsg.): *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*, Wiesbaden (2015)
 gem. mit M. Hähnel (Hrsg.): *Leib und Leben. Perspektiven für eine neue Kultur der Körperlichkeit*, Darmstadt (2014)
 gem. mit T. Müller und P. Spät (Hrsg.): *Post-Physikalismus*, Freiburg / München (2011)

Annemarie Schratter-Sehn

Zur Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Schaden in der Onkologie

The Proportionality of Benefits and Harms in Oncology

Zusammenfassung

Nur durch stringente Kosten-Nutzen-Analysen können onkologische Experten interdisziplinär in Tumorboards und in Patienten-Assessments eine maßgeschneiderte Therapie für jede Patientin und jeden Patienten festlegen. Dadurch ergeben sich Einsparungspotenziale, da teure Fehl- oder Überbehandlungen wegfallen. Zukunftsweisende Therapien bleiben auch bei demographischer, altersbedingter Erkrankungszunahme möglich.

Schlüsselwörter: Effizienz onkologischer Behandlungen, Kosten-Nutzen-Analyse

Abstract

Oncology experts have to determine an individualized therapy for every patient in their care at interdisciplinary tumor boards. This strategy results in cost-effective patient management, since expensive and unnecessary treatments can thereby be avoided. Innovative therapies can remain affordable despite the demographic and age-related increase of specific diseases.

Keywords: efficiency of oncologic treatments, cost-benefit analysis

Prim. Univ.-Doz. Dr. Annemarie Ulrike
Schratter-Sehn
Institut für Radioonkologie
Sozialmedizinisches Zentrum Süd/
Kaiser Franz Josef-Spital
Kundratstraße 3, A-1100 Wien
annemarie.schratter-sehn@wienkav.at

Einleitung

Die zunehmende Lebenserwartung führt als Konsequenz zu einer höheren Krebserkrankungswahrscheinlichkeit. Die moderne Medizin ermöglicht es, dass aus einer bedrohlichen, früher oft rasch zum Tod führenden Erkrankung eine chronische, oft über viele Jahre gut behandelbare und für den Patienten lebenswerte Situation eintritt. Dies führt jedoch zu wachsenden sozialen und ökonomischen Belastungen. Berechnungen über Anzahl der Krebserkrankungen und deren Kosten liegen uns aus einer Evaluierung aus dem Jahr 2008 in Europa vor. So wurden damals in 27 europäischen Ländern 2,45 Millionen Menschen mit der Diagnose „Krebs“ erfasst, wovon 1,23 Millionen daran starben. Die evaluierten Krebskosten betrugen 2009 in der EU 126 Milliarden Euro, wobei die Kosten im Gesundheitswesen 51 Milliarden Euro betrugen. Der Produktivitätsverlust aufgrund des frühen Todes wurde mit 42,6 Mrd. Euro und der Verlust der Arbeitsleistung mit 9,43 Mrd. Euro dotiert. Die informellen Pflegekosten wurden mit 23,2 Mrd. Euro (geschätzte Kosten unbezahlter Pflege durch Verwandte und Freunde der Patienten) kalkuliert. Der Lungenkrebs verbuchte mit 18,8 Mrd. Euro (15% der Gesamtkrebskosten) den höchsten volkswirtschaftlichen Anteil, gefolgt von den Kosten für Brustkrebs (15 Mrd. Euro, 12%), Colorektalkrebs (13,1 Mrd. Euro, 10%) und Prostatakrebs (8,43 Mrd. Euro, 7%). Aufgrund der großen Variabilität und einem West-Ost-Gefälle der Standards in der onkologischen Behandlung betrugen die Kosten für eine Krebsbehandlung 2009 durchschnittlich 102 Euro pro EU-Bürger, wobei in Bulgarien die durchschnittlichen Kosten 16 Euro und in Luxemburg 184 Euro betrugen.¹

Überlebensraten steigen je nach Höhe des medizinischen Standards und damit verbunden auch die Höhe der Gesundheitskosten, wobei in Osteuropa diese besonders niedrig sind.² Die 2009 durchgeführte Kostenanalyse umfasst eine länderspezifische Globalberechnung aus allen Morbiditäts-, Mortalitäts-, sowie Gesundheits- und Pflegekosten

aus nationalen und internationalen Quellen. Um in Zukunft mit dem zu erwartendem Kostenanstieg in der Onkologie finanziell tragbare Krebsbehandlungen zu ermöglichen und eine Kostenwahrheit in der Allokation von Ressourcen zu erhalten, bedarf es Kostenwirksamkeitsanalysen (Cost-Effectiveness-Analysis = CEA), die alle zukünftigen Kosten, die sowohl medizinische als auch Pflege- und Folgekosten erfassen, aufzeigen.³ Somit werden sich Gesundheitsökonominnen in zunehmendem Maße im Sinne der ökonomischen Analyse mit Kosten und Konsequenzen unterschiedlicher Behandlungen, mit Kosten-Nutzen-Analysen, mit dem Kosteneffektivitätsverhältnis einer medizinischen Behandlung (Incremental-Cost-Effectiveness-Ratio = ICER) und mit den Kosten per qualitätserweitertem Lebensjahr (Cost per quality adjusted life year) im Sinne des klinischen Benefits und der Lebensqualität auseinandersetzen, aber auch mit psychosozialer Beeinträchtigung von Krebspatienten, die zu schweren Folgekosten sowohl des Betroffenen als auch von Angehörigen führen können (z. B. Unfähigkeit sozialer Aufgaben wie Kinder- und Angehörigenversorgung). Auch die Bewältigung psychischer Probleme und sozialer Schwierigkeiten werden zu erfassen sein.

Screening und Früherkennung:

Ökonomische Berechnungen von Screening-Methoden erfordern Kosten-Nutzen-Analysen bei Risiko-Patienten mit Genmutationen (z. B. BRCA-Mutationstestungen bei Mammakarzinom). Genmutationen können einerseits über die Familienanamnese, in weiterer Folge aber auch über populationsbedingte Risikogruppen erfasst werden.⁴ Ein wesentlicher Faktor in der Minimierung der Behandlungskosten stellt die Früherkennung von Tumoren dar. Konkrete Evaluierungen bezüglich Kosteneinsparung bei Frühbehandlungen zeigt eine Kostenaufstellung anhand von Patienten mit Lungenkarzinom. Hier zeigt sich, dass sich die Behandlungskosten im Stadium I auf 13.456 US-Dollar, im Stadium II auf 35.648-US-Dol-

lar, im Stadium III auf 106.186 US-Dollar und im Stadium IV auf 144.555 US-Dollar belaufen.⁵ Diese Publikation lässt auch darauf schließen, dass in der Bevölkerung Raucher zur Früherfassung eines nikotinassozierten, nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms Screening-Programmen unterzogen werden sollten.

Überbehandlung

Im Sinne der Allokation muss darauf geachtet werden, dass es konsensuelle Leitlinien in der Erfassung und Weiterbetreuung von Patienten mit Tumoren, die ein sehr geringes Progressions- oder Metastasierungsrisiko zeigen, gibt. Diese Überwachungsprogramme (Watchful Monitoring) können Überbehandlungen, die unnötige hohe Kosten verursachen, und behandlungsbedingte Nebenwirkungen, die eine Verschlechterung der Lebensqualität nach sich ziehen, verhindern.⁶

Personalisierte Medizin

Kosten und Nutzen onkologischer Medikamente fordern wissenschaftliche Studien und Behandlungsprotokolle, um in der nächsten Zeit zukunftssichere Behandlungen nicht zu bedrohen. Das Kosteneffektivitätsverhältnis zugelassener Medikamente bedarf wirtschaftlicher Evidenz onkologischer Medikamentenstudien.⁷ Die personalisierte Medizin hat beim Mammakarzinom schon längst Einzug gehalten. Subgruppen von Patientinnen mit der gleichen Histopathologie zeigen unterschiedliche genetische Targets, die individuell angepasste Therapien wie Chemotherapie, Hormontherapie oder Behandlungen mit humanisierten monoklonalen Antikörpern (Trastuzumab) verlangen und heute schon routinemäßig eingesetzt werden. Patientinnen mit histologischen und molekularen Subtypen zeigen durch gezielte Therapie den größten klinischen Vorteil bei geringster Nebenwirkungsrate. Dies gilt auch für Patienten mit Subtypen von nicht kleinzelligen Bronchuskarzinomen, Melanomen und zunehmend anderen Karzinomen. Hier ist die Wissenschaft gefordert,

molekulare Screening-Methoden für gezielte Behandlungsformen (Targeted Treatment) zu entwickeln.⁸ Während im kurativen Intent die personalisierte Medizin routinemäßig bei allen Patientinnen mit Mammakarzinom eingesetzt wird, findet diese gezielte Form der Therapie bei anderen Karzinomen mit molekularem Target vorwiegend in der Palliation ihren Einsatz. Hier fehlen flächendeckende Studien, um die Effektivität und ev. Kostenersparnis dieser Therapieform in der Erstbehandlung zu beweisen.⁹

Eine molekulare, zielgerichtete Therapie sollte im Vergleich mit anderen onkologischen Therapeutikern nicht nur bezüglich Wirksamkeit, sondern auch bezüglich Nebenwirkungen und deren Behandlungskosten genau evaluiert werden. Das Risiko oft stufenweise zunehmender Toxizitäten neuer Krebstherapien und deren Behandlungskosten wurden in einer Metaanalyse untersucht. Hier hat sich gezeigt, dass nur in sehr langfristigen Analysen Toxizitäten, die oft erst nach längerer Zeit auftreten, vor allem in weniger genau selektierten Patienten zu beobachten sind. Erhalten diese Patienten eine Strahlentherapie, ist mit exzessiven bestrahlungsdosisinadäquaten lokalen Nebenwirkungen zu rechnen. Sehr oft werden diese Nebenwirkungen, die durch eine Kombinationsbehandlung von Radiotherapie und molekularer Antikörper- oder Chemotherapie aufgetreten sind, allein der Strahlentherapie zugeschrieben. Dies führt oft zu unbegründeter Angst und Vermeidung der oft sehr wirkungsvollen lokalen Strahlentherapie. Entwicklungen biomarkergesteuerter Präparate und deren gezielter Einsatz sollten risikoadaptiert gefördert werden.¹⁰

Strahlentherapie

Durch die modernen Strahlengeräte und die Möglichkeit der Hochpräzisionsbestrahlungen und stereotaktischen Bestrahlungen können hypofraktionierte Behandlungen sicher und effektiv erfolgen. Bei einer Subgruppe von Mammakarzinom-Patientinnen kann eine hypofraktionierte

Strahlenbehandlung eine Reduktion der Fraktionen von 25 (2 Gy/Fraktion) auf 15 (2,67 Gy/Fraktion) bei gleichen Lokalkontrollen und identem Nebenwirkungsprofil erfolgen.¹¹ Um bei linksseitiger Brustbestrahlung eine Herzschonung bei hoher Einzeldosis zu gewährleisten, sollte die Bestrahlung in tiefer Einatmung (Deep-Breath-Hold-Irradiation) durchgeführt werden. Bei betagten Patienten, denen eine mehrwöchige, tägliche Bestrahlung aufgrund von Comorbiditäten, Immobilitäten und kognitiven Einschränkungen nicht möglich ist, kann eine hypofraktionierte Bestrahlung mit 5 Gy/Fraktion 1x wöchentlich angeboten werden.¹² Inwieweit sich diese hypofraktionierte Bestrahlung auch bei Patienten mit Prostatakarzinom durchsetzen wird, kann erst durch Langzeitbeobachtungen geklärt werden. In einer Publikation konnte bereits gezeigt werden, dass eine Bestrahlung der Prostata mit 19 Fraktionen in 6 Wochen (3 Fraktionen/Woche) einer Bestrahlung mit 39 Fraktionen in 8 Wochen (5 Fraktionen/Woche) bezüglich Wirkung nicht unterlegen ist, dies bei guter Vergleichbarkeit der Nebenwirkungen.¹³

Die modernen Linearbeschleuniger sind mit Bildverifikationen wie KV-Röntgen und Computertomographie ausgestattet, wodurch eine bildgesteuerte Bestrahlung (Image-Guided Radiotherapy = IGRT), Hochpräzisionsbestrahlungen wie intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT), volumetrische modulierende Radiotherapie (VMAT) und Stereotaxie im Kopf- und Körperbereich ohne angebrachten Rahmen (frameless) möglich ist. Nach aufwendiger Bestrahlungsplanung kann jede Patientin und jeder Patient relativ rasch so einer Spezialbehandlung mit kurzer Liegezeit unterzogen werden. Hohe Einzeldosen können präzise im Tumorzielgebiet appliziert werden. Durch die hochpräzise Bestrahlungsanwendung können hohe Einzeldosierungen mit Minimierung der Nebenwirkungen in den Nachbarorganen verabreicht werden. Dies führt zu einer Verkürzung der Gesamtbehandlungszeit und zu einer Reduktion der Bestrahlungssitzungen. Dadurch können mehr Patienten an einem Linearbeschleuniger pro

Zeiteinheit behandelt werden. Es kommt auch zu einer kostensparenden Verbesserung der Logistik für Krebspatienten.

Durch die fortschrittliche Bestrahlungstechnik sind nicht nur weniger Spätfolgen, sondern auch eine Abnahme von Sekundärmalignomen nach 15 Jahren zu erwarten.¹⁴

Auch im palliativen Intent hat eine Studie anhand von mehr als 800 Patienten bei der Bestrahlung von schmerzhaften Knochenmetastasen bewiesen, dass eine einmalige Bestrahlungssitzung mit 8 Gy einer Bestrahlung mit 20 Gy in 10 Fraktionen weder im Ansprechen noch in der Toxizität unterlegen ist.¹⁵ Um bei langzeitüberlebenden Patienten oder strahlenresistenten Tumorindikationen eine längere Schmerzfreiheit bei Knochenmetastasen erzielen zu können, ist eine planungsintensive, stereotaktische Einzeitbestrahlung von Knochenmetastasen mit einer höheren Einzelfraktion mit 16-18 Gy die kosteneffektivste Vorgangsweise.¹⁶ In der Strahlentherapie ist für jede Patientin und jeden Patienten individuell angepasst in einem Assessment und in Tumorboards die Bestrahlungstechnik und Dosierung festzulegen. Eine Lebensqualitätsanalyse hat anhand von Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchuskarzinom Stadium III anhand einer randomisierten Phase III-Studie zeigen können, dass eine Dosiseskalation auf 74 Gy in 35 Fraktionen gegenüber 60 Gy in 30 Fraktionen in Kombination mit Chemotherapie keinen Überlebensvorteil bei deutlicher Abnahme der Lebensqualität erbrachte.¹⁷

Auch im hochpalliativen Einsatz wie bei Hirnmetastasen kann abhängig vom Prognosefaktor und einer kurzen Überlebenszeit der Einsatz der Strahlentherapie gegenüber Best Supportive Care ohne Vorteil sein.¹⁸ Bei Patienten mit besseren Prognosefaktoren und erwarteter längerer Überlebenszeit, gutem Performancestatus und/oder strahlenresistenter Tumorbiologie sollte auch bei multiplen cerebralen oder Körpermetastasen die stereotaktische Bestrahlung eingesetzt werden. Die Hauptindikationen sind Hirn-, Lungen- und

Wirbelkörpermetastasen.¹⁹ Die Hochpräzisionsbestrahlungen und Stereotaxie – auch im palliativen Setting – haben den Vorteil, dass sie nach aufwendiger Planung die Patienten in keiner Weise beeinträchtigen und schnell, exakt, gut tolerabel mit geringen akuten Nebenwirkungen versehen in wenigen Bestrahlungssitzungen angewandt werden können. Es handelt sich somit um eine effektive kostensparende Behandlungsmethode, die unabhängig vom Primärtumor bei einer Oligometastasierung (i. e. klinische Situation mit begrenzter Metastasierung) auch im Körperstammbereich eine rasche Behandlung bei guter Lebensqualität bietet und systemische Therapien postponieren kann.²⁰ Außerdem ist die Strahlentherapie eine sehr effektive Lokaltherapie, die bei raschem, gezieltem Hochdosiseneinsatz eine Funktionserhaltung trotz bedrohlicher Tumormanifestation ermöglicht. So kann z. B. bei einer Augenmetastase, die bereits zu Doppelbildern und massiver Visuseinschränkung geführt hat, abhängig von der Tumorbilogie schon nach wenigen Bestrahlungssitzungen eine Tumorverkleinerung eintreten und eine Wiedererlangung der Sehfunktion und Erhaltung des Auges gewährleisten. Auch bei Wirbelmetastasen mit drohendem Querschnitt muss eine lokale, hoch dosierte Bestrahlung innerhalb von Stunden erfolgen, um die weitere Funktion zu erhalten oder bereits tumorbedingte Funktionseinschränkungen zu verbessern. Supportiv stabilisierende Maßnahmen wie Vertebroplastie oder dekomprimierende Operationen müssen je nach Situation in interdisziplinärer Absprache mit Fachleuten zeitgerecht erfolgen. Nur durch den Einsatz hoch qualifizierter Lokalmaßnahmen können teure Folgeschäden verhindert werden.

Palliative Pflege

Die palliative Pflege bei Patienten mit einer lebenslimitierenden onkologischen Erkrankung stellt einen wichtigen Teil der Gesamtbehandlungskosten dar. Die täglichen Kosten pro Patientin und Patient wurden in einer Evaluierung 2006 pu-

bliziert und mit durchschnittlichen täglichen Kosten von 434 Euro (301 – 667 Euro)/Tag angesetzt.²¹ In palliativen Pflegeabteilungen arbeiten multidisziplinäre Teams von Ärzten, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Sozialarbeitern, Psychologen, spezialisierten onkologischen Pflegepersonen und Geistlichen. Dies führt zu einer verbesserten Pflege und psychologischen Betreuung mit höherer Zufriedenheit bei gleichem Überleben und gleicher Symptomkontrolle. Dennoch erfolgen Kosteneinsparungen im Vergleich zu einem Spitalsaufenthalt von zu pflegenden Krebspatienten. Die Kostenersparnis gegenüber einer Spitalsstation ist abhängig von der Institution und liegt zwischen 7 und 30%.²² Am Lebensende muss bei Patienten mit schlechtem Performancestatus die Lebensqualität im Vordergrund stehen, da krebsspezifische Behandlungen wie Chemotherapien keinen Benefit im Überleben, jedoch zusätzliches Leid bedeuten.²³

Psychosoziale Faktoren

Zur Erfassung der Kosteneffektivitätsanalysen sind neben der Erfassung der rein medizinischen Kosten vor allem auch die Erfassung psychosozialer Auswirkungen für zukünftige Kostenanalysen notwendig. Sehr oft kämpfen Patienten nach erfolgreicher somatischer Behandlung nicht nur mit körperlichen Spätfolgen, sondern auch mit psychischen Problemen und sozialen Schwierigkeiten. Häufig werden finanzielle Probleme, Probleme mit dem Körperbild und dem neuen Rollenbild, Kontrollverlust über den Körper und Einschränkung von Körperfunktionen bei Veränderung der Lebenssituation, Überforderung und Angst, Partnerschafts- und Sexualprobleme, verbunden mit Selbstwertproblematik u. v. m. angeführt.²⁴ Abhängig vom Schweregrad des Verlustes der insgesamt vertrauten Zukunftsvision sollten Patienten und Angehörige einem Coping oder einer Psychotherapie zugeführt werden. Auch hier können kosteneffektive Gruppenbetreuungen im Sinne von Selbsthilfegruppen oder Psychotherapieinterventionen zur Reduktion von Distress, Ängstlichkeit, Depres-

sivität und zur Bereitstellung von Information hilfreich sein.²⁵ In der Gruppe ist das Voneinander-Lernen und der gegenseitige Informationsaustausch ein wesentlicher Faktor, um neue Zukunftsperspektiven aufbauen zu können.

Referenzen

- Luengo Fernandez R. et al., *Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis*, *Lancet Oncol* (2013); 14(12): 1165-74, doi: 10.1016/S1470-2045(13)70442-X, Epub 2013 Oct 14
- Minicozzi P. et al., *Survival variations by country and age in Europe 2000-2007: Results of EURO CARE-5 population-based study*, *Eur J Cancer* (2015); 51(15): 2099-2268
- Olchanski N. et al., *The peculiar economics of life-extending therapies: a review of costing methods in health economic evaluations in oncology*, *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* (2015); 15(6): 931-40, doi: 10.1586/147377167.2015.1102633, Epub 2015 Oct 19
- Machanda R. et al., *Cost-effectiveness of population screening for BRCA mutations in Ashkenazi Jewish women compared with family history-based testing*, *J Natl Cancer Inst* (2014); 107(1): 380, doi: 10.1093/jnci/dju380, Print 2015 Jan
- Arrieta O. et al., *Medical care costs incurred by patients with smoking-related non-small cell lung cancer treated at the National Cancer Institute of Mexico*, *Tob Induc Dis* (2015); 12(1): 25, doi: 10.1186/s12971-014-0025-4, eCollection 2014
- Aizer A. A. et al., *Cost implications and complications of overtreatment of low-risk prostate cancer in the United States*, *J Natl Compr Canc Netw* (2015); 13(1): 61-8
- Cressman S. et al., *A Time-Trend Economic Analysis of Cancer Drug Trials*, *Oncologist* (2015); 20(7): 729-36, doi: 10.1634/theoncologist.2014-0437, Epub 2015 Jun 1
- Garattini L. et al., *Personalized medicine and economic evaluation in oncology: all theory and no practice?* *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* (2015); 15(5): 733-8, doi: 10.1586/147377167.2015.1078239, Epub 2015 Aug 9
- ebd., Graham D. M. et al., *Economic Impact of Tissue Testing and Treatments of Metastatic NSCLC in the Era of Personalized Medicine*, *Front Oncol* (2014); 4: 258, doi: 10.3389/fonc.2014.00258, eCollection 2014; Kovacevic A. et al., *Five-year survival and costs of care in metastatic colorectal cancer: conventional versus monoclonal antibody-based treatment protocols*, *Expert Rev Anticancer Ther* (2015); 15(8): 963-70, doi: 10.1586/147377140.2015.1059280, Epub 2015 Jun 18
- Niraula S. et al., *Risk of Incremental Toxicities and Associated Costs of New Anticancer Drugs: A Meta-Analysis*, *Journal of Clinical Oncology*, published online before print September 29, 2014, doi: 10.1200/JCO.2014.55.8437; *JCO* (2014); 32: 3634-3642
- Haviland J. S. et al., *The UK Standardisation of Breast Radiotherapy (START) trials of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: 10-year follow-up results of two randomised controlled trials*, *Lancet Oncol* (2013); 14(11): 1086-94, doi: 10.1016/S1470-2045(13)70386-3, Epub 2013 Sep 19
- Rovea P. et al., *Once-Weekly Hypofractionated Whole-Breast Radiotherapy After Breast-Conserving Surgery in Older Patients: A Potential Alternative Treatment Schedule to Daily 3-Week Hypofractionation*, *Clin Breast Cancer* (2015); 15(4): 270-6, doi: 10.1016/j.clbc.2014.12.011, Epub 2015 Jan 7
- Aluwini S. et al., *Hypofractionated versus conventionally fractionated radiotherapy for patients with prostate cancer (HYPRO): acute toxicity results from a randomised non-inferiority phase 3 trial*, *Lancet Oncol* (2015); 16(3): 274-83, doi: 10.1016/S1470-2045(14)70482-6, Epub 2015 Feb 3
- Berrington de Gonzalez A. et al., *Risk of second cancers according to radiation therapy technique and modality in prostate cancer survivors*, *Int J Radiat Oncol Biol Phys* (2015); 91(2): 295-302, doi: 10.1016/j.ijrobp.2014.10.040
- Chow E. et al., *Single versus multiple fractions of repeat radiation for painful bone metastases: a randomised, controlled, non-inferiority Trial*, *Lancet Oncol* (2014); 15(2): 164-71, doi: 10.1016/S1470-2045(13)70556-4, Epub 2013 Dec 23
- Kim H. et al., *Cost-effectiveness analysis of single fraction of stereotactic body radiation therapy compared with single fraction of external beam radiation therapy for palliation of vertebral bone metastases*, *Int J Radiat Oncol Biol Phys* (2015); 91(3): 556-63, doi: 10.1016/j.ijrobp.2014.10.055, Epub 2014 Jan 30
- Movsas B. et al., *Quality of Life Analysis of a Radiation Dose-Escalation Study of Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer: A Secondary Analysis of the Radiation Therapy Oncology Group 0617 Randomized Clinical Trial*, *JAMA Oncol*, published online November 25, 2015: 1-9, doi: 10.1001/jamaoncol.2015.3969
- Nieder C. et al., *Radiotherapy versus best supportive care in patients with brain metastases and adverse prognostic factors*, *Clin Exp Metastasis* (2013); 30(6): 723-9, doi: 10.1007/s10585-013-9573-x, Epub 2013 Feb 8
- Nichol A. et al., *Volumetric Radiosurgery for 1 to 10 Brain Metastases: A Multicenter, Single-arm, Phase 2 Study*, *Int J Radiat Oncol Biol Phys* (2015), pii: S0360-3016(15)26582-0, doi: 10.1016/j.ijrobp.2015.10.017; Li Q. et al., *Framelless stereotactic body radiation therapy for multiple lung*

- metastases, *J Appl Clin Med Phys* (2014); 15(4): 4737, doi: 10.1120/jacmp.v15i4.4737
- 20 Takeda A. et al., *Role of stereotactic body radiotherapy for oligometastasis from colorectal cancer*, *World J Gastroenterol* (2014); 20(15): 4220-4229, published online 2014 Apr 21, doi: 10.3748/wjg.v20.i15.4220
- 21 Tibi-Lévy Y. et al., *Determinants of resource utilization in four palliative care units*, *Palliat Med* (2006); 20(2): 95-106
- 22 May P. et al., *Economic Impact of Hospital Inpatient Palliative Care Consultation: Review of Current Evidence and Directions for Future Research*, *J Palliat Med* (2014); 17(9): 1054-1063, doi: 10.1089/jpm.2013.0594; Bendaly E. A. et al., *Financial impact of palliative care consultation in a public hospital*, *J Palliat Med* (2008); 11(10): 1304-8, doi: 10.1089/jpm.2008.0077
- 23 Holly G. et al., *Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life*, *JAMA Oncol* (2015); 1(6): 778-784, doi: 10.1001/jamaoncol.2015.2378
- 24 Burg M. A. et al., *Current unmet needs of cancer survivors: analysis of open-ended responses to the American Cancer Society Study of Cancer Survivors II*, *Cancer* (2015); 121(4): 623-30, doi: 10.1002/cncr.28951, Epub 2015 Jan 12
- 25 Spek van der N. et al., *Effectiveness and cost-effectiveness of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: protocol of a randomized controlled trial*, *BMC Psychiatry* (2014); 14: 22; published online 2014 Jan 28, doi: 10.1186/1471-244X-14-22; Breitbart W. et al., *Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer*, *J Clin Oncol* (2014); 33(7): 749-54, doi: 10.1200/JCO.2014.57.2198, Epub 2015 Feb 2

Marcus Schlemmer

Die Kunst des Ausstiegs: Ärztliche Wahrhaftigkeit und „End of Life Care“

The Art of Escape: Physicians' Truthfulness and End of Life Care

Zusammenfassung

Ärztliche Wahrhaftigkeit zu Menschen mit Krankheiten, die ihre Existenz bedrohen, basiert auf einer Kommunikation, die primär asymmetrisch ist. Sie kann ohne Würdigung des Individuums, ohne Glaubwürdigkeit, ohne Begleitung, Rat und Sorge um die Angst und Einsamkeit des Patienten und die Angehörigen nicht gelingen.

Die Behandlung und Begleitung von Sterbenden verlangt Multiprofessionalität. Primär muss der Patient mit seinen Bedürfnissen zu Wort kommen, aber auch die Professionellen müssen innehalten und über den Patienten reflektieren – und über sich selbst.

Wir brauchen eine Wahrhaftigkeit gegenüber unseren Gefühlen. Wir müssen eine Balance finden zwischen medizinisch Sinnvollem und menschlich Sinnvollem. Wahrhaftigkeit in der zwischenmenschlichen Beziehung hat auch mit Behutsamkeit zu tun. Die Wahrheit darf nicht vorenthalten werden, aber sie muss behutsam mitgeteilt werden.

Schlüsselwörter: Palliativmedizin, Therapie am Lebensende, Kommunikation, Wahrhaftigkeit, Suizid

Abstract

Physicians' honesty with patients afflicted with life-threatening diseases is no longer simply a matter of asymmetric communication between two human beings. An appreciation of the individual, and the anxiety and loneliness of the patient and his or her relatives, is necessary. "End of life care" thus requires effective, credible, and sensitive communication.

The treatment of the dying demands multi-professionalism. In this, the patient's primary needs must be heard and reflected by the medical staff.

We need awareness of our own feelings, balanced between the medical and human meaningful. Truthfulness requires wariness. Truth must be communicated carefully and with compassion, based on the appreciation of the individual.

Keywords: palliative care, end of life care, communication, truthfulness, suicide

Priv. Doz. Dr. Marcus Schlemmer
Leiter der Palliativstation St. Johannes von Gott
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Romanstraße 93, D-80639 München
Marcus.Schlemmer@barmherzige-muenchen.de

1. Palliativmedizin

Palliativmedizin ist die älteste medizinische Disziplin. Vor Tausenden Jahren konnte Kranken nur durch Linderung geholfen werden, da die Entstehung von Krankheiten noch weniger verstanden wurde als heute. Die Diagnostik musste sich auf die Beobachtung oder Exploration verlassen. In Ermangelung technischer Hilfsmittel und Therapiemöglichkeiten und aufgrund der Unkenntnis von pathophysiologischen Zusammenhängen war Linderung von somatischen Leiden die einzige Möglichkeit und menschliche Zuwendung zum Kranken oder Sterbenden essentiell. Je mehr die moderne medizinische Wissenschaft über Entstehung von Krankheiten forschte und für die Patienten segensreiche Therapien entwickelte, desto mehr trat die reine Linderung in den Hintergrund – möglicherweise auch die menschliche Zuwendung.

Wenn es richtig ist, dass Palliativmedizin stärker patientenorientiert ist als krankheitsorientiert, so tritt in der Palliativmedizin der Mensch mit seinem Leid, mit seinem Symptom und nicht die Krankheit in den Focus – die Krankheit, die es in anderen medizinischen Disziplinen zu besiegen gilt, die in der Palliativmedizin aber allzu oft nicht besiegt werden kann. Palliativmedizin will die Erkrankung nicht besiegen. Sterben und Tod eines Menschen betrachten Palliativmediziner daher auch nicht als Niederlage.

Palliativmedizin muss sich dem einzelnen Menschen und seinen Nöten zuwenden, sowohl seinen physischen, als auch seinen psychischen. Palliativmedizin muss sich mit der Biographie des Betroffenen auseinandersetzen, mit seinem Leben. Somit spielt die Wahrnehmung des sozialen Umfelds des Kranken, seiner Angehörigen, seiner Lieben und die Fürsorge für diesen Menschen eine wichtige Rolle in der Palliativmedizin. Als einzige Disziplin aller Spezialgebiete der Medizin schreibt Palliativmedizin in ihre Definition, dass Palliativmediziner sich auch um die Angehörigen des Patienten kümmern müssen.¹

Palliativmedizin benötigt Multiprofessio-

nalität, also eine Gemeinschaft von Fachleuten, aufgrund der Komplexität der Bedürfnisse des Patienten. Neben Krankenpflegern und Ärzten gehören Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, Seelsorger, Musik- und Kunsttherapeuten und Ehrenamtliche zu dieser „unit of care“, also dieser Gemeinschaft, die sich kümmert. Der Begriff von Dame Cicely Saunders „total pain“² steht paradigmatisch für diese Gemeinschaft der Betreuer. Ein Schmerz eines Patienten, der „total“ ist, weil er seine Körperlichkeit betrifft, aber auch seine Sozialität, seine Emotionalität und seine Spiritualität, benötigt Fachleute für alle diese Aspekte. Um die Bedürfnisse des Patienten wahrnehmen zu können, braucht es neben der Fähigkeit der Beobachtung die Fähigkeit der Kommunikation.

2. Kommunikation

Kommunikation findet in „end of life care“ in einer Situation statt, in der der Patient immer in der schwächeren Position ist. Er ist krank, er geht in eine fremde Umgebung, er ist der Laie bezogen auf seine Erkrankung, er ist der Schwächere. Der Arzt ist nicht krank, bewegt sich in seiner gewohnten Umgebung, er ist (hoffentlich) der Experte für die Erkrankung und somit der Stärkere in dieser Arzt-Patienten-Beziehung. Die Kommunikation zwischen Patient und Arzt ist geprägt von einer Asymmetrie zu Lasten des Patienten. Kann und will ein Sterbender überhaupt mit einem Lebenden sprechen?

Umso wichtiger ist es, dass in diesem asymmetrischen System das Setting gut gewählt wird und beide sich ausreichend Zeit für intensive kommunikative Begegnung nehmen. Primär muss der Patient zu Wort kommen. Es geht um seine Befindlichkeit, seine Schmerzen, seinen Verlust an körperlicher Integrität, seine Sorgen und Ängste, letztlich um seine Bedürfnisse. Dazu müssen wir Ärzte zuerst einmal zuhören. Zuhören und Zeit haben zum Zuhören ist eine Grundvoraussetzung ärztlichen Handelns. Ohne diese Kunst können Diagnostik, Symptomkontrolle und Behandlung nicht funktionieren. Anders formuliert kann ohne Zuhören die Arzt-Pati-

enten-Beziehung nicht gelingen, die Voraussetzung ist für eine auf den Kranken zentrierte Therapie.

In wissenschaftlichen Untersuchungen dieser Art von schwieriger Kommunikation, „breaking bad news“, konnte nachgewiesen werden, dass Gespräche besser gelingen, wenn einige Grundregeln Beachtung finden.³

Kommunikation in „end of life care“ gründet stärker als Kommunikation in anderen medizinischen Feldern auf der medizinischen Situation und der menschlichen Situation des Patienten. Diese Kommunikation findet zu einem Zeitpunkt statt, zu dem seine Existenz unmittelbar bedroht ist, sein Leben auf sein irdisches Ende zugeht und sein Sterben vielleicht schon begonnen hat. Diese Kommunikation ist bei Schwerkranken oft nonverbal, Blicke können hier mehr sagen als Worte. Viele der Schwerkranken sind viel zu schwach, um zu sprechen, können sich dennoch sehr gut mitteilen. Erfahrenes Pflegepersonal ist in der Lage, über nonverbale Kommunikation Bedürfnisse von Kranken wahrzunehmen. Seine Biographie, sein soziales Umfeld, seine Sorgen sind unverzichtbare Grundpfeiler jeder Kommunikation. Aber: Die Biographie des Arztes, sein soziales Umfeld, seine Sorgen sind ebenfalls Grundpfeiler dieser Kommunikation, dieser „Begegnung von Betroffenen“. Wenn Wahrhaftigkeit in „end of life care“ auch mit den Überzeugungen des Arztes zu tun hat, muss dieser Aspekt mehr Beachtung finden. Anders formuliert: Der Arzt sollte seine Rolle in der Kommunikation mit Sterbenden reflektieren.

Ärztliche Kunst ist trainiert und fokussiert auf die Diagnose und Therapie von Krankheiten. Unaufrichtig ist, dass oft von Heilung als Ziel ärztlichen Handelns gesprochen oder sogar ausgegangen wird. Viele Krankheiten, nicht nur die malignen, können Ärzte nicht heilen. Chronische Erkrankungen wie Diabetes, Schilddrüsenunterfunktion oder Depression können Ärzte nur lindern, aber nicht heilen. Sind möglicherweise Grenzen unserer Kommunikation mit Sterbenden Grenzen der Wahrhaftigkeit?

3. Wahrhaftigkeit

Wenn Wahrhaftigkeit zwischen Arzt und Patient in den Fokus gestellt werden soll, ist es sinnvoll, den Begriff der Wahrhaftigkeit näher zu betrachten. Wahrhaftigkeit als ethischer Begriff, der die menschliche Fähigkeit bezeichnet gemäß seinen Überzeugungen zu reden und zu handeln. Dies auch, wenn ihm daraus keine Vorteile erwachsen oder sie sogar auf Irrtümern beruhen.⁴ Im Unterschied zur Wahrheit, die verstanden wird als inhaltliche Übereinstimmung einer Sache mit dem, was über die Sache gesprochen wird, ist Wahrhaftigkeit eine Haltung, die der Wahrheit verpflichtet ist. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass das Gesagte der Überzeugung des Sagenden entspricht. Wahrhaftigkeit hat also etwas mit dem Sprechenden und seinen Überzeugungen zu tun. Wahrhaftigkeit in „end of life care“ meint, dass der Arzt dem Patienten die Wahrheit über die ihm bekannten Details und Zusammenhänge der Erkrankung sagen muss. Er ist der Wahrheit verpflichtet, hat also eine Aufklärungspflicht. Der Patient hat das Recht, die Wahrheit zu wissen. Andererseits meint Wahrhaftigkeit, dass der Arzt die aus den objektiven Informationen und Details resultierenden Maßnahmen, z. B. Therapien, dem Patienten empfehlen soll. Dies hat in der Art zu geschehen, dass diese Empfehlungen nicht seinen Überzeugungen widersprechen. Ein Arzt sollte also einem Patienten keine Empfehlung einer medizinischen Maßnahme geben, von der er nicht selber überzeugt ist. Eine gute Möglichkeit der Selbsterforschung könnte die Frage sein, ob der Arzt die empfohlene Therapie auch seinen nächsten Angehörigen raten würde. Fatal wäre es, wenn Ärzte wirtschaftliche Gesichtspunkte zur Motivation einer Therapieempfehlung machten und nicht medizinische und menschliche.

Gibt es Grenzen der Wahrhaftigkeit in der Medizin? Sind die Grenzen unseres ärztlichen Wissens eine Grenze der Wahrhaftigkeit? Wie oft hören wir die Frage: „Wie lange lebe ich noch?“ Diese Frage können wir nicht beantworten, und das ist wahrhaftig. Wir wissen den Todeszeitpunkt in den allermeisten Fällen nicht, Ärzte können allenfalls Zeiträume

angeben: „Ich denke, wir reden von Monaten“, aber wir müssen dazusagen: „Aber, wir können uns irren.“ Wichtiger als der genaue Zeitpunkt ist die emotionale Aufrichtigkeit, um den Patienten nicht im Unklaren über seine Prognose zu lassen.

Patienten müssen primär informiert werden, ihre Situation und den medizinischen Sachverhalt zu „verstehen“. Ohne eine objektive Information können sie keine Entscheidungen treffen. Die Übereinkunft des „informed consent“ basiert in Deutschland auf dem Nürnberger Codex von 1948.⁵ Aus gutem Grund wurde in Nürnberg nach den Kriegsverbrecherprozessen festgelegt, dass ein Arzt an einem Patienten nur dann eine medizinische Maßnahme durchführen darf, wenn der Patient den Sachverhalt verstanden hat und freiwillig seine Zustimmung gibt. Ob ein Patient den Sachverhalt versteht und ob immer eine eigenverantwortliche Entscheidung möglich ist, hat mit dem Patienten und seiner kognitiven und emotionalen Situation, aber entscheidend auch mit der Kommunikation durch den Arzt zu tun. Eine sachliche Aufklärung mit der Aufforderung, zwischen Behandlungsoptionen zu wählen, bringt den Patienten in eine Lage, die er nicht abschließend beurteilen kann. Der Patient kann regelhaft aufgrund seines „Nichtwissens“ eine sachlich fundierte Entscheidung nicht treffen. Der Patient befindet sich in der Situation, in der wir alle in unterschiedlichen Lebenslagen sind, in denen wir den Sachverhalt nicht überblicken können und uns auf den Rat eines Fachmanns verlassen müssen. Der Unterschied liegt darin, dass diese Entscheidungen von uns nicht in lebensbedrohlichen Lagen getroffen werden müssen. Um wie viel stärker muss dieses Vertrauen in Fragen von Weiterleben sein. Der Patient kann in Deutschland jede medizinische Maßnahme ablehnen. Eine nicht indizierte Maßnahme kann er aber vom Arzt nicht verlangen. Gerade am Ende des Lebens entstehen aufgrund unterschiedlicher Informationen und Erwartungen Konflikte. Diese werden zwischen Arzt und Patient, häufig aber auch zwischen Angehörigen und Arzt ausgetragen. Die Ermittlung des Pati-

entenwillens bezogen auf lebenserhaltende Therapien, hat eine große Bedeutung in „end of life care“. Eine Möglichkeit, diesen Konflikt aufzulösen, kann über fünf grundsätzliche Fragen gelingen:

Wie effektiv ist die geplante Maßnahme? Wie ist das Verhältnis von Vorteil zu Nachteil für den Patienten? Wie ist das Verständnis des Patienten bezogen auf seine medizinische Situation? Möchte der Patient eine Behandlung, auch nachdem die Analyse der Vorteile/Nachteile gemacht worden ist? Spielt der Verbrauch von Ressourcen eine Rolle für die Entscheidung?⁶

Kommunikation am Lebensende beschränkt sich nicht nur auf Übermittlung von Information, sondern muss die Bedeutung dieser Information für den Patienten würdigen. Insofern sind das Einfühlungsvermögen und das Vertrauen zwischen den Gesprächspartnern essentiell. Der Patient hat aber auch ein Recht auf Nichtwissen – wenn es seiner Würde entspricht, Informationen nicht zu erhalten, dann dürfen wir sie ihm nicht aufdrängen. Es ist würdelos, einem schwer kranken Patienten täglich ins Gesicht zu sagen, dass er sterben werde, wenn er diese Information oder diese Wahrheit nicht hören, nicht wahrhaben möchte.

Kommunikation am Lebensende als eine Interaktion zwischen Arzt und Patient über das emotional Aushaltbare.

Entscheidend für das Gelingen dieser Kommunikation ist, was der Kranke aushalten kann. Darüber hinaus ist wichtig, was der Therapeut aushalten kann – was er sagen kann oder nicht sagen kann. Die Unfähigkeit, etwas Belastendes nicht sagen zu können oder nicht hören zu wollen, hat nichts mit Unwahrhaftigkeit zu tun. Patienten, denen die Angehörigen immer wieder sagen, dass sie gesund werden, dass es „wieder besser wird“, fühlen sich oft sehr allein. Aus Furcht vor der Wahrheit wird ihnen nicht nur die Chance genommen, sich mit dem eigenen Tod zu befassen, sondern aus Furcht werden ihnen Mitmenschlichkeit und Respekt verweigert. Müssen wir Dinge aus Mitmenschlichkeit sagen, oder müssen wir Dinge aus Mitmenschlichkeit nicht sagen?

Wie viel Wahrheit Patienten vertragen, ist eine wichtige, menschlich wichtige Frage. Wie viel Wahrheit wir, die Therapeuten, vertragen, ist eine nicht minder wichtige Frage. Jeder Patient hat grundsätzlich ein Recht auf Wahrheit und Wahrhaftigkeit, es entspricht seiner Würde, die wichtigen Dinge seine Gesundheit oder seine Krankheit betreffend zu kennen. Erst diese Kenntnis befähigt ihn Entscheidungen treffen zu können. Entscheidungen zu treffen, über sich und sein Leben, sein Weiterleben, sein würdevolles Weiterleben und seine ureigenen Bedürfnisse: Dies ist etwas spezifisch Humanes.

4. Suizid

Die Diskussion über den ärztlich assistierten Suizid wird in Deutschland intensiv geführt. Suizid, so das Argument, sei ein Menschenrecht, anders gesagt, die Freiheit des Menschen müsse den Menschen auch befähigen, sein Leben zu beenden. In Deutschland töten sich mehr als 10.000 Menschen jährlich, mehr als 100.000 versuchen sich zu töten.⁷ Diese Menschen sind in der Mehrheit ältere Menschen. Möglich ist, dass ältere Menschen sich nicht mehr gebraucht fühlen, überflüssig, zur Last fallend. Sicher ist, dass überhäufig Suizid das Ergebnis von Einsamkeit, Verzweiflung und Angst vor der Zukunft ist.⁸

Im amerikanischen Bundesstaat Oregon gibt es die Möglichkeit, sich bei Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung ein Rezept über eine hohe Dosis Schlafmittel von Ärzten ausstellen zu lassen. Diese Schlafmittel können dann zuhause zur Selbsttötung eingenommen werden. Die Psychiaterin Linda Ganzini, die jahrzehntelang für dieses Recht von Schwerkranken gekämpft hat, sagt selbst: „Diese Patienten haben keine Angst, qualvoll allein zu sterben. Es ist umgekehrt: Sie haben Angst, dass andere sich zu viel um sie kümmern müssen.“

Nach Untersuchungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin betrifft der Wunsch, sich mit Hilfe eines Arztes selbst zu töten, weniger als 1% der Schwerstkranken. Dies ist in Einklang mit den Zahlen aus Ländern wie Schweiz, Nieder-

lande oder Belgien, in denen ärztlich assistierter Suizid erlaubt ist und praktiziert wird. Es scheint Menschen wichtig zu sein, am Ende des Lebens die Möglichkeit zu haben, sich selbst zu töten. Die Organisation EXIT, die Schweizer Bürgern begleiteten Suizid ermöglicht, hat mehr als 90.000 Mitglieder. Im Jahr 2014 töteten sich nach Berichten von EXIT 583 Menschen, 124 mehr als im Jahre 2013.⁹ In den Niederlanden waren es nach offiziellen Berichten der Regionalen Kontrollkommission Sterbehilfe¹⁰ im Jahr 2012 185 dokumentierte Fälle von ärztlich assistiertem Suizid. In den Niederlanden ist darüber hinaus die Tötung auf Verlangen erlaubt. Die Anzahl der Fälle von Tötung auf Verlangen betrug 2012 ein Vielfaches der Fälle des ärztlich assistierten Suizids, insgesamt waren es 3.956. Diese veröffentlichten Zahlen zeigen eindrucksvoll, dass der Wunsch, getötet zu werden, um ein Vielfaches größer ist als der Wunsch nach ärztlicher Assistenz beim Suizid. Es stellt sich die Frage, ob Menschen diese Wahl treffen, oder ob sie gedrängt sind so zu handeln. Wenn sie gedrängt sind, muss unsere Gesellschaft intensiver reflektieren, woher diese Sterbewünsche kommen.

5. Ausstieg

Kunst des Ausstiegs: Heißt das Sterbenlassen oder besser Sterben zulassen? Die Patienten, die sich den Tod wünschen, sind schwer krank. Ihre Krankheit führt zum Tod, und Palliativmedizin steht dafür, dass Sterben ein würdevolles Sterben ist. Die Kunst, den Tod nicht herauszuzögern, ist die palliativmedizinische Kunst. Viel zu oft verlängern wir Ärzte das Sterben – und das ist würdelos. Wenn häufige Motive für einen selbstbestimmten Tod die Angst vor den Apparaten und den sie bedienenden Menschen sind, scheint es der Gesellschaft und uns Ärzten nicht gelungen zu sein, diese Ängste zu nehmen. Warum schaffen wir es nicht, unseren Patienten nachhaltig zu vermitteln, dass ihre Wünsche, ihre Vorstellungen, ihre Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht von uns respektiert werden? Das Weglassen von medizinischen Maßnahmen ermög-

licht Sterben. Maßnahmen zur Lebensverlängerung werden in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten weggelassen. Dies ist im besten Sinne des Wortes eine „Sterbehilfe“. Also ärztliche Kunst als Hilfe beim Sterben. Hierzu braucht es keine Tötung und auch keine Selbsttötung, zumindest nicht bei Schwerkranken. Appetitlosigkeit oder besser Mangel an Hunger ist ein häufiges Symptom bei Patienten mit weit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen. Die Patienten sind nicht nur zu schwach zu essen, ihnen fehlt jeglicher Appetit. Dies kann als eine physiologische Reaktion des Körpers auf die Erkrankung und den bevorstehenden Tod gesehen werden. Eine sog. „künstliche Ernährung“, also die Gabe von Nahrung durch einen Magenschlauch oder eine Vene, wäre in dieser Situation eine Lebens- und möglicherweise eine Leidensverlängerung. Das Hören des Arztes auf die Bedürfnisse des Patienten, die Kommunikation darüber, dass er sich nicht zwingen muss zu essen, stellt oft eine große Erleichterung für den Betroffenen dar. Die nächsten Angehörigen sind diejenigen, die mit solchen Entscheidungen des Patienten emotionale Schwierigkeiten haben: „Sie können meine Mutter doch nicht verhungern lassen“, ist ein häufiger „Vorwurf“, den wir Ärzte hören, wenn wir Sterbende nicht mehr „künstlich“ ernähren. Die empathische Kommunikation, das Erklären der Bedürfnisse von Sterbenden und Zeit für die Angehörigen, muss ebenfalls zu der ärztlichen Kunst gehören, wie die Therapie von Symptomen.

Patienten sind oft erleichtert, wenn eine offene Kommunikation darüber geführt wird, dass sie in naher Zukunft sterben werden. Ihr körperliches Empfinden hat ihnen schon eine geraume Zeit signalisiert, dass ihre zunehmende Schwäche dafür ein Zeichen ist. Wenn Möglichkeiten der Palliativmedizin offen kommuniziert werden, Leiden so verringern zu können, dass Patienten damit gut leben und sterben können, nimmt es den Patienten und ihren Angehörigen Angst. Angst vor Autonomieverlust, Angst vor Schmerzen und unerträglichem Leid, Angst vor Ausgeliefertsein.

Aber auch die beste Palliativmedizin kann nicht alles Leid lindern. Seelische oder spirituelle „Schmerzen“ können nicht immer besprochen und noch seltener gelöst werden. Sterben ist schmerzlich. Wenn nicht für die Patienten, für die Sterben oft das Ende von Leiden bedeutet, dann für ihre Angehörigen, die einen geliebten Menschen gehen lassen müssen. Das gilt in gleicher Weise für das Selbsttöten. Angehörige müssen damit weiterleben, dass ein Angehöriger keinen anderen Ausweg sah, als sich zu töten. Angehörige sind in der Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid bisher noch viel zu wenig in den Fokus gerückt worden. Auch hier kann Palliativmedizin dazu beitragen, diese fundamental menschliche Qualität als medizinische Kunst wieder zu beleben.

Referenzen

- 1 WHO, Definition Palliativmedizin, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 2 Saunders C., *Care of the Dying* (1959), S. 1032
- 3 Baile W. F. et al., SPIKES-A six Step protocol for delivering bad news to the patient with cancer, *The Oncologist* (2000); 5: 302-311
- 4 Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, Buch IV, Kap. 13
- 5 Mitscherlich A. et al., *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*, Frankfurt a. M. (1960), S. 272 f.
- 6 Winkler E. C. et al., *Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework*, *J Med Ethics* (2012); 38: 647-651
- 7 Todesursachen in Deutschland, Fachserie 12, Reihe 4 (2013), <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/AlteAusgaben/TodesursachenAlt.html>
- 8 Forschungsgruppe Wahlen, *Umfrage Sterben in Deutschland*, <http://www.dhvp.de/>
- 9 www.exit.ch, Stand 02/2015
- 10 Regionale toetsingscommissies euthanasie Jaarverslag 2012, <http://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2012/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2012>

Letzter Zugriff auf sämtliche Internetseiten am 23. Februar 2016.

Josef Schwarzmeier

Krebstherapie heute: Grenzen und Möglichkeiten

Cancer Treatment Today: Limitations and Opportunities

Zusammenfassung

Die Zahl der Krebsfälle hat in den letzten Jahrzehnten weltweit deutlich zugenommen. Dies ist nicht nur auf bessere diagnostische Möglichkeiten, sondern auch auf das zunehmende Alter der Bevölkerung zurückzuführen. Die 5-Jahres-Überlebensrate hat sich in Europa gemäß der EUROCARE-5-Studie deutlich gebessert und liegt derzeit bei 52,5 Prozent aller Krebspatienten. Der vorliegende Beitrag liefert eine Übersicht der Therapieansätze von der Geburtsstunde der moderneren Chemotherapie im Jahr 1944 über die Einführung sog. Biologicals, die hämatologische Grundlagenforschung sowie die Charakterisierung von krebsauslösender Translokation und der daraus entstehenden Proteine. Dies war Grundstein für die Entwicklung von einzelnen, selektiven Therapien. Für die Zukunft einer präzisen, individualisierten und gezielten Krebstherapie spielen hohe Kosten eine Rolle.

Schlüsselwörter: Onkologie, Chemotherapie, Biologicals, Personalisierte Medizin, Kosten

Abstract

The number of patients with cancer has increased worldwide in recent decades. This is not only a result of improvements in diagnostic measures but also of the growing age of the population. According to EUROCARE-5, the five-year-survival rate among all cancer patients in Europe has increased to 52.5%. The following contribution provides a survey of therapeutic modalities, beginning with the introduction of the first chemotherapy in 1944, followed by the so-called 'biologicals'. These involve the results of basic haematological research and the identification of cancer triggers by molecular translocation. These have resulted in the generation of proteins, the cornerstone of specific and selective therapies. Thus, in the near future, precise individualized and pinpointed modes of treatment can be expected, although the high costs of these must be taken into account.

Keywords: oncology, chemotherapy, biologicals, personalized medicine, costs

Univ.-Prof. Dr. Josef Schwarzmeier
Institut für Bioanalytische Onkologie der Karl
Landsteiner Gesellschaft
Rudolfinerhaus Privatklinik
Billrothstraße 78, A-1190 Wien
josef.schwarzmeier@meduniwien.ac.at

EU-weit gab es im Jahr 2012 rund 2,7 Millionen Neuerkrankungen an Krebs. Diese hohe Zahl ist verständlich, da immer mehr ältere Menschen ihre Krebserkrankung gewissermaßen „erleben“. Die Überlebensrate jedoch hat sich in Europa in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. Fünf Jahre nach der Diagnose einer Krebserkrankung leben heute, gemäß der EUROCORE-5-Studie,¹ 52,5 Prozent der Patienten. Österreich liegt mit einer durchschnittlichen Fünf-Jahres-Überlebensrate von 56,7 Prozent im Spitzenfeld. Am höchsten war der Anteil in Island (57,6 Prozent), am niedrigsten in Bulgarien (39,2 Prozent). Worauf beruhen diese Fortschritte und gleichzeitig Unterschiede? Um das zu verstehen, sei ein kurzer geschichtlicher Überblick über die Entwicklung der Krebstherapie in den vergangenen Jahrzehnten vorangestellt.

Die Geschichte der modernen Krebstherapie

Die Geburtsstunde der modernen Krebstherapie war das Jahr 1944, als im Hafen von Bari ein dort vor Anker liegendes Kriegsschiff der amerikanischen Marine von deutschen Flugzeugen bombardiert wurde. Bei diesem Angriff kamen nicht nur Soldaten der Schiffsbesatzung ums Leben, sondern es waren auch Opfer unter der Zivilbevölkerung zu beklagen, die gar nicht der unmittelbaren Explosion ausgesetzt waren und die auch nicht sofort starben. Es waren auch Kinder darunter. Bei der folgenden Untersuchung stellte sich heraus, dass infolge der Einwirkung des Kampfstoffes Senfgas bei den toten Kindern der Thymus eingeschmolzen war. Durch Senfgas gingen also Lymphozyten, aus denen der Thymus aufgebaut ist, zugrunde. In der Folge wurde in den USA getestet ob *Stickstoff-Lost*, ein anderer Name für Senfgas, auch bei Tieren Lymphosarkome zum Einschmelzen bringt. Nachdem dies der Fall war, wurde die Substanz auch bei lymphoproliferativen Erkrankungen des Menschen eingesetzt. Die Erfolge waren, besonders beim Hodgkin Lymphom, verblüffend. Als ich vor 50 Jahren meine Kliniklaufbahn begann, war das Mustargen als neues Medikament

zur Behandlung des Morbus Hodgkin gerade eingeführt worden. Die Wirkung war phantastisch, doch mussten starke Nebenwirkungen in Kauf genommen werden. Neben lokaler Reizung waren dies vor allem Übelkeit und Knochenmarksdepression.

Alkylantien

Die Wirkung des Mustargens beruht auf einer Alkylierung der Nukleinsäuren, d.h. auf der Bildung kovalenter Brücken zwischen den DNS-Strängen und damit der Verhinderung der DNS-Replikation bzw. Störung der DNS-Synthese. In der Folge wurden Abkömmlinge des Mustargens synthetisiert, die einerseits weniger Nebenwirkungen hatten, andererseits gezielter auch bei anderen Krebserkrankungen eingesetzt wurden. Als Beispiele seien das von der Firma Bayer synthetisierte Endoxan erwähnt, das bei vielen Krebserkrankungen eingesetzt wird, das in der Behandlung des multiplen Myeloms erfolgreiche Melphalan oder das in der Therapie der chronisch lymphatischen Leukämie eingesetzte Busulfan.

Antimetaboliten

Die durch die biochemische Forschung vermittelten Einblicke in den Zellstoffwechsel im allgemeinen und in die Krebszellen im besonderen, ermöglichten die Entwicklung so genannter Antimetaboliten. Dazu gehören die *Purinantagonisten*, welche von den Zellen anstatt normaler Purine in Nukleinsäuren eingebaut werden und diese damit zum Untergang bringen. Hierher gehören das Purinethol, das Imurek oder das Thioguanin, Substanzen die in der Leukämiebehandlung oder als Immunsuppressiva verwendet werden. Eine weitere Gruppe von Antimetaboliten stellen die *Pyrimidinantagonisten* dar. Zu ihnen gehören u. a. das in der Behandlung von gastrointestinalen Tumoren eingesetzte 5-Fluorouracil, das für die Behandlung der akuten myeloischen Leukämie wichtige Cytosin-Arbinosid (Alexan) oder der *Folsäureantagonist* Methotrexat.

Pflanzenalkaloide

Als weitere Gruppe von Tumor hemmenden Substanzen sind die Pflanzenalkaloide zu nennen. Diese werden, wie das Colchicin, schon sehr lange in der Medizin verwendet, und ihre Wirkung beruht auf einer Hemmung der Mitose. Als neuer Mitoseblocker wurde im brasilianischen Urwald das Vincristin (Oncovin) entdeckt, das von einer neu entdeckten Immergrünpflanze, der Vinca rosea, abstammt. Diese nunmehr synthetisch hergestellte Substanz hat sich vor allem in der Kombination mit anderen Krebsmedikamenten bewährt.

Antibiotika

Auf der Suche nach neuen Antibiotika wurde im Meeresschlamm der Adria eine neue Streptomyces-Art entdeckt, der Streptomyces peucetius. Es stellte sich heraus, dass das von ihm produzierte Adriamycin eine sehr starke Tumor hemmende Wirkung entfaltet, als Adriblastin oder Daunoblastin findet es vor allem in der Kombinationstherapie bei verschiedenen soliden Tumoren und bei akuter Leukämie Verwendung. Die Wirkung dieser Antibiotika, zu denen auch das Bleomycin gehört, beruht auf einer Interkalation der Substanzen in den DNS-Doppelstrang und damit Blockierung der DNS-Synthese.

Andere Substanzen

Die Liste von Substanzen, die das Tumorstadium hemmen, wäre nicht vollständig ohne Hydroxyharnstoff, Enzyme, Platinderivate, Hormone oder radioaktive Substanzen zu nennen.

Neuere zytostatisch wirksame Substanzen

Die Entwicklung der zytostatischen Substanzen blieb jedoch nicht stehen, und es kamen neue Medikamente auf den Markt, zu denen einerseits Antimetaboliten (Cladribin, Fludarabin, Capecitabin, Gemcitabin), Pflanzenabkömmlinge (Taxane), Mittel, die in den DNA-Stoffwechsel eingreifen (Topoisomerase-Hemmer) oder Mittel, welche den Hormonhaushalt beeinflussen (Aromatase-Hemmer, LHRH-Antagonisten), zählen.

Die dem Pharmakologie-Lehrbuch von Goodman und Gilman „The Pharmacological Basics of Therapeutics“² entnommene Abbildung 1 gibt einen Überblick über die vor allem in die DNA-Synthese eingreifenden und sie störenden Substanzen.

Chemotherapie-Kombinationen

Es stellte sich bald heraus, dass Kombinationen unterschiedlich wirkender Substanzen noch wirksamer waren als eine Monotherapie. Dies wurde als Polychemotherapie bezeichnet. Eine der ersten war die als MOPP abgekürzte Therapie des Morbus Hodgkin, später wurde sie durch ABVD ersetzt. Mit beiden Therapien wurden Vollremissionen erreicht, und erstmals konnte von Heilungen berichtet werden. Wie aus dem ABVD-Schema bereits ersichtlich, wurden in dieser Kombination auch zytotoxisch wirkende Mitosehemmer und Antibiotika eingesetzt.

MOPP	Mustargen, Oncovin, Procarbacin, Prednisolon
COPP	Cyclophosphamid, Oncovin, Procarbacin, Prednisolon
ABVD	Adriblastin, Bleomycin, Vinblastin, Dacarbacin
FOLFOX	Folinsäure, Fluorouracil, Oxaliplatin
R-CHOP	Rituximab, Cyclophosphamid, Hydroxydaunomycin, Oncovin, Prednisolon

Tab. 1: Polychemotherapie (Beispiele)

Der Siegeszug der Chemotherapie wurde durch diese Verbindungen weiter gefördert und führte bei bestimmten Krebserkrankungen zur Heilung.

Als Beispiel sei die akute lymphatische Leukämie bei Kindern genannt.⁴ Hier kommt eine Hochdosis Chemotherapie zum Einsatz. Das Therapieprotokoll ist hier sehr intensiv und ausgedehnt.

Als weitere Erfolge mit mehr als 90 Prozent Heilungschancen gelten der Morbus Hodgkin, bestimmte andere Lymphomkrankungen wie das diffuse großzellige B-zell Lymphom, das fol-

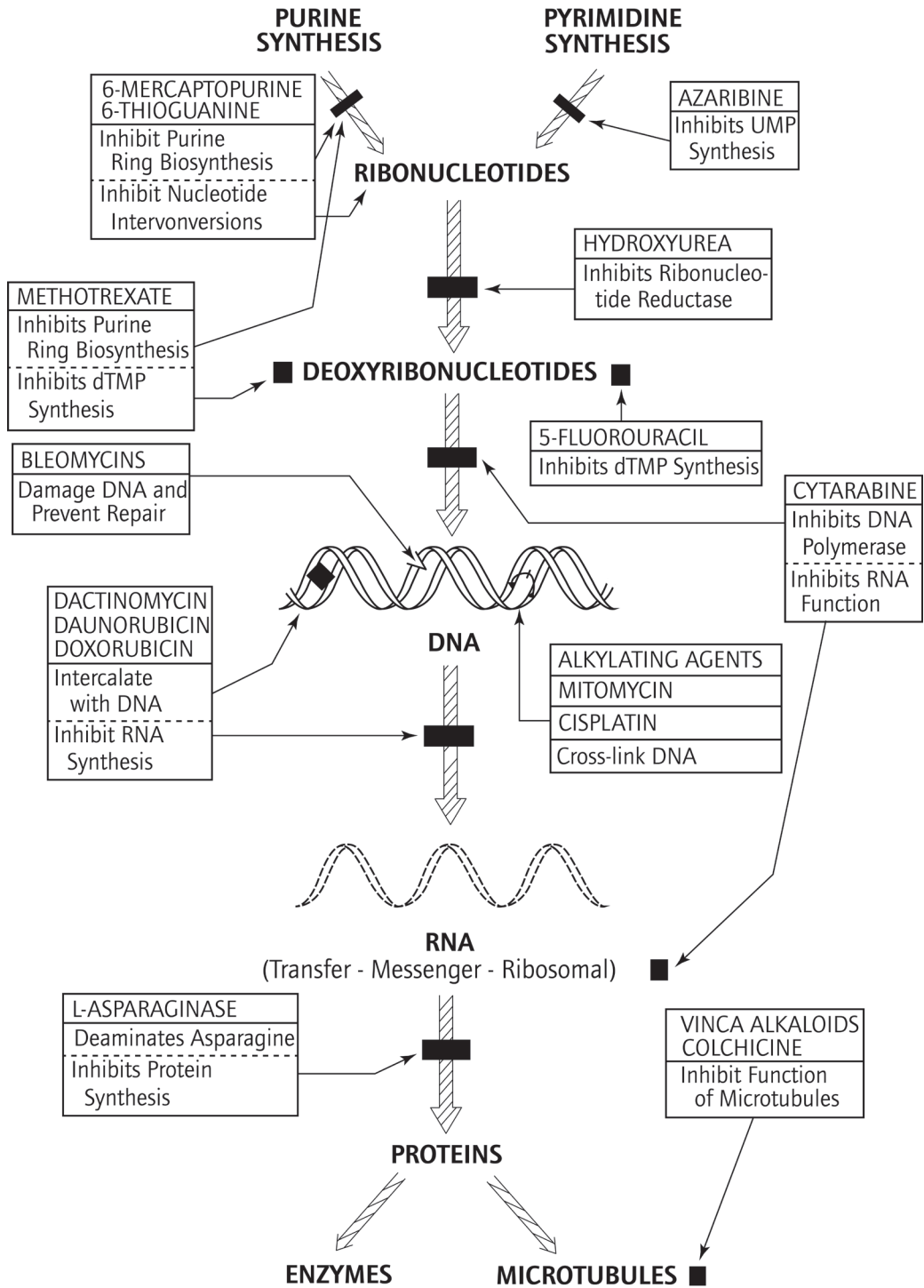


Abb. 1: In die DNA-Synthese eingreifende und sie störende Substanzen³

likuläre Lymphom, die seltene Haarzell-Leukämie oder Hodentumore.

Die Hoffnung, weitere Krebserkrankungen unter Kontrolle zu bringen, beruhen auf der personalisierten, auf den einzelnen Patienten zugeschnittenen Therapie.

Gezielte, maßgeschneiderte Krebstherapie (Personalized, Precision Medicine)

Darunter wird neben der bewährten Chemotherapie der zusätzliche Einsatz von biologischen Substanzen, so genannten *Biologicals* verstanden, die in spezifische Stoffwechselwege der Krebszellen eingreifen. 1957 wurde von Virusforschern eine biologische Substanz entdeckt, die von Virus infizierten Zellen produziert wird. Wenn sie in der Zellkultur anderen Zellen beigegeben wird, diese vor der Virusinfektion schützt, also mit der Infektion durch neue Viren interferiert. Dies war die Geburtsstunde des *Interferons*⁵ und der Krebstherapie durch biologische, vom Körper selbst erzeugten Substanzen. Bei der Austestung von Interferon-alpha stellte sich heraus, dass Patienten mit der seltenen Haarzell-Leukämie sehr gut auf diese Substanz ansprachen. Wir fanden heraus, dass durch das Interferon-alpha die Produktion eines Faktors durch die Haarzellen unterbunden wird, der eine hemmende Wirkung auf das Knochenmark hat und gleichzeitig eine Fibrosierung dieses Gewebes bewirkt. Es ist der Transforming Growth Factor β . Dieser wird zu den Zytokinen gerechnet.

Zytokine

Zytokine sind hormonähnliche Substanzen, die von einzelnen Zellen produziert werden und von denen bisher über hundert verschiedene Arten entdeckt wurden.⁶ Durch Lipopolysaccharide aus Bakterien werden beispielsweise Makrophagen zur Produktion einer Reihe von Zytokinen angeregt, welche die Abwehr eines bakteriellen Infektes steuern. Unter anderem werden Tumornekrosefaktor alpha (TNF), Interleukine, TGF- β und Granulozyten-Kolonie-Stimulierender Faktor (G-CSF) pro-

duziert. Der Einsatz der die Hämatopoese stimulierenden Faktoren wie G-CSF und Erythropoietin ist in der modernen Krebstherapie nicht mehr wegzudenken. Die folgende *Tabelle* gibt einen Überblick über verschiedene Zytokinfamilien.

Interleukine	IL-1 bis IL-38
Interferone	IFN- α , IFN- β , IFN- γ
Kolonie stimulierende Faktoren	G-CSF etc.
Tumor Nekrose Faktoren	TNF
Andere	TGF- β , EGF, FGF, PDGF, VEGF etc.

Tab. 2: Die Zytokinfamilien

Tyrosinkinase-Inhibitoren

Der hämatologischen Forschung ist ein weiterer Durchbruch in der Tumorthherapie zu verdanken. Die Aufklärung des Pathomechanismus, der zur Entstehung der chronisch myeloischen Leukämie führt, ergab, dass das für die Leukämie typische Philadelphia Chromosom durch eine Translokation von genetischem Material vom Chromosom 9 auf 22 entsteht. Dadurch wird ein Fusionsgen, das bcr/abl Gen, gebildet, welches eine Tyrosinkinase kodiert. Diese Tyrosinkinase ist ein Wachstumsfaktor für die CML-Zellen und kann durch Blockierung des ATP mit Hilfe von Imatinib ausgeschaltet werden.

Durch diese Entdeckung wurde die Suche nach anderen Tyrosinkinasen, bzw. Verbindungen, welche die Transduktion von Wachstumssignalen in Tumorzellen steuern, beflügelt.⁷ So wurde ein Wachstumsfaktor für Epidermiszellen, der Epidermal Growth Faktor, gefunden, dessen Rezeptor (EGF-R) auch auf Mamma-Karzinomzellen exprimiert werden kann (Humaner Epidermal Growth Factor Receptor = HER2). Durch Antikörper gegen diesen Rezeptor, wie das Herceptin, werden Wachstumssignale für die Karzinomzellen unterbunden und diese eliminiert. Mittlerweile

Zytokine
Monoklonale Antikörper
Tyrosinkinase-Inhibitoren
Hemmer der Gefäßneubildung
Proteasom-Inhibitoren
Induktion der Apoptose
Immun-Checkpoint Inhibitoren

Tab. 3: Gezielte Krebstherapie (Substanzen)⁹

wurden ungezählte neue Antikörper gegen EGFR produziert, die das Wachstum von Krebszellen in unterschiedlichem Maße hemmen. Aber auch Antikörper gegen das Zytokin „Vascular endothelial Growth Factor“ (VEGF) kommen in der Krebstherapie zum Einsatz.

Monoklonale Antikörper

Die moderne Krebstherapie stützt sich nicht nur auf die Chemotherapie, sondern nimmt auch Antikörper oder kleine Moleküle, welche in die Wachstumssignal-Transduktion eingreifen, zu Hilfe, um gezielt Strukturen an oder in den Krebszellen anzugreifen. Durch das Suffix „mab“ werden solche Antikörper gekennzeichnet (z. B. Rituximab), während „mib“ die kleinen Moleküle kennzeichnet (z. B. Imatinib).

Induktoren der Apoptos

Darunter wird der programmierte Zelltod verstanden. In Tumorzellen wird dieser Zelltod häufig verhindert. Es wurden Induktoren gefunden, die diesen dennoch auslösen. Einer dieser ist TRAIL (Tumor Necrosis Factor **R**elated **A**poptosis **I**nducing Ligand), der zur Zeit Gegenstand ausge dehnter Forschungen ist.

Immuntherapie

Durch die Entdeckung so genannter Immun-Checkpoint-Signalwege wurden neue Einblicke in die T-Zell-Aktivität während der Immunreaktion des Körpers gewonnen. Krebszellen können die Immunreaktion umgehen, in dem

sie einen solchen Signalweg (z. B. PDL-1) nutzen. Durch Hemmung der PD-L1 Expression glaubt man, die Krebszelle wieder der Immunreaktion zugänglich zu machen.

Tabelle 3 fasst die einzelnen Substanzen, die für eine gezielte, personalisierte Krebstherapie, auch „precision medicine“ genannt,⁸ verwendet werden können, zusammen.

Überlebensrate

Durch alle diese Therapieformen wurden große Fortschritte in der Krebsbehandlung erzielt. Trotzdem ist das Ziel der Beherrschung des Krebses noch in weiter Ferne. Als Beispiel einer Lebensverlängerung sei auf die Überlebenskurve von Patienten mit kolorektalem Carcinom hingewiesen. Durch zytogenetische Untersuchung lässt sich feststellen, ob das Onkogen KRAS in mutierter Form oder als Wild-Typ vorliegt. In letzterem Fall ist der Einsatz des EGFR-Inhibitors Cetuximab sinnvoll, während er bei Vorliegen der mutierten Form des KRAS Gens wirkungslos ist. Trotzdem wird die Lebenserwartung auch durch Cetuximab nicht großartig verlängert. Aber es sind diese Befunde, die Hoffnung geben.

Oftmals ist es allerdings so, dass der Einsatz einer dieser Substanzen zu einer Verlängerung der Überlebenszeit von nur wenigen Wochen führt. In dieser Zeit leben aber viele Patienten nur für die Statistik, denn es geht ihnen schlecht. Die American Society of Clinical Oncology (ASCO) beklagt den Einsatz einer Chemotherapie, deren Vorteile in der allerletzten Lebensphase klinisch nicht belegt sind. Vielen Krebspatienten im Endstadium wird trotz fehlender klinischer Evidenz noch eine Chemotherapie angeboten. Doch wenn die Prognose der Lebenserwartung bei sechs Monaten liegt, sollten Ärzte besondere Zurückhaltung hinsichtlich einer Chemotherapie üben.¹⁰

Kostenfrage

Die gezielte Krebstherapie hat erst begonnen, es steht durch die großen Fortschritte der Grundlagen- und der Klinischen Forschung ein immer größeres

Armamentarium an Substanzen zur Verfügung. Ob aber ein Tumor mit einer zielgerichteten Therapie behandelt werden kann, muss individuell ausgetestet werden, denn bei gleicher Diagnose kann jeder Tumor unterschiedliche molekulare Merkmale aufweisen. Es muss daher herausgefunden werden, ob die jeweiligen Zielstrukturen, gegen die sich die Wirkstoffe richten, auch tatsächlich im Tumor vorhanden sind. Diese Testung kann zeitaufwendig und mühsam sein und verteuert natürlich die Therapie. Damit sind wir bei einem großen Hindernis für die gezielte Krebstherapie, der Kostenfrage.

Der Großteil der Kostensteigerung in den letzten Jahren resultiert aus der Entwicklung und Verbreitung neuer medizinischer Technologien und Therapien. Durch die damit erzielten diagnostischen und therapeutischen Fortschritte sind zwar einige früher unbehandelbare Krankheiten beherrschbar geworden, gleichzeitig aber neue Dimensionen von Ausgaben entstanden. Erst kürzlich wurde in den USA eine Debatte über neue Krebsmedikamente – Nutzen versus hohe Kosten – geführt und eine transparente Beurteilung der Kosten von Krebsmedikamenten gefordert.¹¹ Es stellt sich die Frage, ob der Benefit aus den medizinischen Fortschritten so starke Kostensteigerungen wirklich rechtfertigt, zumal mehrere Studien darauf hinweisen, dass viele Therapieergebnisse mit den bisherigen, weniger teuren Methoden ebenfalls erreicht werden können.

Alle diese Forschungen und Entwicklungen sind natürlich mit hohen Investitionskosten verbunden. Wenn ein Präparat bis zur klinischen Phase 1 Studie kommt, ist dies bereits ein großer Erfolg. Häufig kommt es jedoch nicht so weit, oder die Ergebnisse von Phase 2 Studien weisen auf unerwartete Toxizität hin, sodass die Substanzen wieder zurückgezogen werden müssen. Schafft ein Präparat endlich den echten klinischen Einsatz, so haben sich hohe Kosten akkumuliert. Verständlich, dass sich dies auch im Preis niederschlägt.

Der Ersatz der „Bezahlung per Medikamenten-Einheit“ durch eine „Bezahlung nach Erfolg“, verschiebt das finanzielle Risiko vom Zahler, d. h.

vom Patienten bzw. seiner Versicherung zum Hersteller. Dies erscheint vom Standpunkt der Industrie aus zunächst paradox. Es ist aber zu bedenken, dass dem Hersteller daran gelegen sein muss, die Zahl der Patienten, die auf das Präparat ansprechen, zu maximieren. Statt vielen Patienten, von denen ein großer Teil möglicherweise nicht anspricht, das Medikament zu einem deutlich billigeren Preis anzubieten, werden es durch „Payment by Result“ weniger. Diese Gruppe von Patienten, bei denen es sicher wirkt, muss aber einen höheren Preis zahlen. Die Einnahmen werden für den Hersteller dadurch sicherer und berechenbarer. Die Bezahlung nach Resultat stellt sicher einen innovativen Weg dar, welcher von pharmazeutischen Firmen, welche sich auf die Erzeugung von Biologicals konzentriert haben, überlegt werden sollte.

Referenzen

- 1 EUROCARE-5-Studie, *European Cancer Journal* (2015); 51: 2099-2268
- 2 Goodman and Gilman's: *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Chapter 55: *Antiproliferative Agents and Drugs used for Immunosuppression*, Sixth Edition, Mac-Millan Publishing Co (1980)
- 3 ebd.
- 4 Hunger S. P., Mullighan C. G., *Acute Lymphoblastic Leukemia in Children*, *N Engl J Med* (2015); 373: 1541-1552
- 5 *Virus Interference. I. The Interferon*, Alick Isaacs, Jean Lindenmann, in: *Proceedings of the Royal Society of London. Series B – Biological Sciences* (1957); 147: 258-267
- 6 Oppenheim J. J., Rosario J. L., Gearing A. J. H. (Hrsg.), *Clinical Applications of Cytokines, Role in Pathogenesis, Diagnosis and Therapy*, Oxford University Press (1993)
- 7 Fabbro D., McCormick F., *Protein Tyrosine Kinases: From Inhibitors to Useful Drugs*, in: *Cancer Drug Discovery and Development*, Springer Science & Business Media (2007)
- 8 Jameson J. L., Longo D. L., *Precision Medicine – Personalized, Problematic, and Promising*, *N Engl J Med* (2015); 372: 2229-2234
- 9 ebd.
- 10 Prigerson H. G. et al., *Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life*, *JAMA Oncology* (2015); 1: 778-784
- 11 Garber A. M., McClellan M. B., *Satisfaction guaranteed – „Payment by results“ for Biological Agents*, *N Engl J Med* (2007); 357: 1575-1577

Willibald J. Stronegger

Die Legitimität von Tötungshandlungen im modernen Staat: eine biopolitische Perspektive

The Justification of Homicide in the Modern State: A Biopolitical Perspective

Zusammenfassung

Hinsichtlich der Legitimität von Tötungshandlungen vollzieht sich in Europa seit dem 18. Jh. ein Wandel, der sich in der zunehmenden Ablehnung der Todesstrafe und der Akzeptanz des Suizids abbildet. Im Konzept der *Biopolitik* nach Michel Foucault ist die Legitimitätsrationalität von Tötungshandlungen in die Machttechniken des Staates eingeschrieben. Wir stellen die These einer historischen Ausdehnung der Interventionsfelder der Biopolitik in Form von Zyklen vor. In jedem Zyklus folgt auf eine Phase der staatlichen Etablierung biopolitischer Machttechniken eine Phase der Subjektivierung neuer Normen und Wissensapparate. Die Funktionsweise des modernen Staates eröffnet auf diese Weise das Feld für die Akzeptanz eugenischer Maßnahmen sowie der Tötung auf Verlangen. Das Individuum folgt dabei einer „*Ordnung des Wissens*“, deren Grundlagen und Intentionen ihm weitgehend verborgen bleiben.

Schlüsselwörter: Biopolitik, Foucault, Staatsrassismus, assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen

Abstract

Since the eighteenth century, a shift has taken place in Europe regarding the justification of homicide. This has become apparent through increasing opposition to capital punishment and growing acceptance of suicide. In accord with Michel Foucault's concept of *biopolitics*, the rational justification of homicide is embedded in the structure of state power. This article explores the historic expansion of biopolitical fields of intervention as a 'cyclical discourse'. In each cycle, the state establishment of biopolitical power techniques is followed by a phase in which new norms and new knowledge sets undergo a process of *subjectification*. In this way, the means by which the modern state operates has enabled individual acceptance of eugenic measures and euthanasia. The individual thus follows an 'order of knowledge', whose foundations and whose intentions remain largely hidden from him.

Keywords: biopolitics, Foucault, state racism, assisted suicide, euthanasia

Univ.-Prof. Dr. Willibald J. Stronegger
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Medizinische Universität Graz, Austria
Universitätsstr. 6/I, A-8010 Graz
willibald.stronegger@medunigraz.at

1. Einleitung

„Wenn wir an die Weise denken, wie der moderne Staat begann sich für das Individuum zu interessieren, sich mit seinem Leben zu beschäftigen, stoßen wir auf ein Paradoxon. Genau zu dem Zeitpunkt, als der Staat seine größten Massaker in Angriff nahm, begann er auch, sich um die körperliche und geistige Gesundheit des Einzelnen zu sorgen... Dieses Wechselspiel zwischen Leben und Tod ist eines der größten Paradoxa des modernen Staates.“

M. Foucault, 1979¹

Hinsichtlich der Legitimität von Tötungshandlungen vollzieht sich in Europa seit dem 18. Jh. ein Wandel, der sich paradigmatisch in der zunehmenden ethischen und juristischen Ablehnung der Todesstrafe einerseits und der Akzeptanz des Suizids andererseits abbildet. Nach dem Konzept der „Biomacht“ des französischen Philosophen Michel Foucault ist die Legitimitätsrationalität von Tötungshandlungen in die Herrschaftsstruktur und in die Machttechniken des Staates eingeschrieben.² Zugleich mit dem Erscheinen absolutistischer Staatsformen nach dem Westfälischen Frieden treten „das Leben und der Körper“ der Menschen zunehmend in „die Ordnung des Wissens“ und „in das Feld der politischen Techniken“ ein. Foucault sieht darin die Genese einer neuartigen „Biomacht“ bzw. „Biopolitik“. In den Bereich der „politischen Praktiken und der ökonomischen Beobachtungen“ traten ab dem 17. Jh. die „Probleme der Geburtenziffer, der Lebensdauer, der öffentlichen Gesundheit, der Migration und Besiedelung.“³ Die Gesundheit von Bevölkerungen sowie die Ansiedlung und Migration von Menschengruppen unterliegen in dieser neuen Machttechnologie rationaler Planung und dienen politischen Zielen. Foucault begreift diesen historischen Wandel nicht als eine bloße Erweiterung politischer Zielsetzungen und Herrschaft auf zuvor unbeachtete Bereiche des menschlichen Lebens, sondern als einen strukturellen Wandel in der Weise des Regierens und in der Organisation staatlicher Macht, dem die Einbeziehung der biologischen Existenz des Menschen inhärent ist. Diese Trans-

formation wertet er als eine der wichtigsten in der Geschichte der menschlichen Gesellschaften, die zu beachtlichen Folgen führt.⁴ Zu diesen zählt insbesondere die Legitimation von Tötungshandlungen mittels einer als „Staatsrassismus“ bezeichneten Legitimationsrationalität, welche in „die Funktionsweise des modernen Staates eingeschrieben ist“.⁵

Nach einer kurzen strukturierten Darstellung der wesentlichen Elemente des Biopolitikkonzepts stellen wir in diesem Beitrag die These einer historischen Ausdehnung der Interventionsfelder der Biopolitik in Form von Zyklen vor. Gemäß dieser These folgt in jedem Zyklus auf eine Phase der staatlichen Etablierung biopolitischer Machttechniken eine Phase der Subjektivierung der neuen Normen und Wissensapparate. Auf dieser Grundlage beschreiben wir den Wandel in der Legitimitätsrationalität von Tötungshandlungen als Erscheinungsformen des Staatsrassismus.

2. „faire vivre“ – Das Konzept der Biopolitik bei Michel Foucault

Mitte der 1970er-Jahre versuchte Michel Foucault eine gesellschaftlich-politische Entwicklung zu deuten, nach welcher „das Leben und der Körper“ im Laufe des 18. Jahrhunderts in den „Bereich der Macht“ eingetreten sei. Nunmehr, schreibt er, gäbe es „...Körper und Bevölkerungen. Die Macht ist materialistisch geworden. Sie hört auf in ihrem Wesen juristisch zu sein. Sie muss sich mit diesen wirklichen Dingen befassen, die der Körper, das Leben sind.“⁶ Foucault nennt diese, auf die realen materialistischen Dinge „Körper“ und „Leben“ und weniger auf Rechte und Gesetze gerichtete Machtform „Biomacht“ (*bio-pouvoir*) oder „Biopolitik“ (*bio-politique*).⁷ Durch die Biopolitik wird eine neue Macht⁸ charakterisiert, „deren höchste Funktion von nun an vielleicht nicht mehr zu töten ist, sondern das Leben in allen seinen Teilen zu verleihen.“⁹

2.1. Ursprünge und Ziele der Biopolitik

Ziel der neuen Machttechnologie der Biomacht ist es, „das Leben zu mehrern, seine Dauer zu ver-

längern, seine Möglichkeiten zu vervielfältigen, seine Unfälle abzuwenden oder auch seine Defizite auszugleichen...“, kurz: „leben zu machen“ (*faire vivre*).¹⁰ Ab dem 17. Jh. geht es den Regierungen darum, „Kräfte hervorzubringen, wachsen zu lassen und zu ordnen, anstatt sie zu hemmen, zu beugen oder zu vernichten“.¹¹ Foucault bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Entwicklung des Kapitalismus,¹² welcher „das Wachsen der Körper und der Bevölkerungen, ihre Stärkung wie auch ihre Nutzbarkeit und Gelehrigkeit...“ braucht, sowie „Machtmethoden, die geeignet waren, die Kräfte, die Fähigkeiten, das Leben insgesamt zu steigern, ohne deren Unterwerfung zu erschweren.“¹³ Dagegen vollzieht sich die Machtausübung in „historischen Gesellschaftstypen“ als „Abschöpfungsinstantz, als Ausbeutungsmechanismus, als Recht auf Aneignung von Reichtümern, als eine den Untertanen aufgezwungene Entziehung von Produkten, Gütern, Diensten, Arbeit und Blut...“¹⁴ „Die Macht war vor allem Zugriffsrecht auf die Dinge, die Zeiten, die Körper und schließlich das Leben; sie gipfelte in dem Vorrecht, sich des Lebens zu bemächtigen, um es auszulöschen.“¹⁵

2.2. Die zentralen Machttechniken der Biopolitik: Disziplinierung und Regulierung

In der sich entwickelnden kapitalistischen Industriegesellschaft des 18. Jh. scheint die Machtmechanik der alten Souveränitätsmacht nicht imstande zu sein, den ökonomischen und politischen Körper zu regieren. Zu viele Vorgänge entgehen ihr, zugleich „oben“ wie „unten“, auf der Ebene des Details, wie auf der Ebene der Masse.¹⁶ Eine erste, einfach umzusetzende Akkommodation geschieht schon im 17. Jh. „auf Detailebene“: disziplinäre Ausrichtung der individuellen Körper mittels Überwachung und Drill im lokalen Bereich, d. h. in Schulen, Spitälern, Kasernen, Werkstätten etc. Dann folgt Ende des 18. Jh. eine zweite Akkommodation auf der Ebene der globalen Phänomene, der Bevölkerungen, mit ihren biologischen Prozessen der Menschenmassen. Es

entwickeln sich zwei sich ergänzende Strategien im Feld der politischen Praktiken, von Foucault als „Pole“ der Biopolitik bezeichnet.

a) Erster Pol der Biopolitik: Die Sozialdisziplinierung der Körper

Es handelt sich um einen neuen Machtmechanismus, der sich „zunächst auf die Körper oder auf das, was sie tun, statt auf die Erde und ihre Produkte bezieht“.¹⁷ Diese „Disziplinarmacht“¹⁸ bildet eine Machtform, deren Ausübung auf „kontinuierlicher Überwachung und nicht auf diskontinuierliche Weise durch Systeme chronischer Abgaben oder Pflichten“ beruht. Sie war eines der „grundlegenden Instrumente für den Aufbau des industriellen Kapitalismus und des ihm entsprechenden Gesellschaftstyps.“¹⁹ Die Disziplinarmacht ist Träger ihres eigenen Diskurses und „Schöpfer von Wissensapparaten, von Wissen und von vielfältigen Erkenntnisfeldern“. Jedoch ist der Diskurs der Disziplin dem des Gesetzes fremd. Die neue Macht wird folglich „einen Diskurs führen, der der Diskurs der Regel sein wird, aber nicht der von der Souveränität abgeleiteten juristischen Regel; sie wird einen Diskurs der natürlichen Regel führen, das heißt der Norm...“, und ihr theoretischer Rahmen wird nicht „das Gebäude des Rechts, sondern das Feld der Humanwissenschaften“ sein.²⁰

b) Zweiter Pol der Biopolitik: Die Regulierung der Bevölkerung

Da die Disziplinierung sich immer nur an den einzelnen Menschen richten kann, erfasst sie den von ihr generierten „Gesellschaftskörper“ (*corps social*) jedoch nur partiell, d. h. „genau genommen homogenisiert die Disziplin nur innerhalb der Grenzen der Individualisierung“.²¹ Exakt an dieser Stelle setzt der zweite Pol der Biopolitik, der sich Ende des 18. Jh. entwickelte, ein, indem er die Defizite des ersten Pols gewissermaßen ergänzt und die Biomacht komplettiert. Ausgehend von der Bevölkerungspolitik insbesondere des Merkantilismus taucht etwas auf, „das eine andere, diesmal

nicht disziplinäre Machttechnik ist.“²² „Die neue Technologie, die sich installiert, richtet sich an die Vielzahl der Menschen, aber nicht insoweit sie sich in Körpern bündelt, sondern im Gegenteil als eine, die eine Gesamtmasse bildet, die von allen Vorgängen berührt wird, die dem Leben eigen sind – Vorgänge wie die Geburt, der Tod, die Produktion, die Krankheit etc.“²³ Erstmals tritt der Begriff der „Bevölkerung“ im eigentlichen Sinn in Erscheinung und eine ihr zugeordnete neue, „regulierende“ statt „disziplinierende“, Machttechnik: „die nach gewissen Regeln organisierte Masse anstelle der zu regelnden Individuen“.²⁴ Von diesem Zeitpunkt an widmen sich eine Reihe von Beobachtungstechniken, statistische wie administrative, ökonomische und politische, der Regulierung der Bevölkerung. Eigene Verwaltungslehren entstehen unter der Bezeichnung „Policywissenschaften“ mit der Aufgabe, das Verhalten der Menschen und ihre Lebensverhältnisse im Sinne einer Steigerung der Staatsmacht (vgl. *raison d'État*) zu verbessern. Die Pole der Disziplinierung und der Regulierung stehen weniger in einer Opposition zueinander als dass sie sich vielmehr ergänzen und gegenseitig verstärken. Die Regulierung besitzt letztlich das gleiche Ziel wie die Disziplin, ist „alles in allem auf die Maximierung der Kräfte und ihre Extraktion gerichtet“;²⁵ erreicht es hingegen auf völlig anderen Wegen.

3. Konsequenzen der Biopolitik

3.1. Die Verbindung der beiden Machttechniken im Konzept der Norm

Beide Strategien, die Disziplinierung wie die Regulierung von Massenphänomenen, organisieren sich um das Konzept der Norm. Allgemein „lässt sich sagen, dass das Element, das vom Disziplinären zum Regulatorischen verläuft [...], das zugleich die Kontrolle der disziplinären Ordnung des Körpers und der Zufallsereignisse einer biologischen Vielfalt erlaubt, dass dieses Element [...] die Norm ist.“²⁶ Zur Machtausübung durch das

Recht²⁷ gesellt sich die neue Machttechnik, sodass „die Vorgehensweisen der Normierung mehr und mehr die Verfahrensweisen des Gesetzes kolonisieren.“ Seit dem Erscheinen der Biopolitik „leben wir in einer Gesellschaft, die dabei ist aufzuhören, eine Gesellschaft des Rechts zu sein. Die Gesellschaft des Rechts ist die monarchische Gesellschaft gewesen.“²⁸ Die Norm wird äußerlich gesehen zum „Kriterium der Aufteilung der Individuen“,²⁹ aber ihre Rolle geht tiefer. Im Rahmen der Entwicklung des Begriffs der „Gouvernementalität“ beschreibt Foucault, wie biopolitische Regierung zum Teil auf einer Führung der Subjekte durch Normen beruht, indem die Subjekte sich selbst – sogar innerhalb ihrer eigenen Freiheit – normieren.³⁰

3.2. Tod und Töten in der Biopolitik: Staatsrassismus

Wie kann nun – bei zunehmend fortschreitender Ausbreitung der Biomacht unter gleichzeitigem Rückzug der alten Souveränitätsmacht – der Staat noch töten oder auch nur den Tod zulassen, da die essentielle Aufgabe der Biopolitik die Steigerung des Lebens, seiner Dauer, seiner Qualität, seiner Gesundheit ist?³¹

a) Integration von Recht und Biomacht

Zur Integration des Todes benötigt die Biopolitik ein Mittel, das erlaubt, in dem „Kontinuum des Biologischen“ einen Schnitt zu vollziehen „zwischen dem, was leben darf, und dem, was sterben muss“. Das zentrale Problem in der Relation Biomacht-Recht besteht in der Unvereinbarkeit des Biologischen, das ein „Kontinuum des Biologischen“ bildet, mit dem auf diskreten Wertungen beruhenden Recht, denn in einer auf das Recht gegründeten Gesellschaft geht es darum, „die Linie zu ziehen, welche die gehorsamen Untertanen von den Feinden des Herrschers trennt“.³² Als Lösung des Problems der Ausübung eines Tötungsrechts in biopolitisch funktionierenden Machtstrukturen identifiziert Foucault einen Grundmechanismus der Macht unter den Herrschaftsmechanismen des

Staates, den er als „Staatsrassismus“ (*racisme d'État*) bezeichnet.³³ Dieser liefert das gesuchte Diskretisierungsmesser. Das alte Souveränitätsrecht zu töten funktioniert erst über den Staatsrassismus als jene für den biopolitischen Staat entscheidende Machttechnologie, die es ihm erlaubt zu töten und zugleich die Funktion des Todes in der biopolitischen Machtökonomie sicherzustellen.

Diesen Begriff des Rassismus in seiner „modernen, staatlichen, biologisierenden Form“³⁴ grenzt Foucault deutlich von einem traditionellen Rassismusverständnis als einem gegenseitigen Rassenhass oder als einer von Gruppen oder Staaten getragenen ideologisch aufgeladenen Feindseligkeit ab. Dagegen sei es eine Spezifität des Staatsrassismus, dass dieser gerade nicht mit „Mentalitäten, Ideologien oder mit den Lügen der Macht“ verbunden sei, sondern eingeschrieben in die Technik und Technologie der Macht, spezifisch in einen Mechanismus, welcher die Ausübung der Biopolitik erst ermögliche.³⁵ Foucaults biopolitischer Staatsrassismus ist ein dezidiert auf biologische Kategorien orientierter Begriff.³⁶

b) Funktionsweise des Staatsrassismus:

Gefahren beseitigen anstatt Gegner besiegen

Die Biomacht ist im Gegensatz zur rechtsbasierten Souveränitätsmacht auf die Kontinua des Biologischen und des Lebens gerichtet. Erst mittels Diskretisierung (Rassismus) als Instrument erfolgt der Brückenschlag zum Recht. Der Staatsrassismus besitzt daher zwei Hauptaufgaben und damit verbundene Funktionsmechanismen:

1. einen Bewertungs- bzw. Selektionsmechanismus, um „eine Zäsur biologischer Art zu etablieren“, also einen Einschnitt vorzunehmen im *continuum biologique* zur Unterscheidung des Teiles, der leben darf, von jenem, der keinen Lebenswert besitzt. Es handelt sich darum, das biologische Kontinuum zu fragmentieren, indem das Lebende nach Kriterien des Wertes und der Nützlichkeit verteilt wird.³⁷

2. einen Beseitigungs- bzw. Vernichtungsmechanismus, um eine positive Beziehung der Art „je mehr du sterben lassen wirst, umso mehr wirst du – genau deswegen – leben“ zu etablieren, die Foucault als „Beziehung kriegertypischer Typen“ (*relation de type guerrier*) bezeichnet. Sie ist keine Erfindung des modernen Staates, aber sie funktioniert im Staatsrassismus auf eine ganz neue Weise, die exakt vereinbar ist mit der Ausübung einer Biopolitik: Töten und Sterbenlassen im Namen und zugunsten des Lebens.³⁸ Sie darf nicht als eine militärische oder kriegertypische Konfrontation verstanden werden, sondern als eine „Beziehung biologischer Typen“: „je mehr abnormale Individuen eliminiert sein werden, desto weniger Degenerierte wird es im Verhältnis zur Spezies geben, und desto mehr werde ich – nicht als Individuum, sondern als Spezies – leben, stark sein, kräftig sein“.³⁹

Die Tötung, der Tötungsbefehl, zielt im System der Biopolitik nicht auf einen Sieg über Kontrahenten, sondern auf die Elimination biologischer Gefahren im Sinne einer Stärkung und Sicherung des eigenen Lebens und des Lebens der Spezies, die mit dieser Elimination einhergeht.⁴⁰ Bezogen auf den Krieg handelt es sich nun nicht mehr nur um die Zerstörung des Gegners, sondern auch um die Eliminierung der gegnerischen Rasse als einer biologischen Gefahr für die eigene Rasse. Foucault begreift den Begriff der Tötung in diesem Zusammenhang zudem nicht eingeschränkt auf eine Tötung im eigentlichen Sinn, sondern inkludiert alle „indirekten Tötungen“: jemand dem Tod aussetzen, das Sterberisiko zu erhöhen, oder auch den politischen Tod, die Vertreibung, den Ausstoß.⁴¹ Der Staatsrassismus ist auch inhärente Bedingung für die Akzeptanz des „indirekten Tötens“ in einer Normalisierungsgesellschaft mit ihren auch im Bereich des Verhaltens ansetzenden „Zäsuren“.

Zusammenfassend: Der unideologische Machtmechanismus namens Staatsrassismus legitimiert im modernen Staat Tötungshandlungen und er-

füllt zwei machttechnische Aufgaben: erstens, Lebensprozesse zu bewerten, um sie zu zäsiieren und zweitens, jene als für das Leben gefährlich oder schädlich bewerteten Prozesse zu beseitigen. Man könnte in anderen Worten sagen, dass sich der Umgang mit Lebensprozessen an einem medizinischen Wissensapparat (dem der Hygiene) ausrichtet: biologische Gefahren erkennen und eliminieren, mit dem Ziel das Leben zu schützen.

4. „Deshalb beginnt die wahre Neuzeit erst nach dem Westfälischen Frieden“⁴² – Zyklen der Biopolitik

Im Folgenden stellen wir die These vor, derzufolge die historische Entwicklung der Biopolitik in Zyklen geschieht. In diesen biopolitischen Zyklen folgt in Bezug auf den vorherrschenden Träger der Biopolitik jeweils auf eine einleitende Staatsphase eine Individualphase.⁴³ Wir fragen dabei nach den Erscheinungsformen des Staatsrassismus auf dem Hintergrund dieser Phasen, um Aufschluss über den Wandel der Legitimität von Tötungshandlungen zu erhalten.

Foucault selbst beschreibt eine sukzessive Entwicklung der Biopolitik in Bezug auf ihre Machtmechanismen: Im 17. Jh. entwickelt sich zuerst die auf die Disziplin orientierte „Anatomo-Politik des menschlichen Körpers“, etwas später bis zur Mitte des 18. Jh. die auf die Bevölkerungen als „Vielzahl der Menschen“ gerichteten regulierenden Steuerungen (*contrôles régulateurs*) der Biopolitik.⁴⁴ Diese Entstehungsgeschichte impliziert, dass die Objekte der Biopolitik zuerst das Verhalten des Einzelnen und – mit etwas Verzögerung – das Verhalten von Bevölkerungen auf der Ebene von Massenphänomenen waren. Zu Beginn des 19. Jh. tritt zudem die menschliche Spezies in das Blickfeld, und zwar hinsichtlich ihrer natürlichen und nichtnatürlichen (speziell urbanen) Lebensverhältnisse und Milieus.⁴⁵ Im späten 19. Jh. hat sich dann sehr schnell eine Verknüpfung zwischen der biologischen Theorie um die Evolutionslehre und dem Machtdiskurs entwickelt, wodurch die Biologie der

menschlichen Gattung in das Feld der Biopolitik – insbesondere über den Staatsrassismus – eintrat.⁴⁶

Foucaults Darstellungen beinhalten bereits unsystematisch eine fortschreitende historische Expansion des Interventionsfeldes der Biopolitik, beginnend beim individuellen Verhalten und fortschreitend über Massenphänomene und Lebensverhältnisse der Bevölkerung bis hin zur Biologie der menschlichen Gattung. Akteur bleibt jedoch immer der moderne Staat mit seinen Machtmechanismen und Wissensapparaten. Die Rolle des Subjekts und der Subjektivierungsprozesse bleiben weitgehend unbeachtet. Sie werden von Foucault erst später mit dem Konzept der „Gouvernementalität“ in einem allgemeineren Rahmen seiner Machttheorie thematisiert. Gemäß der zentralen Rolle von inhärenten Normierungsprozessen im Konzept der Biopolitik ist zu erwarten, dass Subjektivierungsprozesse historisch wirksam werden und das Subjekt die neuen Normen und Wissensordnungen internalisiert. Wir gehen daher von der These aus, dass innerhalb jedes Interventionsfeldes eine stetige Zunahme der von der Bevölkerung selbständig getragenen und im Eigeninteresse geforderten biopolitischen Maßnahmen zu beobachten und in biopolitisch bedeutsamen Ereignissen und Diskursen historisch zu verorten ist. Dies führt uns zu den folgenden zwei Annahmen:

- a) Die historische Genese der Biopolitik erfolgt seit dem 17. Jh. durch schrittweise Erweiterung ihres Interventionsfeldes, zum Teil in Wechselwirkung mit wissenschaftlich-technischen Entwicklungen. Zwei grundlegende Interventionsfelder begründen die zwei historischen Hauptzyklen: der „Bevölkerungs-Zyklus“ beginnend ab ca. dem Jahr 1660: im Fokus stehen „Verhalten und Verhältnisse“, sowie der „Biologie-Zyklus“ ab ca. 1860: im Fokus stehen die „Biologie des Körpers und der Gattung“.
- b) Jeder Zyklus durchläuft zwei Phasen. Er beginnt mit einer „Staatsphase“, während welcher der Staat biopolitische Machttechniken etabliert und trägt, welche mit der Entstehung von

Wissensapparaten und von Normierungen im betreffenden Interventionsfeld einhergehen. In der Folge führen die Normen- und Wissensbildungen zu einer „Individualphase“, in welcher die vom Staat eröffneten Interventionsfelder von den Individuen aktiv über Subjektivierungsprozesse (Techniken der Selbstführung und -normierungen) im Sinne der biopolitischen Rationalität ergänzend mitgetragen werden.

4.1. Bevölkerungs-Zyklus: Verhalten und Verhältnisse als Objekt der Biopolitik (ca. 1660 – 1860)

In den Jahren um 1660 konzentrieren sich tiefgreifende Veränderungen in den europäischen Gesellschaften. „Nach dem Tode Cromwells erfolgt 1660 die Restauration der Stuarts; nach dem Tode Mazarins gelangt 1661 Ludwig der XIV. zur selbständigen Regierung“.⁴⁷ Letzterer ernennt 1661 Jean-Baptiste Colbert zu seinem Finanzverwalter, der seine späteren ministeriellen Stellungen der Implementierung merkantilistischer Bevölkerungspolitik widmen wird. Im Absolutismus mit seinem Ziel der Steigerung der Kräfte und des Reichtums des Staates (*raison d'État*) wird die Bevölkerung in Verbindung mit Ideen des Merkantilismus eines der vorrangigen Objekte der politisch-ökonomischen Intervention. Zur gleichen Zeit, in der Hobbes mit dem neuen Denken die gesellschaftliche Ordnung analysiert (sein *Leviathan* erscheint 1651), suchen andere nach den *laws of mortality*, d. i. den „Gesetzen der Bevölkerung“, die die beobachteten Regelmäßigkeiten der Geburten oder der Sterblichkeit beschreiben. Der Engländer John Graunt berechnet im Jahre 1662 die erste Sterbetafel („*life table*“) – nach neueren Forschungen wahrscheinlich inspiriert von seinem Freund William Petty, dem Merkantilisten und Schüler Hobbes.⁴⁸

4.1.1. Biopolitik im ersten Zyklus: Von der „Staatshygiene“ zur „Privathygiene“

Im ersten Zyklus, von der Mitte des 17. bis zur

Mitte des 19. Jahrhunderts, richtet sich die Biopolitik auf den „Bestand des Lebendigen“, d. h. die Bevölkerung und ihre Prozesse werden das Objekt gezielter staatlicher Planung. In einer ersten Phase – bis etwa zur Französischen Revolution – ist der Träger der Biopolitik der Staat, der erstmals Steuerungsmaßnahmen auf Bevölkerungsebene als seine vorrangige Aufgabe begreift. Es entstehen zur effizienteren Ausübung der neuen administrativen Aufgaben – unter dem Titel „*Polizeiwissenschaften*“ zusammengefasst – neue Verwaltungstechniken.

In der Individualphase dieses ersten Zyklus, die in den vorrevolutionären Jahren Mitte des 18. Jh. einsetzt, fordert in einem Emanzipationsprozess der Bürger zunehmend ein Recht auf gesunde Existenzbedingungen auch im persönlichen Interesse – der Einzelne wird nun zum Subjekt der neuen Machttechnologie. Exemplarisch seien für die Zeit vor der Französischen Revolution der deutsche Arzt Johann Peter Frank und für die Zeit der Deutschen Revolution 1848/49 der Pathologieprofessor Rudolf Virchow angeführt. In seinem ab 1779 erscheinenden Hauptwerk „*System einer vollständigen medicinischen Polizey*“ folgt Frank zwar den Ideen der merkantilistischen Bevölkerungsvermehrung, überschreitet diese Ideen aber in Richtung der späteren Virchow'schen „Sozialen Medizin“ als eines Bürgerrechts.⁴⁹ Virchow forderte 1849: „Eine vernünftige Staatsverfassung muss das Recht des Einzelnen auf eine gesundheitsmäßige Existenz unzweifelhaft feststellen.“

Entsprechend den biopolitischen Objekten dieser Epoche tritt der Staatsrassismus in der Form des „indirekten Tötens“ in Erscheinung. Bewertungs- und Beseitigungsmechanismen setzen beim Verhalten an (Sozialdisziplinierung) und bei den Verhältnissen (Existenzbedingungen, Traditionen, Rechte etc.). Auf der Ebene des Verhaltens werden die nicht den neuen Normen entsprechenden Individuen aus der Gesellschaft exkludiert und in für diesen Zweck neu geschaffene Institutionen (wie z. B. dem *Hôpital Général* in Paris) gebracht. Auf der Ebene der Verhältnisse geht es um die Abschaf-

fung von überlieferten Traditionen, Konventionen, Rechten und Regelungen wie Heiratsverboten und Feiertagen. In Bezug auf den gesundheitlichen Wissens- und Verwaltungsapparat spannt sich der Bogen von der Medizinischen Polizei als einer staatlich initiierten „Staatshygiene“ hin zur zunehmenden Etablierung individualhygienischer Verhaltensnormen und -weisen im Sinne einer „Individual“- bzw. „Privathygiene“.

4.2. Biologie-Zyklus: Menschliche Biologie als Objekt der Biopolitik (ca. 1860 – heute)

Bis zur Revolution von 1848/49 war das Objekt der *Biopolitik* die Gesundheit der Bevölkerung und das, was ihr in jener Zeit zugrunde liegt, das Verhalten der Bürger und ihre Lebensbedingungen. Um die Mitte des 19. Jh. beginnt ein Prozess wirksam zu werden, der den Herrschaftsbereich der *Biomacht* auf ein neues Feld des Lebendigen ausdehnt: die Biologie des menschlichen Körpers. Die Ideen kristallisieren sich in der von zeitgenössischen Wirtschaftstheorien (Th. Malthus etc.) inspirierten Entwicklungslehre Darwins. Die Veränderlichkeit der Arten bedeutet, dass die Eigenschaften des Körpers und der ganzen Spezies veränderbar sind, steigerbar wie auch einer vermuteten Degenerationsgefahr unterliegend. Die Idee der Degenerationsgefahr erlangte starke Verbreitung durch das 1857 in Paris erschienene Buch des französischen Psychiaters Bénédict-Auguste Morel, in welchem er eine Theorie einer erblichen Zunahme von „Entartung“ („*dégénérescence*“) vorstellte. Darwin, der zwei Jahre später (1859) eine Theorie für die Entwicklung der Tierarten vorlegte, war wesentlich von Malthus inspiriert. Die Ideen der Vervollkommenung im biologischen Bereich wurden von Francis Galton, einem Vetter Darwins, in den Jahren ab 1860 popularisiert. Er schlägt die Schaffung einer neuen Lehre vor, deren Ziel sein soll, „die angeborenen Eigenschaften einer Rasse zu verbessern und zu höchster Vollkommenheit zu entwickeln.“ Für die neue Lehre verwendet er 1883 den Begriff *national eugenics*, im

deutschen Sprachraum *Rassenhygiene* genannt.

Zu dieser Zeit, da ein staatlicher Eingriff in die Biologie des Körpers gefordert wird, tritt erstmals auch die Forderung nach der Möglichkeit der Vernichtung des biologisch „unwerten“ Lebens im staatlichen Interesse, der Ruf nach einer Legalisierung der Euthanasie, in Erscheinung. Exemplarisch seien hier der deutsche Arzt Alfred Ploetz und der österreichische Psychologe Adolf Jost zitiert. In den Schriften von 1895 entwirft Ploetz die idealtypischen „Grundlinien einer Art rassenhygienischer Utopie, über deren komisches und grausames Äußere der Leser nicht zu erschrecken braucht“. Es erstaunt daher nicht, dass im gleichen Jahr erstmals ein konkretes „Recht auf den Tod“ im Interesse der Gesellschaft gefordert wird: 1895 publiziert Adolf Jost seine Streitschrift „*Das Recht auf den Tod*“.

4.2.1. Biopolitik im zweiten Zyklus: Von der „Staatsrassenhygiene“ zur „Privatrassenhygiene“

In der zweiten biopolitischen Epoche, die ab Mitte des 19. Jahrhunderts wirksam wird, verlagert sich der Schwerpunkt von der Bevölkerung auf die Biologie der Körper. Handelte es sich bisher um eine „Säuberung“ der Sitten und Lebensbedingungen, so soll nun der individuelle Körper wie der biologische Volkskörper gesünder und „reiner“ werden – bis zur Idee der „Reinigung“ des Genoms mittels gentechnologischer Verfahren und „prädiaktiver Medizin“ im 21. Jahrhundert. Wiederum wird in einer ersten Phase, die etwa bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts dauert, die *Biomacht* zuerst vom Staat beansprucht. Die beiden Funktionen des Staatsrassismus, der Bewertungsmechanismus und der Beseitigungsmechanismus, richten sich auf die biologische Seite des Lebenden. In der extremsten Ausprägung vollzieht und legitimiert der Staat Tötungshandlungen auf der Basis biopolitischer Bewertungen. Staatseugenik und Staatseuthanasie, wie sie im Nationalsozialismus auftraten, sind ihre deutlichsten Ausformungen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg beginnt ab den 1960er-Jahren die zweite Phase des zweiten Zyklus – analog zum Bevölkerungszyklus – mit einer Individualisierung des biologischen Biopolitikzyklus. Angeführt sei hier das CIBA-Symposium der CIBA-Foundation im Jahre 1962 in London mit dem Titel „*Man and his Future*“, einem Treffen von Humangenetikern und Evolutionsbiologen, welches den eugenischen Diskurs nach der ersten Stille in der Nachkriegszeit wieder eröffnet. In den Niederlanden erscheint 1969 das vielbeachtete Buch „*Medische macht en medische ethiek*“ des Arztes Jan Hendrik van den Berg, das eine als sinnlos bewertete Lebens- und Leidensverlängerung kritisiert und in der Folge die Sterbehilfediskussion anstößt.⁵⁰

Etwa 100 Jahre nach Beginn des Zyklus (um 1860) ist wieder eine Entwicklung zu beobachten, in welcher der einzelne Bürger zunehmend im eigenen (Gesundheits-)Interesse für das Recht auf Verfügung über seinen biologischen Körper (bzw. jenen seiner Familie) plädiert. Die Begriffe und Wissensapparate der Bewertungs- und der Beseitigungsmechanismen des Staatsrassismus treten nun in subjektivierter Form in Erscheinung. Sie werden – vermittelt über einen unreflektierten

historisch-gesellschaftlichen Prozess – vom Individuum übernommen, so wie im Laufe des ersten Zyklus der Bürger die Hygiene- und Gesundheitsvorschriften in seinem eigenen Interesse einzufordern beginnt. Nun umfassen sie in den deutlichsten Ausformungen die Wünsche nach einer Individual- bzw. Privateugenik (im Gegensatz zur Staatseugenik der ersten Phase) sowie nach individueller Tötung auf Verlangen, welche als Individual- bzw. Privateuthanasie zu bezeichnen wäre, insoweit sie aus der biopolitischen Rationalität resultiert. Neue empirische Studien bestätigen einen auf individueller Ebene bestehenden Zusammenhang zwischen der Akzeptanz der Tötung auf Verlangen einerseits und der Einstellung zu biopolitischen Positionen andererseits.⁵¹

5. Schlussfolgerung – Vom Staatsrassismus zum Privatrassismus

Die Anwendung der Konzepte der Biopolitik nach Michel Foucault auf die historische Entwicklung der Gesundheitspolitik und des Gesundheitsdiskurses der letzten Jahrhunderte legt nahe, dass es die Funktionsweise des modernen Staates ist, welche innerhalb des zweiten – auf die menschliche Biologie gerichteten – Zyklus

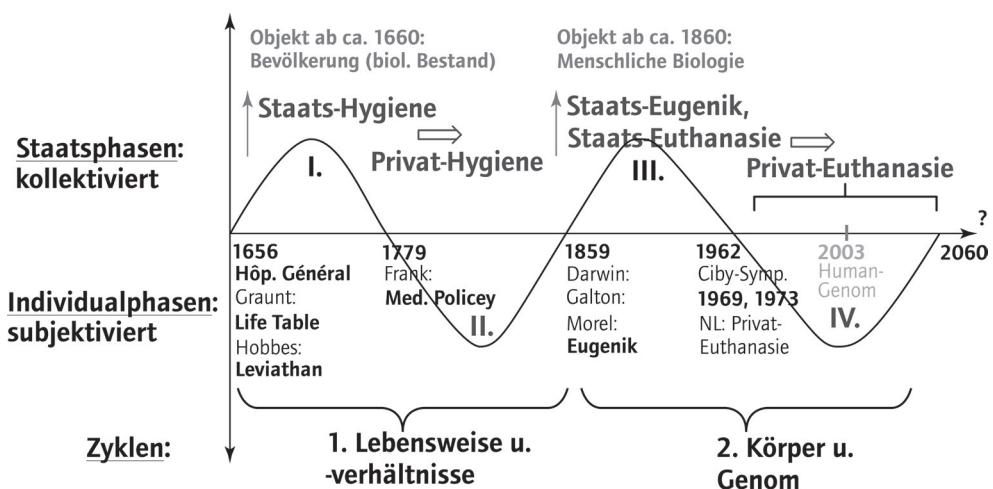


Abb. 1: Graphische Illustration der biopolitischen Zyklen und Phasen

das Feld für die Akzeptanz und die Forderung individueller eugenischer Maßnahmen – sowie der Tötung auf Verlangen oder des assistierten Suizids – eröffnet. Die Machtmechanismen des modernen Staates führen zur Tötungsrationallität des Foucault'schen Staatsrassismus. Nach unserer These führt der Staatsrassismus mit zeitlicher Verzögerung weiter zu einem Individual- bzw. Privatrassismus, in welchem sich die staatsinhärenten Bewertungs- und Beseitigungsmechanismen über Subjektivierungsprozesse auf die Ebene des Einzelnen transformieren. Das Individuum läuft damit Gefahr, in diesen Fragen einer „Ordnung des Wissens“ zu folgen, deren Grundlagen und Intentionen ihm weitgehend verborgen bleiben. Es handelt unter diesem Gesichtspunkt nicht autonom, sondern heteronom, da ausgeliefert an eine handlungsleitende Rationalität, deren Grundlagen und Implikationen es in der Regel nicht selbständig zu erkennen und zu reflektieren vermag.

Referenzen

- 1 Foucault M., *Dits et écrits 1954-1988, Tome II: 1976-1988*, Gallimard, Paris (2001), S. 802 [Alle Übersetzungen aus dem Französischen vom Autor]
- 2 Foucault beschreibt seinen Zugang 1979 in einem Interview wie folgt: „Mir geht es nicht um eine Geschichte der Institutionen oder der Ideen, sondern um die Geschichte der Rationalität, wie sie in den Institutionen und im Verhalten der Menschen am Werk ist.“ (Foucault M., siehe Ref. 1, S. 803)
- 3 Foucault M., *Histoire de la sexualité, Tome I: La volonté de savoir*, Gallimard, Paris (1976) S. 184
- 4 Foucault M., siehe Ref. 1, S. 1013, u. Ref. 3, S. 188
- 5 Foucault M., *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France (1975-1976)*, Seuil/Gallimard, Paris (1997), S. 232
- 6 Foucault M., siehe Ref. 1, S. 1013
- 7 Foucault verwendet die beiden Begriffe nicht einheitlich, sondern in unterschiedlichen Akzentsetzungen, jedoch praktisch synonym.
- 8 Foucault trennt in den Arbeiten zur Biopolitik nicht immer klar zwischen den Begriffen „Macht“ und „Herrschaft“. Später (um 1978) wird er sich dessen bewusst und unterscheidet Machtbeziehungen, Herrschaftszustände und Regierungstechnologien (vgl. Lemke T., „Gouvernementalität“, in: Kleiner M. S. (Hrsg.), *Michel Foucault. Eine Einführung in sein Denken*, Campus, Frankfurt am Main (2001), S. 108-122)
- 9 Foucault M., siehe Ref. 3, S. 183
- 10 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 226
- 11 Foucault M., siehe Ref. 3, S. 179
- 12 Die Transformation der Machttechnologie und die Entwicklung des Kapitalismus bedingen sich gegenseitig nach Foucaults Auffassung (Foucault M., siehe Ref. 1, S. 1019)
- 13 Foucault M., siehe Ref. 3, S. 185
- 14 ebd., S. 178 f.
- 15 ebd., S. 179
- 16 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 222
- 17 ebd., S. 32
- 18 Foucault entwickelte später in seinem Werk ein verwandtes bzw. erweitertes Machtkonzept unter der Bezeichnung „Pastoralmacht“. Diese ist „eine alte Machttechnik, welche in den christlichen Institutionen entstand.“ (Foucault M., siehe Ref. 1, S. 1048)
- 19 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 32 f.
- 20 ebd., S. 34
- 21 Le Blanc G. *L'archéologie médicale du bio-pouvoir*, Journée d'étude «Vie et pouvoir à partir de Foucault.», 13. déc. 2002, Unité Mixte de Recherche «Savoirs et Textes», Université de Lille 3, 2002. (<http://www.univ-lille3.fr/set/>), S. 2
- 22 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 215
- 23 ebd., S. 216
- 24 Le Blanc G., siehe Ref. 21, S. 3
- 25 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 219
- 26 ebd., S. 225
- 27 Zur Problematik des Begriffs des Rechts bei Foucault vgl. Biebricher T., *Souveränität und Recht in der Staatsanalytik Foucaults*, in: Vasilache A. (Hrsg.), *Gouvernementalität, Staat und Weltgesellschaft: Studien zum Regieren im Anschluss an Foucault (Staat – Souveränität – Nation)*. Springer Fachmedien, Wiesbaden (2014)
- 28 Foucault M., siehe Ref. 1, S. 1017
- 29 ebd., S. 75
- 30 Michaud Y., *Des modes de subjectivation aux techniques de soi: Foucault et les identités de notre temps*. Cités (2000); 2: 11-40, S. 21
- 31 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 226
- 32 Foucault M., siehe Ref. 3, S. 190
- 33 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 213, 227 f.
- 34 Foucault M., siehe Ref. 3, S. 197
- 35 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 230
- 36 Thomas Lemke weist darauf hin, dass Foucaults Rassismusanalyse eine Reihe von „Missverständnissen und Fehllektüren“ hervorgerufen hat. Diese sei „auch nicht auf eine Form des (Rechts-)Extremismus zu reduzieren“,

- sondern fungiere als integraler Bestandteil der gesellschaftlichen „Normalität“. (Lemke T., *Die politische Ökonomie des Lebens. Biopolitik und Rassismus bei Michel Foucault und Giorgio Agamben*, in: Bröckling U. et al. (Hrsg.), *Disziplinen des Lebens. Zwischen Anthropologie, Literatur und Politik*, Gunter Narr Verlag, Tübingen (2004), S. 257-274)
- 37 Foucault M., siehe Ref. 3, S. 189
- 38 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 227
- 39 ebd., S. 228
- 40 ebd., S. 228
- 41 ebd., S. 229
- 42 Friedell E., *Kulturgeschichte der Neuzeit*. Deutscher Taschenbuch Verlag, München (2005), 16. Aufl., S. 407
- 43 Die These einer Entwicklung der Biomacht in zwei Hauptzyklen wurde von uns erstmals 2005 formuliert (Stronegger W., *Wozu Public-Health? Eine Antwort aus bio-politischer Perspektive nach Michel Foucault*, in: Sprenger M. (Hrsg.), *Public-Health in Österreich und Europa*, Pabst Science Publishers, Lengerich (2005), S. 107-113)
- 44 Foucault M., siehe Ref. 3, S. 183, u. Ref. 5, S. 215
- 45 Foucault M., siehe Ref. 5, S. 218
- 46 ebd., S. 229
- 47 Friedell E., siehe Ref. 42, S. 425
- 48 Le Bras H., *Naissance de la mortalité: L'Origine politique de la statistique et de la démographie*, Gallimard-Le Seuil, Paris (2000)
- 49 Lesky E. (Hrsg.), *Johann Peter Frank. Seine Selbstbiographie*, Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart (1969), S. 10
- 50 vgl. Hochgrebe W., *Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland?: Eine Analyse der aktuellen Diskussion unter medizinischen, philosophisch-ethischen und religiös-theologischen Aspekten*, Books on Demand, Norderstedt (2005)
- 51 Stronegger W., *Die Einstellung zur Tötung auf Verlangen in der österreichischen Bevölkerung – Eine Folge weltanschaulicher Grundpositionen*, in: Platzer J., Großschädl F. (Hrsg.) *Entscheidungen am Lebensende. Medizinethische und empirische Forschung im Dialog*, Nomos, Baden-Baden (2016)

Nierenersatztherapie bei einem jungen Patienten mit schwerer Psychose

External Renal Support in a Young Patient with Severe Psychosis

Der Patient (44 Jahre) ist seit 20 Jahren an der Psychiatrie des Otto Wagner Spitals mit der Diagnose Schizophrenie in ständiger Behandlung. Unter regelmäßiger Therapie mit Depotneuroleptika besteht ein stabiler Zustand. Zuletzt konnte er einer einfachen regelmäßigen Arbeit nachgehen und wurde vom Vater zu Hause betreut. Ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus ist seit 10 Monaten bekannt und wird vom Patienten entsprechend der psychiatrischen Grunderkrankung ausreichend, jedoch suboptimal eingestellt. Er kommt in Begleitung des Vaters, der auch Sachwalter des Patienten ist, in die Ambulanz des Spitals. Die genaue Anamnese ist wegen Sprachschwierigkeiten von Vater und Sohn und Minderbegabung nur unzureichend erhebbar, die aktuelle Medikation nicht erinnerlich. Der Grund, weshalb er in Begleitung die Ambulanz aufsucht, sind unspezifische Symptome wie allgemeine Abgeschlagenheit und zunehmende Müdigkeit.

Die erhobenen Laborbefunde ergeben eine massive Nierenfunktionseinschränkung. Der Patient wird zur weiteren Diagnostik stationär aufgenommen. Die Sonographie zeigt einen chronischen Nierenschaden, eine Stauungssymptomatik wird ausgeschlossen. Somit besteht eine chronische, laborchemisch dekompensierte Niereninsuffizienz und letztendlich die Indikation zur Nierenersatztherapie.

Der Patient ist im Rahmen seiner Grunderkrankung zunehmend angespannt, wirkt unzugänglich und nun auch zunehmend aggressiv. Eine strukturierte Behandlung wird im Rahmen seiner chronisch produktiven Schizophrenie immer schwieriger, die Belastung für den Stationsalltag steigt. Sämtliche Mitpatienten fühlen sich bedroht, und

er kann nicht entsprechend beaufsichtigt werden, da er sowohl im Spital, als auch auf der Station unruhig umherzieht. Wiederholte Konsilien durch den Facharzt für Psychiatrie konstatieren eine Verschlechterung des psychischen Zustandes und die Empfehlung, die Neuroleptika zu steigern. Bedauerlicherweise kommt es wie befürchtet zu einer nicht beherrschbaren Exazerbation der Psychose mit Schutzintubation und Beatmungstherapie.

Der Patient wird seither an der Intensivstation behandelt und erhält kontinuierliche Hämofiltration. Wie zu befürchten war, kommt es zu einer Pneumonie mit begleitendem Pleuraerguß und aufgrund der massiven Schleimbildung im Rahmen der gesteigerten Neuroleptikatherapie zu einer reversiblen Atelektase. Sämtliche Komplikationen werden behandelt und anschließend die Entwöhnung von der Beatmungstherapie eingeleitet. Der Versuch scheitert mehrmals, da nach wenigen Stunden bis Tagen neuerlich die Blutgaswerte mit Somnolenz zwangsläufig zu einer neuerlichen Beatmungstherapie führen. Schließlich wird nach mehreren Monaten die Tracheotomie durchgeführt, da eine länger dauernde Intensivtherapie absehbar ist. Der Patient wird über den gesamten Aufenthalt an der Intensivstation intravenös hochkalorisch ernährt. Bei wachem Zustand entfernt er sich selbstständig die Magensonde und auch intravenöse Zugänge. Er selbst kann die Notwendigkeit einer PEG-Sonde nicht ermessen, der Vater als Sachwalter stimmt einer Applikation nach einiger Zeit zu. Daher wird zur weiteren Ernährung eine PEG Sonde angelegt. Versuche, den Patienten an eine Psychiatrie mit Intensivstation zu transferieren, scheitern, da die Hämodialyse an den betreffenden Institutionen kaum durchführ-

bar ist, an der aktuellen Abteilung aber unkompliziert durchgeführt werden kann und schließlich auch begonnen wurde.

Ist aufgrund der Psychose eine länger dauernde Beatmungstherapie mit Nierenersatztherapie angezeigt? Ist ein Therapierückzug ethisch vertretbar oder verfrüht und wie könnte ein solcher organisiert werden, oder besteht noch eine hoffnungsvolle Option?

Während des Aufenthaltes wird bei Akutsituationen von Atemnot und Psychose die Intubation immer wieder erforderlich. Dreimal wird versucht, ein angelegtes Tracheostoma wieder aufzulassen, jedoch jedes Mal ohne Erfolg und mit der Notwendigkeit, eine neuerliche Tracheotomie zur Langzeitbeatmung durchzuführen. Versuche, den Patienten zu mobilisieren, sind aufgrund von 120 kg Körpergewicht und 2 Meter Körpergröße schwierig und sind auf Sitzen im Querbett limitiert. Es wird laut Sozialarbeit bereits ein Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt, eine intensive Mobilisierung soll den Patienten für eine Betreuung in häuslicher Pflege trainieren.

Während einer neuerlichen Phase mit Somnolenz und der Indikation zur Langzeitbeatmung verstirbt der Patient im Rahmen eines bronchopulmonalen Infektes trotz Intensivmaßnahmen und Antibiotikatherapie im Rahmen der Multimorbidität nach 9 Monaten Spitalaufenthalt.

Johannes Bonelli

Kommentar zum Fall

Commentary on the Case

Es handelte sich hier also um einen psychisch (Schizophrenie) und physisch schwerstkranken Patienten, der geistig zurückgeblieben und vom Vater besachwaltet war. Im Rahmen der Dekompensation einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz kam es zudem zu einer nicht beherrschbaren Exazerbation der Psychose, sodass der Patient nur mehr auf einer Intensivstation unter massiver Sedierung mit maschineller Beatmung am Leben zu halten war. Der Patient verstarb auf der Intensivstation, nachdem er dort 9 Monate lang behandelt wurde.

Zumindest retrospektiv könnte man aus ethischer Perspektive sagen, dass der medizinische, personelle und finanzielle Aufwand in Relation zum erwartbaren Erfolg bereits in den ersten Wochen einen Behandlungsabbruch (bzw. Therapierückzug) gerechtfertigt hätte. Es konnte nämlich kaum mit einer so entscheidenden Besserung des psychischen Zustand des Patienten gerechnet werden, dass eine kontrollierte, chronische Hämodialyse (geschweige denn Nierentransplantation) möglich gewesen wäre. Man hätte also den Abbruch der Intensivbehandlung nach dem Prinzip der Unverhältnismäßigkeit zwischen Aufwand und dem mit hoher Wahrscheinlichkeit schlechten Resultat begründen können.

Dass die behandelnden Ärzte trotz dieser prekären Situation die Hoffnung auf eine Stabilisierung des Patienten nicht aufgegeben haben, verdient Respekt und darf ihnen jedenfalls nicht als Fehler vorgeworfen werden.

Tatsächlich ist es gelungen, den psychischen Zustand des Patienten immer wieder vorübergehend zu bessern. Letztlich mussten die behandelnden Ärzte allerdings zur Kenntnis nehmen, dass sich die Hoffnung auf eine entscheidende Besserung

nicht bewahrheitete und dass der Patient nur unter hohem Aufwand auf einer Intensivstation lebensfähig war, d. h. er war zum Dauerpatienten geworden. Aus ethischer Sicht kann gesagt werden, dass die Dauerbehandlung auf einer Intensivstation eine lebenserhaltende Maßnahme ist, die auch die ökonomischen Ressourcen unserer Wohlstandsgesellschaft überfordert. Eine Intensivtherapie muss als eine außerordentliche Maßnahme eingestuft werden, die einem Patienten auf Dauer nicht zur Verfügung gestellt werden kann und daher zum Behandlungsabbruch berechtigt, wenn keine Aussicht auf Besserung besteht. Es ist zwar immer geboten, Mittel anzuwenden, welche die Medizin allgemein zur Verfügung stellen kann. Niemand kann allerdings verpflichtet werden, eine Therapie anzuwenden, die das Gesundheitssystem finanziell, aber auch organisatorisch auf Dauer nicht verkraftet.

Abgesehen davon kann davon ausgegangen werden, dass die Weiterführung der Intensivtherapie bei diesem Patienten lediglich zu einer Verlängerung eines schweren und schmerzvollen, unerträglichen Leidens ohne Aussicht auf Besserung bewirkt hätte und letztlich den Tod des Patienten nicht verhindern hätte können. In einem solchen Fall ist es aus ethischer Perspektive durchaus berechtigt, auf weitere Heilversuche zu verzichten, ohne dass man jedoch die normalen Hilfen unterlässt, die man in solchen Fällen jedem Kranken und Sterbenden schuldet.

So haben es im konkreten Fall offensichtlich auch die behandelnden Ärzte gesehen und sich für die Beendigung der Intensivbehandlung entschlossen.

Dazu sind grundsätzlich drei Optionen in Frage gekommen:

Erstens hätte man den Patienten auf der Intensivstation belassen, aber auf die Hämofiltration und weitere Intensivmaßnahmen verzichten können, um sich auf eine rein symptomatische Therapie zu beschränken. Diese Option wäre aus der Sicht des Patienten wohl die beste Lösung gewesen, weil das Behandlungsteam aufgrund der monatelangen Erfahrung am besten auf seine Bedürfnisse hätte eingehen können. Allerdings muss eingewendet werden, dass es nicht Aufgabe von Intensivstationen ist, eine rein palliative Therapie durchzuführen. Deshalb hat das Behandlungsteam mit Recht beschlossen, den Patienten in einer luziden Phase seines labilen psychischen Zustandes auf eine Kurzzeitpflegestation zu verlegen, mit dem Wissen, dass der Patient dort versterben wird.

Es geht aus der Beschreibung des Falles nicht hervor, ob die angepeilte Station im selben Krankenhaus wie die Intensivstation gelegen ist, was von erheblichem Vorteil gewesen wäre, weil die palliativen Maßnahmen dadurch in einem engen Kontakt mit dem Team der Intensivstation abgestimmt werden hätten können.

Verwunderlich ist, in Anbetracht der infausten Prognose und des aufwendigen und komplizierten Bedarfs an Obsorge, warum auch die Überstellung des Patienten in häusliche Pflege erwogen wurde. Diese Option hätte einen zweifachen Nachteil gehabt: Einerseits wäre die pflegerische und ärztliche Betreuung des Patienten dort kaum möglich gewesen, da er eine Versorgung rund um die Uhr benötigt hätte und der Vater darüber hinaus mit dem psychisch labilen Sohn zu Hause heillos überfordert gewesen wäre (Körpergröße 2 m; Gewicht 120 kg). Weiters war damit zu rechnen, dass es beim Patienten neuerlich zu einer Exazerbation des psychischen Zustandes kommt. Dieser wäre zu Hause mit Sicherheit nicht zu bewältigen gewesen, sodass der Patient neuerlich, und womöglich in ein anderes Spital, eingeliefert hätte werden müssen. Dort wäre dann mit hoher Wahrscheinlichkeit, in Ermangelung der genauen Kenntnis des Falles, die ganze, sinnlose Prozedur von vorne begonnen worden.

Letztlich verstarb der Patient allerdings noch auf der Intensivstation. Es war, wie zu erwarten, zu einer neuerlichen schweren psychischen Dekompensation mit Somnolenz gekommen. Unverständlich ist, warum man, obwohl die Entscheidung zum Behandlungsabbruch bereits gefällt war, trotzdem eine volle Intensivbehandlung mit Langzeitbeatmung und Antibiotikagabe im Rahmen eines bronchopulmonalen Infektes eingeleitet hat.

Diese Vorgangsweise kann am ehesten mit einer starken, emotionalen Bindung der Ärzte und des Pflegepersonals an den Patienten erklärt werden, der über neun Monate hindurch mit großem Aufwand und Einsatz betreut wurde, sodass für das Intensivteam ein Behandlungsabbruch psychisch schwer zu verkraften gewesen wäre. Dieser Aspekt muss in Anbetracht der nervlichen und emotionalen Dauerbelastung des Personals auf einer Intensivstation auch aus ethischer Perspektive in Rechnung gestellt und Verständnis dafür eingebracht werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Ärzteteam und das Pflegepersonal diesen schwerkranken und sicher höchst schwierigen Patienten optimal betreut hat.

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org

Barbara Breunlich

Reproduktionsmedizin: Von der Selektion bis zur „geriatrischen Geburtshilfe“

Reproductive Medicine: From Selection to "Geriatric Obstetrics"

Zwei Tagungen zum Thema Fortpflanzungsmedizin fanden im Herbst 2015 in Österreich statt: Die Österreichische Gesellschaft für Sterilität, Fertilität & Endokrinologie befasste sich mit „Reproduktionsmedizin und Genetik. Zukunft & Grenzen“ (9./10. Oktober 2015) im Wiener Josephinum; an der Universität Graz organisierte das Institut für Zivilrecht eine Tagung zum Thema „Das Recht der Fortpflanzungsmedizin 2015: Analyse und Kritik“ (27./28. November 2015).

Beide Symposien boten unter anderem einen tiefen Einblick in die durch das Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 (FMedRÄG 2015) österreichweit erlaubte Methode der Präimplantationsdiagnostik (PID) und der Eizellspende. Bei den Fachvorträgen in Wien wurde besonderes Augenmerk auf die zurzeit im Wandel befindliche „klassische“ Pränataldiagnostik (PND) zur nicht-invasiven pränatalen Testung (NIPT) Ungeborener gelegt. Ferner wurden ethische und juristische Implikationen zu dieser Grenzfragen berührenden Thematik erörtert. Das erklärte Zukunftsziel im Bereich der Kinderwunschbehandlung sei es, die Eingriffe weniger belastend zu gestalten, die Erfolgsquote zu verbessern und die Chancen auf ein gesundes Kind zu erhöhen.

Zu wenig liberal?

Schon die einführenden Worte des Tagungspräsidenten Christian Egarter, Mitglied der Bioethikkommission und Leiter der Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien, zur Tagung über die Zukunft und Grenzen der Reproduktionsmedizin in Wien ließen erahnen, wohin die Reise im Bereich Kinder-

wunsch gehen könnte. Während im Zuge der Novellierung des Gesetzes zahlreiche Stellungnahmen eingingen, die sich kritisch zur Ausweitung von Indikationen und Methoden zur Kinderwunscherfüllung äußerten, bedauerte Egarter, dass die Reichweite des nunmehr gültigen FMedRÄG 2015 noch mangelhaft sei. Er sei jedoch zuversichtlich, dass sich mit einem visionären Blick in die Zukunft faszinierende, genetisch-therapeutische Fortschrittsmöglichkeiten eröffnen werden. Dazu zähle etwa die bahnbrechende Methode des Genome Editing, sie sei ein bereits im Tiermodell und von chinesischen Wissenschaftlern bei menschlichen Embryonen erprobtes Verfahren, welches die Möglichkeit bieten würde, menschliches Erbgut mittels präzise arbeitender, molekularer Scheren zu verändern, schwärmte Egarter, ohne bedauerlicherweise auf die laufenden kritischen Debatten zu dieser neuen Technologie einzugehen.

Neues Fortpflanzungsmedizingesetz bereitet Praxis Schwierigkeiten

In ihrem Eröffnungsvortrag in Wien wies die Reproduktionsmedizinerin Andrea Weghofer, Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien, darauf hin, dass die Fortpflanzungsmedizin in Österreich unter anderem mit dem gesetzlich verankerten Bezahls- und Verbot bei der Eizellspende kämpfe. Die Suche nach Eizellspenderinnen sei problematisch, und es wäre wünschenswert, die Eizellspenderin – über die gesetzlich erlaubte Aufwandsentschädigung hinaus – bezahlen zu können. Nur so sei ein Ausgleich des „Missverhältnisses“ von Ei- und Samenspende zu ermöglichen,

denn im Vergleich zur Samenspende sei eine Eizellspende ein risikobehafteter Eingriff in den Körper der Frau. Kritisch sei überdies das Wirksamwerden einer Altersgrenze von 30 Jahren bei angedachten Eizellspenden im Familienkreis zu sehen. Interessentinnen für eine Eizellspende seien zumeist um die 40 Jahre alt, und daher würden sich oftmals Schwierigkeiten ergeben, Geschwister im passenden Alter für eine Spende zu finden. Ferner sei es äußerst bedauerlich, dass bei bestehenden Erbkrankheiten – wie Chorea Huntington, Brustkrebsdisposition (BRCA2-Gen), etc. – und dem Wunsch der Frau, diese keinesfalls an ihre Kinder weiterzugeben, eine Eizellspende nicht erlaubt sei.

Später Kinderwunsch und „geriatrische Geburtshilfe“

Der Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am Wiener AKH, Peter Husslein, führte aus, dass neben der Eizellspende das bereits in Finnland praktizierte Social Freezing eine aus seiner Sicht gute Variante sei, um die Natur zu durchbrechen. Leider sei die österreichische Gesellschaft derzeit noch nicht bereit, die Möglichkeit des Einfrierens von Eizellen zum optimalen Fertilitätszeitpunkt offen zu diskutieren. Lösungsstrategien seien jedoch dringend erforderlich, da die Fertilität der Frau mit zunehmendem Alter drastisch abnehmen würde, während gleichzeitig die Zahl der Chromosomenaberrationen und der Fehlgeburten steigen würde. Einer Frau das Social Freezing zu verweigern, komme einer Diskriminierung gleich, da Männer sehr wohl ihre Spermien einfrieren lassen können. Überdies sei es ein sehr österreichischer Weg, die Eizellspende gesetzlich zu erlauben, aber im FMedRÄG 2015 so kompliziert zu regeln, dass sie in der Realität nicht wahrgenommen werden könne. Social Freezing sei zudem – im Vergleich zur Eizellspende – mit weitaus weniger psychischen Problemen behaftet.

Ein weiteres Problemfeld im Zusammenhang mit der Verlagerung der Kinderwunscherfüllung in ein fortgeschrittenes Alter sei das gehäufte Auftre-

ten mütterlicher Begleiterkrankungen. Derzeit wäre bei bestimmten medizinischen Fachrichtungen noch kein ausreichendes Bewusstsein für die mit einem ins höhere Alter verlegten Kinderwunsch verbundenen Gefahren vorhanden. Die Natur habe die Menopause der Frau insofern „intelligent“ eingerichtet, da es der Frau noch möglich sein soll, ihr Kind in das Erwachsenenalter zu begleiten. Diese Grenze sei mit Hilfe der Reproduktionsmedizin aufgeweicht worden, daher sei es in der Zukunft durchaus möglich, dass sich eine neue Spezialisierung im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe etablieren könne: die „geriatrische Geburtshilfe“.

PID nicht für alle Kinderwunschpatientinnen empfehlenswert

Im Fall der nunmehr in Österreich zugelassenen PID wäre das Eröffnen der Möglichkeit einer PID bereits bei Kinderwunscha Paaren mit einer beziehungsweise maximal zwei Fehlgeburten wünschenswert, um Frauen vor dem ethischen Dilemma eines induzierten Abortes bewahren zu können. Die PID sei jedoch bei älteren Frauen und schlechter Ovarialreserve nur bedingt empfehlenswert, da eine PID mit einer erniedrigten Schwangerschaftsrate bei In-vitro-Fertilisation (IVF) einherginge. Jede Biopsie eines Embryos könne auch einen Schaden verursachen. Diese Erkenntnisse seien durch Studien in renommierten internationalen Fachmagazinen untermauert worden, so die Expertin Weghofer. Die PID sei zwar eine wertvolle Alternative zur PND bei Kinderwunscha Paaren mit einer belastenden Anamnese, aber das Mittel der Wahl bei Patientinnen mit einer eingeschränkten Ovarialfunktion sei die nicht-invasive pränatale Diagnostik (NIPD).

Bluttest zum Aufspüren von Trisomie 13, 18 und 21

In- und ausländische Experten referierten in Wien detailliert über die unterschiedlichen Formen der embryonalen Testung in utero und in vitro. Als eine effektive Untersuchung im Bereich der NIPT gelte die Untersuchung der zellfreien fetalen

DNA im mütterlichen Blut (cf-DNA Test). Sie habe gegenüber anderen Methoden der vorgeburtlichen Diagnostik den Vorteil einer niedrigen Falsch-Positiv-Rate und eines möglichen Testergebnisses in einem frühen Schwangerschaftsstadium. Der cf-DNA Test sei primär darauf ausgerichtet, Trisomie 13, 18 und 21 aufzuspüren, nicht jedoch andere chromosomale Veränderungen beim Kind. Die Ausweitung des vorgeburtlichen Bluttests auf andere Krankheiten berge die Gefahr in sich, dass die Rate an falsch-positiven Testergebnissen steigen würde. Ein positives Testergebnis sei immer durch eine invasive Abklärung – wie einer Chorionbiopsie – zu bestätigen. Die Möglichkeiten des cf-DNA Tests würden jedoch keinesfalls die klassischen Mittel der invasiven beziehungsweise nicht-invasiven pränatalen Diagnostik gänzlich ersetzen können. Da es eine Vielzahl an unterschiedlichen vorgeburtlichen Fehlbildungen gäbe, die nicht vom Bluttest aufgefunden werden könnten, sei der Einsatz von vorgeburtlichen Ultraschalluntersuchungen unerlässlich. Der Ultraschall sei eine zuverlässige Methode, kindliche Fehlbildungen zu entdecken, und eröffne die Chance, mitunter frühzeitig eine Therapie beim Kind einzuleiten.

Totale Genomanalyse – „Goldstandard“ embryonaler Testung

Der internationale Trend beim Auffinden von genetischen Defekten Ungeborener in vitro gehe zur totalen Genomanalyse des Embryos (PGS = Preimplantation Genetic Screening oder NGS = Next Generation Sequencing). Nach neuesten Erkenntnissen sei bei Frauen über 38 Jahren eine Totalsequenzierung des embryonalen Genoms indiziert, da ab diesem Alter eine hohe Gefahr bestünde, ein chromosomal geschädigtes Kind zu bekommen. Das erkläre Ziel der Zukunft sei das Herausfinden des chromosomal unauffälligen und somit „besten“ Embryos (euploide elektive Single-Embryo-Transfer). Nur mit solchen Embryonen könne ein optimales klinische „Outcome“ (höchste Wahrscheinlichkeit einer Lebendgeburt) erzielt werden.

In Österreich ist dieses umfassende Screening nicht erlaubt, vielmehr sieht das reformierte Fortpflanzungsmedizingesetz vor, dass im Zuge der PID nur jene Methode angewendet werden darf, die unbedingt erforderlich ist, um die (indikationsrelevante) Erbkrankheit festzustellen. Wie Egarter in Graz bestätigte, gibt es Methoden, die nur die genetisch indizierte Disposition untersuchen und nicht mehr Information zu Tage bringen. Dies schließt eine – laut Egarter – aber dennoch in Österreich bereits praktizierte Anwendung des NGS eigentlich aus.

Reproduktive Medizin der Zukunft ist personalisiert

Human M. Fatemi, Leiter der IVI GCC Fertility Clinic in Abu Dhabi, widmete sich eingehend der Frage, warum die Schwangerschaftsrate nach IVF über die letzten 24 Jahre lediglich um 10 Prozent gesteigert werden konnte. Ein Grund für die vielen Fehlgeburten im Rahmen von IVF-Behandlungen sei, dass man der Thematik der frühen embryo-maternalen Kommunikation (rund um den Implantationsvorgang findet ein Signalaustausch zwischen dem Embryo und der Gebärmutter Schleimhaut statt) zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt habe. Bei der gleichzeitigen Implantation mehrerer Embryonen bestünde einerseits die Gefahr von unerwünschten Mehrlingsschwangerschaften und andererseits sei es möglich, dass mehrere Embryonen unterschiedliche Signale in die Gebärmutter Schleimhaut aussenden könnten und so möglicherweise die Einnistung eines „guten“ Embryos verhindert werden würde.

Ein weiterer Grund, warum Fruchtbarkeitsbehandlungen nicht erfolgreicher seien, könnte die irriige Annahme sein, dass das sogenannte Implantationsfenster nicht bei jeder Frau ident sei. Die reproduktionsmedizinische Behandlung sei auf die Frau individuell zuzuschneiden. Überdies sei PGS die erste Wahl und die beste Möglichkeit, um einen „korrekten“ Embryo transferieren zu können.

Medizinische Fachkräfte in Österreich würden

sich derzeit – aufgrund der Gesetzeslage – primär mit den Vor- und Nachteilen bei der Polkörperdiagnostik (POD) gegenüber der PID befassen. Die Zielsetzung dieser beiden Verfahren sei jedoch mit jener der PGS vergleichbar: die Steigerung der Lebendgeburtenrate, die Verringerung der Fehlgeburtenrate, die Erhöhung der Single-Embryo-Transfer-Rate, die Verringerung der Geburten mit Fehlbildungen und die Vermeidung von „sinnlosen Embryotransfers“.

Mosaikbildung und Zuverlässigkeit genetischer Testungen

Im Zusammenhang mit der PID/PGS wurde von Wissenschaftlern der Begriff Mosaicism (Mosaikbildung) erwähnt. Mosaik seien eine Form der Fehlverteilung von Chromosomen und für nicht aussagekräftige Testergebnisse verantwortlich.

Auf dieses Phänomen ist zukünftig vermehrtes Augenmerk zu legen, denn anders als bisher vermutet, würden die menschlichen Körperzellen kein einheitliches Erbgut in sich tragen. Schon bei der ersten Zellteilung des Embryos komme es zu einer unterschiedlichen Ausformung von Informationen in den Zellen. Der menschliche Körper beinhalte nicht „das Genom“, sondern sei ein Mosaik aus Zellen mit unterschiedlichen Genomen. Ungewiss sei, welche Auswirkungen diese Erkenntnisse auf die Zuverlässigkeit von Aussagen genetischer Testungen menschlicher Embryonen habe. Mosaikbildungen könnten zur Folge haben, dass aus Proben einzelner Körperzellen kein zuverlässiger Rückschluss auf den Ausbruch einer bestimmten Erkrankung getätigt werden könne.

Embryonale Entwicklung als Mensch oder zum Menschen?

Die Gespaltenheit der Referenten und des Wiener Auditoriums war spürbar, als der Theologe, Ethiker, Pharmazeut und Mediziner Matthias Beck (Universität Wien) den ethischen Implikationen im Zusammenhang von PID und Eizellspende nachging. Er sprach sich dafür aus, die Bedeutung

der ethischen Reflexion vor der Einführung von neuen, den Menschen nachhaltig beeinflussen den Techniken in den Fokus zu rücken. Doch bereits die Annäherung an die grundlegende Frage – wann menschliches Leben beginne – fand, wenn überhaupt, nur sehr zögernd statt. Nach Beck sei ab der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle die menschliche Würde mit dem Embryo untrennbar verbunden. Bedenklich sei auch, dass bei der Anwendung der PID das Grundparadigma der Medizin – Diagnose, Therapie, Prophylaxe – verlassen werde, denn viele Diagnosen würden der „Therapieform Selektion“ dienen.

Zudem umriss er das ethische Problemfeld der Eizellspende, die Risiken der hormonellen Stimulation, der Eizellentnahme, die mitunter mangelhafte Aufklärung, die finanzielle Motivlage und die nicht absehbaren Folgen für das Kindeswohl. Beck halte es für äußerst bedenklich, dass die Ver zweckung des Menschen im Kontext der Reproduktionsmedizin immer weiter um sich greife.

Eizellspende im Ausland nach wie vor attraktiv

Aus der Sicht der Juristin Christiane Wendorst, Professorin für Zivilrecht an der Universität Wien, die sowohl bei der Wiener als auch der Tagung in Graz referierte, sei die Eizellspende im Ausland problembehaftet. In ihrem Wiener Vortrag wies sie darauf hin, dass die Umgehung verbleibender Restriktionen nach dem FMedRÄG 2015 und eine schnellere und günstigere Erfüllung subjektiver Wünsche die Motivlage für eine Eizellspende im Ausland bilden würden. Die in Österreich bestehenden Einschränkungen – u. a. Rahmenvorgaben für die PID, keine assistierte Fortpflanzung für alleinstehende Frauen, keine Leihmutterchaft, keine Eizellspende für Frauen ab 45 Jahre, Alter der Eizellspenderinnen zwischen 18 und 30 Jahren und Verbot des Social Freezing – würden viele Menschen mit Kinderwunsch dazu bewegen, den Schritt ins Ausland zu machen.

Faktische Hindernisse wie der Mangel an Eizellen, ein günstigeres Preis-Leistungs-Verhältnis,

falls kein Anspruch nach dem IVF-Fonds-Gesetz besteht, das Umgehen von Dokumentationsanforderungen, damit das Kind seine genetische Herkunft nicht erfahren könne sowie der Wunsch der Eltern nach Anonymität, seien nach Wendehorst ebenso Gründe für eine Kinderwunschbehandlung im Ausland.

Ihr Vortrag in Graz rückte ausgewählte Problemkonstellationen der Elternschaft bei Inanspruchnahme assistierter Fortpflanzung in den Fokus. Sie kam zu dem Schluss, dass das österreichische Abstammungsrecht in Bezug auf die Regelung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung als weitgehend gelungen bezeichnet werden könne. Verfassungsrechtliche Bedenken könnten sowohl gegen die absolut fehlende Korrekturmöglichkeit hinsichtlich der Mutterschaft (vgl. § 143 ABGB „Abstammung von der Mutter“) als auch gegen das Zusatzerfordernis einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung in § 144 Abs 2 ABGB bei lesbischen Paaren vorgebracht werden. Im Ergebnis würde jedoch die Durchsetzung des Verbots der Leihmutterschaft und des Rechts des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung eine hinreichende Rechtfertigung liefern. Diskussionswürdig sei, ob das Abstammungsrecht instrumentalisiert werden dürfe, um eine Einhaltung der Vorschriften des FMedG zu erzwingen.

Stefan Arnold, Professor für Bürgerliches Recht, Rechtsvergleichung und Internationales Privatrecht an der Karl-Franzens-Universität Graz, hielt einen herausragenden Vortrag zum Thema „Fortpflanzungstourismus und Leihmutterschaft im Spiegel des internationalen Privat- und Verfahrensrechts“. Arnold geht – im Gegensatz zum Verfassungsrechtler Christian Kopetzki – von einem Verbot der Leihmutterschaft aufgrund der geltenden österreichischen Rechtslage aus. Er brachte eine etwas andere Sicht auf die Kindeswohlproblematik ein: Der globale Adoptionsmarkt würde zugunsten der internationalen Leihmutterschaft zurückgedrängt, und diese Dynamik schmälere die Chance von Waisenkindern auf ein dem Kin-

deswohl entsprechendes Leben. Ausführlich nahm Arnold zur verfahrens- und kollisionsrechtlichen Anerkennung ausländischer Statusentscheidungen im Zusammenhang mit Bestellerelternschaft Stellung. Die österreichische Rechtsordnung laufe Gefahr, ausgehöhlt zu werden, wenn im Zuge der Anerkennung ausländischer Entscheidungen über die Annahme an Kindes statt nicht der im Außerstreitgesetz vorgesehene strenge Maßstab an die Prüfung des Kindeswohls ausländischer Gerichte angelegt werde. Arnold resümierte, dass es einer Reform des Bundesgesetzes über das Internationale Privatrecht (IPR-Gesetz) und des Abstammungsrechts bedürfe, um mit den weltweiten Herausforderungen aufgrund der Anwendung assistierter Fortpflanzung adäquat umgehen zu können.

Kritische Schlussbemerkung zum Genome Editing

Anfang Februar 2016 hat die Britische Zulassungsbehörde für menschliche Befruchtung und Embryologie einem Antrag des Londoner *Francis Crick Institutes* zu Veränderungen am Genom von Embryonen stattgegeben. Das Forscherteam – unter der Leitung von Kathy Niakan – wolle untersuchen, weshalb die künstliche Befruchtung von kinderlosen Paaren oftmals im Mutterleib scheitert, und wie man dem begegnen könne. Zuvor schon wurde aus China bekannt, dass der Eingriff in die humane Keimbahn via „Gen-Schere“ kein Tabu mehr sei.

Das sog. Gene Editing hat weitreichende Anwendungen in der Grundlagen- und klinischen Forschung und in der Modifikation von Körperzellen. Mit der genetischen Veränderung von Embryonen bzw. der Keimzellen könnten, so die Verheißung, schwere Erbkrankheiten durch Korrektur der Erbinformation therapiert – oder aber auch bestimmte menschliche Eigenschaften gesteigert bzw. verbessert („enhanced“) werden. Voraussetzung ist in allen Fällen die In-vitro-Fertilisation (IVF), die ja erst den Zugriff auf den Embryo als Objekt möglich macht.

Im Hinblick auf dieses vorgezeichnete Szenario genmanipulierter Menschen befremdete

die Aussage des Medizin- und Verfassungsrechtlers Christian Kopetzki (Institut für Staats- und Verwaltungsrecht der Rechtswissenschaftlichen Fakultät, Universität Wien). Er sehe keinen genuine Zusammenhang zwischen der IVF und der Gentechnik. Einem ausgewiesenen Experten wie Kopetzki ist die gegenseitige Abhängigkeit von IVF und Genome Editing natürlich bewusst. Warum er dennoch keinen Zusammenhang erkennen wollte, irritierte auf der Rechtstagung in Graz.

Mit einer solchen Aussage wird nicht nur jede seriöse Diskussion über die Konsequenzen einer derartigen „Therapie“ im Reagenzglas im Keim erstickt, sondern auch völlig ausgeblendet, was längst Gegenstand internationaler Debatten ist.

Denn tatsächlich diskutieren derzeit Wissenschaftler, Politiker und Ethiker weltweit über die technische Möglichkeit und ethische Bewertung der punktgenauen Veränderung im menschlichen Erbgut durch die CRISPR-Technik (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats). Sie wurde vom Fachmagazin „Science“ zum wissenschaftlichen Durchbruch des Jahres 2015 gekürt. Wie so oft wurden auch hier zuerst Fakten geschaffen, um dann darüber eine letztlich von Pragmatik geleitete „Ethik“-Diskussion zu führen. Fraglich ist, wie man dem Umstand begegnen kann, dass der Heranführung von Forschern an die Übernahme von umfassender Verantwortung als wissenschaftliches Qualitätskriterium kein mit Nachdruck verliehener Stellenwert beigemessen wird.

Komplett offen sind die Risiken der noch nicht ausgereiften Sicherheit der Methode für das Individuum, die irreversiblen Folgen der Erbgut-Manipulation, die auch an die nächsten Generationen weitergegeben werden und die Möglichkeit eines Gen-„Tuning“, also der Aufbesserung des Genoms des menschlichen Erbgutes, das auch das soziale Gefälle verschärfen kann.

Wenn das relativ billige CRISPR-Verfahren tatsächlich eingesetzt wird, hätte dies weitgehende Auswirkungen auf die Reproduktionsmedizin und ihre rechtliche Regelung. Insbesondere in

Bezug auf den im FMedG vorherrschenden Subsidiaritätsgedanken und der Aussicht auf eine Methode, welche die Verwerfung von erbgutgeschädigten Embryonen im Rahmen einer PID möglicherweise verhindern könnte, sind differenziertere Auseinandersetzung mit Zukunftsfragen der assistierten Fortpflanzung und Gentechnik dringend erforderlich.

Dr. iur. Barbara Breunlich
Institut für Ehe und Familie (IEF)
Spiegelgasse 3/8, A-1010 Wien
barbara.breunlich@ief.at

Rauchen: Verbote schützen Gesundheit von Nichtrauchern

Weltweit sterben jährlich mehr als 600.000 Menschen an den Folgen des Passivrauchens. Rund 165.000 davon sind Kinder. Bereits 16 Prozent der Weltbevölkerung sind heute durch Gesetze vor einer Passivrauchexposition geschützt. Nun zeigt ein aktueller *Cochrane Review*, dass sich diese Maßnahmen – Rauchverbote in der Gastronomie, an öffentlichen Orten und Betrieben – positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. In einer umfassenden Bilanz haben die Autoren 77 Studien aus 21 Ländern in ihre Analyse eingeschlossen, um die Wirksamkeit dieser Gesetze auf Passivraucher zu untersuchen.

Ein Schwerpunkt lag auf den Herz-Kreislaufkrankungen. 33 von 44 Beobachtungsstudien zeigen, dass die Herz-Kreislaufkrankungen in Folge der Rauchverbote signifikant zurückgegangen sind, vor allem für Nichtraucher. Außerdem gab es Hinweise auf eine reduzierte Sterblichkeit der durch Rauchen verursachten Krankheiten in den jeweiligen Ländern. Anzeichen eines positiven Einflusses auf die Atemwege und perinatale gesundheitliche Folgen sowie eine Reduktion des Rauchens und des Tabakkonsums insgesamt müssen laut Studienautorin Kathleen Frazer vom *University College Dublin* noch genauer untersucht werden.

Eine aktuelle im *Deutschen Ärzteblatt International* publizierte Studie zeigt, dass die Prävalenz des Tabakkonsums bei Jugendlichen in Deutschland signifikant zurückgegangen ist. Der Anteil der Jugendlichen, die sich zumindest gelegentlich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird, ist innerhalb von sechs Jahren von 83,2 Prozent (2003 – 2006) auf 67,1 Prozent (2009 – 2012) zurückgegangen. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie belegen außerdem, dass innerhalb von rund sechs Jahren der Anteil der 11- bis 17-jährigen Buben und Mädchen, die rauchen, von 20,4 Prozent auf 12,0 Prozent deutlich zurückgegangen ist. Der Anteil täglicher Raucher hat sich sogar mehr als halbiert.

Die Autoren schließen daraus, dass die zahlreichen Maßnahmen zum Schutz der Heranwachsenden vor den Gesundheitsgefahren des Rauchens und Passivrauchens eine positive Wirkung erzielt haben, und zwar unabhängig vom sozialen Status der Jugendlichen.

Österreich ist im internationalen Vergleich in der Frage des Nichtraucherschutzes sehr zögerlich vorgegangen. Erst mit der 2015 beschlossenen neuen *Novelle des Tabakgesetzes* zieht es mit den meisten europäischen Ländern nach und setzt die bestehenden EU-Richtlinien um. Die Übergangsfrist für Anpassungen im Gas-

tronomiebereich zum Nichtraucher-Schutz endet am 30.4.2018.

Cochrane Review, DOI: 10.1002/14651858.CD005992.pub3
Dtsch Arztebl Int 2016; 113(3): 23-30; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0023

Pflege: Mangel an Pflegekräften erhöht Sterblichkeitsrisiko der Patienten

Ein hoher Pflegeschlüssel – also eine bessere personelle Ausstattung – ist signifikant mit einem geringeren Risiko für die Patienten verbunden, im Krankenhaus zu sterben. Dies zeigt eine groß angelegte, im *British Medical Journal* Open publizierte Studie. Eine Gruppe von Wissenschaftlern von der *University of Southampton* und dem *Kings College London* untersuchte den Konnex zwischen der Anzahl von Krankenschwestern, Ärzten und anderen Gesundheitshelfern und der Sterblichkeit von Patienten. Sie analysierten dazu die Daten aus 137 öffentlichen Akut-Krankenhäusern in Großbritannien. Das Ergebnis: Wenn Krankenschwestern 10 oder mehr Patienten zu betreuen haben, steigt das Sterblichkeitsrisiko um 20 Prozent gegenüber jenen Pflegenden, die nur für sechs oder weniger Patienten zu sorgen hatten. Dieser Zusammenhang blieb auch nach Bereinigung aller anderen Faktoren bestehen. Für Studienautorin Jane Ball sei dies eine wichtige Botschaft an die Politik. Der Personalstand in der Pflege sollte auf der Grundlage der Sicherheit der Patienten getroffen werden, nicht der Finanzen, so Ball.

Eine aktuelle Studie aus Deutschland zeigt, dass der Personalmangel nicht nur eine schlechtere Versorgung der Patienten bedeutet, sondern auch die Pflegenden aus ihrem Beruf treibt. Frühpensionierungen bei Pflegekräften spielen auch in Deutschland eine Rolle. Angesichts der großen Nachfrage nach Pflegenden stellt sich die Frage, wie man die bereits Beschäftigten länger im Arbeitsprozess halten kann.

Bei einer durchschnittlichen Verweildauer der Patienten von 4,8 Tagen würden viele Pflegende ihre Arbeitssituation als „Rush-Hour rund-um-die-Uhr“ empfinden, heißt es in der Übersichtsarbeit des *Instituts Arbeit und Technik* an der Westfälischen Hochschule. Der Personalmangel auf den Stationen führt zu erhöhtem Arbeitsdruck. Beim Versuch, diesen durch Mehrarbeit zu kompensieren, stoßen viele zunehmend an ihre persönlichen Leistungsgrenzen. Dies zeige sich in Arbeitsunzufriedenheit, aber auch im Auftreten psychischer Erkrankungen, so Studienautorin Laura Schöder.

Entscheidend ist auch, dass Pflegende häufig ihre Arbeit nicht so erfüllen können, wie es ihr persönliches

Pflegeverständnis verlangen würde. Ihr ursprüngliches Berufsideal habe in der „Fabrik Krankenhaus“ keinen Platz mehr, so das Ergebnis der Studie.

Den Pflegenotstand erklärt Schöder für hausgemacht. Sie empfiehlt Umstrukturierungen, die es den Betroffenen erlauben, die pflegerischen Kernkompetenzen ihrer Tätigkeit wieder als Sinn stiftend zu erleben, über ein größeres Zeitbudget für die Betreuung der Patienten zu verfügen, sowie die Pflege als eigenständiger Profession aufzuwerten wie etwa in den skandinavischen Ländern im Rahmen von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Pflegeberufe gelten als „Zukunftsberufe“: Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird in Österreich bis 2030 auf mehr als 800.000 Personen steigen. Derzeit gibt es etwa 100.000 professionelle Pflegerinnen und Pfleger in Österreich, viele davon gehen in den nächsten 15 Jahren in Pension. Laut Österreichischem Hilfswerk werden in den kommenden Jahren in Österreich jährlich rund 1.000 neue Mitarbeiter im Bereich Pflege benötigt.

British Medical Journal Open 2016; 6: e008751; doi:10.1136/bmjopen-2015-008751

Daily Telegraph, 9. Februar 2016 (online)

Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen, Forschung aktuell I/2016, IAT

Antibiotika: Bessere Aufklärung verhindert bis zu 40 Prozent unnötige Verordnungen

Die Ergebnisse eines *Cochrane Reviews* zeigen, dass Schulungen und Informationen die hausärztlichen Antibiotika-Verordnungen bei akuten Atemwegserkrankungen um knapp 40 Prozent senken können – und zwar ohne dabei die Patientenzufriedenheit zu vermindern oder die Zahl erneuter Konsultationen beim Hausarzt zu erhöhen.

Ein Team von *Cochrane-Forschern* unter der Leitung des Australiers Peter Coxeter vom *Centre for Research in Evidence-Based Practice (CREBP)* der *Bond University* befasste sich mit 10 randomisierten Studien, die mehr als 1.100 Hausärzte und rund 492.000 Patienten einschloss, vor allem aus Großbritannien und Europa. Unter anderem wurden die Mediziner kommunikativ geschult, um besser mit Befürchtungen und Erwartungen der Patienten umzugehen, sich über Symptome und den natürlichen Krankheitsverlauf austauschen und eine Übereinkunft zum zukünftigen Behandlungsplan treffen zu können. Die verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation verringerte die Zahl der Medikamentenverordnungen.

Eine vom *King's College* im *British Journal of General*

Practice publizierte Studie hatte erst kürzlich ein gefährliches Paradox beschrieben: Wenn ein Hausarzt seinem Patienten, der wegen einer lästigen, akuten und länger anhaltenden Atemwegserkrankung kommt, keine Antibiotika verschreibt, sind Patienten unzufrieden. Sie halten ihn offenbar für keinen guten Arzt. Bekannt ist das Phänomen auch in anderen Bereichen der Medizin, etwa dem – teils unnötigen – Einsatz diagnostischer Verfahren. So zeigten Studien, dass sich der Patient mit einem u. U. unnötigen Röntgenbild in der Hand erwiesenermaßen zufriedener fühle, was in Folge auch den Arzt zufriedener mache.

Bei Antibiotika-Verschreibungen zeigt sich nun ein ähnliches Bild: „Es ist bedenklich, dass die Patienten bei einem Arztbesuch ein Rezept für ein Antibiotikum als Erfolg betrachten“, meinte Tim Ballard, Vizepräsident des *Royal College of General Practitioners*. „Noch dazu, wo wir wissen, dass Antibiotika in vielen Fällen nicht die angebrachte Form der Behandlung sind und oft mehr schaden als nützen – so dass es besser sein kann, sie nicht zu verschreiben,“ so Ballard.

In der Studie hatten Mark Ashworth und sein Team vom *Department for Primary Care and Public Health* des *King's College* Patientenbefragungen der Jahre 2011 bis 2013 analysiert. Sie erfassten dabei Daten von knapp einer Million Fragebögen aus 8.100 Arztpraxen. In dieser Zeit gab es 33,7 Millionen Verschreibungen von Antibiotika an 53,8 Millionen Patienten. Patienten, die – in vielen Fällen unnötig – Antibiotika schluckten, waren dennoch zufriedener als jene, die keine bekamen. Laut Studie hatten Allgemeinmediziner, die 25 Prozent weniger Antibiotika verschrieben als der Durchschnitt, weniger zufriedene Patienten als ihre Kollegen.

Erst im November hatte die WHO vor zunehmenden Resistenzen von Bakterien gewarnt, die unter anderem durch unnötige Verordnungen von Antibiotika verschärft werden. Jährlich würden rund 700.000 Menschen sterben, weil Antibiotika gegen bestimmte Bakterien nicht mehr wirken – alleine in der EU seien es rund 25.000 Menschen.

Cochrane Review, doi.org/10.1002/14651858.CD010907.pub2

Cochrane Library, 11. November 2015 (online)

The Guardian, 7. Dezember 2015 (online)

British Journal of General Practice, DOI: 10.3399/bjgp15X688105

Pharmaindustrie: Offenlegung von Geldflüssen an Ärzte soll Vertrauen schaffen

Ab 2016 wollen Pharmafirmen im Zuge einer freiwilligen Selbstkontrolle öffentlich machen, wie viel Geld und Leistungen sie Ärzten und Institutionen zukommen lassen. Die Initiative ging 2013 vom *Europäischen Dachverband der forschenden Arzneimittelhersteller* (EFPIA) aus. Sie soll zu einer größeren Transparenz in der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pharmaindustrie führen. Der EFPIA-Codex wird regional umgesetzt, in Österreich wurde deshalb im Jahr 2014 eine entsprechende Regelung von den Mitgliedsunternehmen der *Pharmig* in den Verhaltenscodex (VHC) aufgenommen und auch mit der *Österreichischen Ärztekammer* (Ärztlicher Verhaltenskodex 2014) abgestimmt. Die rund 100 Mitgliedsunternehmen der *Pharmig* seien nun laut Generalsekretär Jan Oliver Huber verpflichtet, Daten offenzulegen wie: Beratungshonorare, Zahlungen für Vorträge, Sponsorengelder, Geld- und Sachspenden, Übernahme von Tagungs-, Reise- und Übernachtungskosten bei durch die Pharmaindustrie angebotenen Fortbildungen oder auch Leistungen im Rahmen einer Forschungstätigkeit. Die Daten werden mit Juni 2016 auf den jeweiligen Webseiten der pharmazeutischen Unternehmen veröffentlicht und für Patienten einsehbar sein. Patienten sollen dadurch erfahren, ob der behandelnde Arzt für die Verschreibung eines Mittels zusätzliches Geld seitens des Pharmaunternehmens erhalten hat.

Gemäß Arzneimittelgesetz dürfen nur solche Zuwendungen an den Fachkreis abgegeben werden, die für die medizinische Praxis von Belang und zudem nur von „geringem Wert“ sind. Da es in Österreich dazu bislang keine Judikatur gibt, wollen sich hiesige Juristen am deutschen Nachbarn orientieren. Rechtlich bindend ist der VHC nicht, es gilt das Arzneimittelgesetz (AMG) bzw. das Korruptionsstrafrecht.

Kritikern geht die Initiative nicht weit genug. So ist grundsätzlich vorgesehen, dass Geldempfänger auf den Webseiten der Pharmafirmen mit Namen und Adressen genannt werden sollen. Ein Schwachpunkt bestehe jedoch in der Tatsache, dass die Unternehmen für eine individuelle Offenlegung die ausdrückliche Zustimmung des jeweiligen Arztes benötigen. „Wir befürchten, dass der Datenschutz von vielen als Vorwand gegen eine transparente Offenlegung vorgeschoben wird“, betont Eva Geiblinger, Vorstandsvorsitzende von *Transparency International – Austrian Chapter* (TI-AC). TI-AC will daher die Offenlegungspraxis genau analysieren und prüfen, ob diese Transparenzregeln auch gelebt werden.

In Deutschland möchte die Anti-Korrup-

tions-Ärzteinitiative *MEZIS* („Mein Essen zahle ich selbst“) mit dem Projekt www.leitlinienwatch.de gemeinsam mit *NeurologyFirst* und *Transparency Deutschland* den Erwartungen von Ärzteschaft und Gesellschaft an eine unabhängige Erstellung von Leitlinien entgegenkommen. Erklärtes Ziel ist es, den Einfluss von Interessenkonflikten auf medizinische Behandlungsleitlinien zu reduzieren. Viele Leitlinienautoren seien mit den Herstellern der zu bewertenden Medikamente und Produkte durch Beraterverträge und bezahlte Vorträge verbunden. Dadurch würden Interessenkonflikte mit dem Risiko entstehen, dass die meist teuren und oft noch unzureichend erforschten neuen Medikamente dieser Hersteller bevorzugt empfohlen werden, so die Plattform. Seit Mai 2015 haben mehr als 1.200 Ärztinnen und Ärzte sowie mehrere ärztliche Organisationen den Appell an die *medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland zum Umgang mit Interessenkonflikten* unterzeichnet.

TI-AC Pressemitteilung, 26. November 2015 (online)

Pharmig-Pressemitteilung, 26. November 2015 (online)

Bioskop, Nr. 64

Antibaby-Pille: Kaum Aufklärung über erhöhte gesundheitliche Risiken für Frauen

Der Pharmakonzern Bayer muss erneut in Sachen Antibaby-Pille vor Gericht. Nach Tausenden Klägerinnen in den USA hat nun auch eine deutsche Patientin den Yasminelle-Hersteller auf Schmerzensgeld und Schadenersatz geklagt. Sie wirft Bayer vor, noch im Jahr 2009 die Risiken, die mit der Einnahme der Antibabypille der vierten Generation – bekannt unter dem Handelsnamen Yasminelle, Yasmine, Yaz u. a. – verbunden sind, verschwiegen zu haben. Die Klägerin habe durch die Einnahme des kombinierten oralen Kontrazeptivums Yasminelle mit dem Gestagen Drospirenon eine Lungenembolie erlitten. Der Prozess begann Mitte Dezember am Landgericht Waldshut-Tiengen und wurde auf 2016 vertagt.

Der Versuch einer außergerichtlichen Einigung zwischen dem Pharmakonzern und der heute 31-jährigen Felicitas Rohrer war zuvor gescheitert. Die sportliche Nichtraucherin und Vegetarierin hatte im Alter von 25 Jahren wenige Monate nach regelmäßiger Einnahme von Yasminelle eine Lungenembolie erlitten, an der sie fast gestorben wäre. Sie überlebte durch Reanimation und muss nun lebenslang blutverdünnende Medikamente zu sich nehmen. Rohrer hat eine Selbsthilfegruppe von durch die Pille geschädigte Frauen gegründet, zumal gesundheitliche Gefahren seitens der Hersteller heruntergespielt würden. Ob Yasminelle tatsächlich die

Ursache für Lungenembolie war, ist nun Gegenstand von Sachgutachten.

Die Klägerin berichtet indes von mehr als etwa 470 weiteren Frauen allein in Deutschland, die ebenfalls Thrombosen erlitten hätten, berichtet die TAZ. Mit ihrer Plattform <http://www.risiko-pille.de/> hat sie sich mit ihren Mitstreiterinnen zum Ziel gesetzt, dass Antibabypillen mit erhöhtem Risikopotenzial für Frauen vom Markt genommen werden – allen voran jene Produkte mit dem Wirkstoff Drospirenon, der auch in anderen Verhütungspillen enthalten ist und für ein erhöhtes Thromboserisiko verantwortlich sein soll. Außerdem will Rohrer eine Einstellung von verharmlosender Werbung für Antibabypillen als Lifestyle-Produkt erreichen und fordert eine bessere Aufklärung für und durch Gynäkologen über die Nebenwirkungen der Pille und anderer hormoneller Verhütungsmethoden.

In den USA musste Bayer in außergerichtlichen Einigungen bereits rund 1,9 Milliarden Dollar an tausende Klägerinnen zahlen. Vom Markt musste der Konzern die Pille aber nicht nehmen. Insgesamt hatten Bayer zufolge in den USA bis Mitte Oktober 2012 etwa 13.500 Frauen gerichtlich und außergerichtlich Ansprüche gestellt.

Inzwischen wurde Bayer in der EU und den USA dazu verpflichtet, durch stärkere Warnhinweise auf das erhöhte Thrombose-Risiko der dritten und vierten Pille-Generation im Beipackzettel hinzuweisen. In Frankreich ist die Pille Diane 35 aus dem Haus Bayer wegen der Thrombosegefahr und mehreren Todesfällen seit drei Jahren verboten.

Die Evidenz ist relativ eindeutig, und vor allem die unabhängigen Studien zeigen, dass die Gestagene der dritten und vierten Generation ein doppelt so hohes Risiko für Thrombosen aufweisen im Vergleich mit den älteren Präparaten. Die Studienergebnisse dazu weisen seit Jahren in diese Richtung“, erklärt der Pharmakologe Gerd Glaeske vom *Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen* gegenüber *Medscape Deutschland*. Dennoch zeigt der *Pillenreport 2015* der *Deutschen Techniker Kasse*, dass Präparate der 3. und 4. Generation wesentlich häufiger verordnet werden als die Pillen der ersten und zweiten Generation – trotz des höheren Thromboserisikos. Gerade jungen Frauen würden vorwiegend die neueren Gestagene bzw. Präparate mit höherem oder unklarem Risiko verschrieben.

Seit der Übernahme des Konkurrenten Schering im Jahr 2006 ist Bayer der weltweit größte Hersteller von Verhütungsmitteln, die auch zu den umsatzträchtigsten Produkten gehören. Im vergangenen Jahr setzte der Konzern mit den Produkten Yaz, Yasmin und Yasminelle

768 Millionen Euro um, mit der Verhütungsspirale Mirena 819 Millionen Euro – insgesamt mit allein diesen Hormonpräparaten mehr als dreimal so viel wie mit Aspirin (486 Mill. Euro).

Spiegel, 16. Dezember 2015 (online)

Medscape, 23. Dezember 2015 (online)

Tagesspiegel, 16. Dezember 2015 (online)

Medizinstudium: Kluges Entscheiden hilft Überdiagnostik zu vermeiden

Ärzten steht im klinischen Alltag eine Fülle an Daten zur Verfügung. Die richtige Auswahl, das Abwägen, die Zusammenschau und schließlich eine kluge Entscheidung bilden das Gesamt eines guten klinischen Denkprozesses.

In einem Hamburger Ausbildungsforschungsprojekt zeigte sich, dass Studenten Anleitung und Vorbilder brauchen, um zu erkennen, dass sich mit weniger Diagnostik genauso präzise korrekte Diagnosen stellen lassen. Das berichtet die Internistin Sigrid Harenzda vom *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf* im *Deutschen Ärzteblatt* aus einer Studie mit Medizinstudenten im 12. Semester aus den Niederlanden und Deutschland. So forderten die deutschen Studenten am ersten Krankenhaus-Arbeitstag signifikant mehr Labor- und Röntgendiagnostik für ihre Schauspielpatienten an als ihre niederländischen Kollegen. Diese kamen trotz geringerer Diagnostik zu ebenso exakten Diagnosen.

Die Reflexionsfähigkeit der eigenen Entscheidungen und des daraus resultierenden Verhaltens zählen zu den wichtigsten ärztlichen Eigenschaften, so die stv. Klinikdirektorin. Im Kurs übten die Studierenden, Patienten nicht nach Algorithmen „abzuarbeiten“, sondern ihre Denkprozesse zu erläutern und damit Verantwortung für ihre Entscheidungen zu übernehmen. Gefahren lauern laut der Internistin u. a. im systematischen Überschätzen der eigenen Kompetenz (overconfidence bias), im sich Abbringenlassen von der Wahrheit der Zahlen (base rate neglect) oder dem sich vorschnell Zufriedengeben mit vermeintlich passenden Daten (premature closure, confirmation bias). „Gelingt es nicht, die Prozesse und Denkfehler, die sich einschleichen können, schon im Studium ins Bewusstsein zu rufen, wird sich die Problematik von Überdiagnostik und -therapie in ärztlichen Arbeitsprozessen vermutlich nur wenig verbessern lassen“, warnt die Medizinerin.

Lukas P. Mileder, wissenschaftlicher Mitarbeiter am *Clinical Skills Center* der *Medizinischen Universität Graz* zeigte in einer in *Medical Education Online* publizierten Fallstudie, wie dramatisch sich schlechte Vor-

bilder in der Ausbildung auf Jungärzte auswirken können: Negativ-Erfahrungen hemmen und verunsichern langfristig die Person, ihren Umgang mit Patienten und Kollegen. Frühere Erhebungen hatten bereits gezeigt, dass 61 Prozent der Medizinstudenten mindestens einmal Zeugen eines unethischen Verhaltens innerhalb des Ärzteteams waren. Diese Studenten waren viel eher geneigt, selbst unethisch zu handeln. 62 Prozent gaben an, dass einige ihrer ethischen Prinzipien erodiert oder seit Beginn des Medizinstudiums verloren gegangen waren. 38 Prozent der Medizinstudenten waren unzufrieden über die persönliche Entwicklung ihres Berufsethos.

Eine australische Studie aus 2015 zeigte, dass Medizinstudenten nach einem Jahr in ihren klinischen Tutoren positive Vorbilder sahen, wenn diese ausgezeichnete Kliniker, leidenschaftliche Lehrer und im Stande waren, ohne Zeitdruck eine Beziehung zu den Studenten aufzubauen. Besonders schätzten sie im Umgang mit den Patienten Charaktereigenschaften wie Einfühlungsvermögen, Respekt und echtes Mitgefühl.

Dtsch Arztebl 2015; 112(50): A-2129/B-1756/C-1702

BioMedCentral Medical Education 2015; 15: 17; DOI: 10.1186/s12909-015-0303-8

Medical Education Online 2014; 19(2): 23479-23479

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di Bioetica
Halbjährliche Zeitschrift
2015/6
Articoli:
Maurizio Mori: Per un ripensamento della consulenza etica nelle strutture sanitarie italiane. Riflessione a margine del documento di Trento; Stefano Semplici: Perché? Come? Chi? Tre domande (e alcune risposte) sulla consulenza etica in ambito sanitario;
F. Bellino: La consulenza etica nella pratica clinica tra expertise e counseling: aspetti fondativi;
Giuseppe Piccolo: La consulenza etica nella pratica clinica dei trapianti;
Carlo Castoro: La consulenza etica in chirurgia;
Alberto Giannini: Il ruolo della consulenza di etica clinica in ospedale.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 28, Heft 1, 2016
Editorial: Helen Kohlen: Sterben als Regelungsbedarf, Palliative Care und die Sorge um das Ganze;
Originalarbeiten:
Janine Graf-Wäspé: The Real Truman Show? Über die Legitimität von Schein-Elementen in der Betreuung von Menschen mit Demenz;
Dominik Groß, Christian Lenk, Brigitte Utzig: Normative Rahmenbedingungen der Rekrutierung und Nutzung extrahierter Zähne in Forschung und Lehre;
Jan Schildmann, Sebastian Wäschler, Sabine Salloch, Jochen Vollmann: Der Beitrag qualitativer Sozialforschung zur handlungsorientierenden medizinethischen Forschung. Eine Methodenreflexion am Beispiel des ETHICO-Projekts;

Marcel Maier, Sandra Kälin: Ethik-Cafés in der geriatrischen Langzeitpflege: halten sie, was sie versprechen? Über ihre wahrgenommene Wirkung beim Personal und die Effekte auf verschiedene Berufsgruppen.

Umwelt & Technik

Wien, Zeitschrift in Deutsch
Sonderheft Februar 2016
Editorial: Karl Stöger, Stefan Storr: Energiewende ohne Ende – jedenfalls aus rechtlicher Sicht;
Beiträge:
Johann-Christian Pielow: Die Energiewende in Deutschland;
Christian F. Schneider: Gedanken zum Energieeffizienz-Paket;
Stefan Schorr: Negativplanungen für Wasserkraftwerke;
Gerhard Braumüller: Wasserkraftwerke und Wiederverleihung.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
23. Jahrgang, Heft 1, 2016
Erika M. Wagner, Ferdinand Kerschner: Klimakonferenz von Paris: Österreich, was nun?
Schwerpunkt:
Peter Bußjäger: Strategische Umweltprüfung in Österreich – eine Bilanz;
Florian Berl: Die Präklusion nach dem Urteil des EuGH in der RS C-137/14;
Sergey A. Bogolyubov: Schutz der natürlichen Ressourcen in der Arktisregion Russlands.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch
62/1, 2015
Abhandlungen:
Andreas Frewer, Martina Schmidhuber: Der überwachte Patient. Ethik und Menschenrechte bei der Entwicklung der Medizintechnik;
Barbara Städtler-Mach: Medizin für den Menschen: Moderne Techniken

der Patientenunterstützung;
Tanja Henking: Technik im Alltag und im Alter – Gewinn für die Autonomie oder Gefahr der Entmenschlichung;
Peter Schaar: Schutz der Privatsphäre im Gesundheitswesen. Zu den rechtlichen Grenzen der Überwachung in der Medizin;
Martin Schmidhuber, Mark Schweda, Mone Spindler: Zwischen Überwachung und Fürsorge. Perspektiven der ethischen Debatte um Monitoringtechniken im häuslichen Umfeld älterer Menschen;
Larissa Rexin, Leyla Fröhlich-Güzelsoy, Inken Emrich, Andreas Frewer: Verschwundene Patienten – Ethische Fragen klinischer Überwachung. Ergebnisse eines Erlanger Forschungsprojekts.

Acta Philosophica

Rom, Italien
Quartalzeitschrift in Italienisch
Vol. 25 (2016), fasc. I
Studi:
Zaida Espinosa Zárate: ¿Esencia y nominalismo? Algunas críticas y respuestas en torno a la noción de esencia.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di Bioetica
Halbjährliche Zeitschrift
2015/5
Articoli:
Mauro Cozzoli: L'enciclica Laudato si' paradigma di una morale ecologica;
Giampaolo Ghilardi, Vittoradolfo Tambone: Per una fondazione ontologica della "riduzione consapevole e cooperante";
Nunziata Comoretto: Etica delle virtù e cultura medica contemporanea. Prospettive etico-antropologiche della medicina clinica;
Cristoforo Ricci: Le questioni di "fine vita" alla luce dell'umana

attesa di compimento.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch

15. Jahrgang, Heft 3, 2015

Articles:

James Beauregard: Sexuality, Dementia, and Catholic Long-Term Health-Care;

Jordan Potter: The Principle of Double Effect in End-of-Life Care;

Deacon Timothy J. Egan: Informed Consent and the Roman Rite of Exorcism.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch

48/3, 2015

Estudios:

Rainer Enskat: ¿Espontaneidad o circularidad de la autoconciencia?

Kant y el centro cognitivo de la subjetividad que juzga;

Matías Oroño: Autoconciencia y corporalidad en la teoría crítica kantiana;

Eduardo Molina: Sentimiento de la vida y autoconciencia en Kant;

Gabriele Tomasi: Self-knowledge as religious experience. On an aspect of Kant's conception of the vocation of human beings;

Luis Placencia: Autoconocimiento, acción y autointerpretación.

Opacidad y transparencia del saber de sí mismo en la filosofía práctica de Kant.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

22. Jahrgang, Heft 6, 2015

Wilhelm Bergthaler, Ferdinand Kerschner, Eva Schulev-Steindl:

Klimaschutz und Flüchtlingsrecht – Herbergssuche 2015;

Schwerpunkt:

Martin Niederhuber, Benjamin Schlatter: Bundes-Abfallwirt-

schaftsplan – eine Verordnung?

Angelika Götzl: Hochwasserschutz mittels Zwangsrechtseinräumung zur Schaffung weitgehend natürlicher Retentionsräume?

Markus Pointinger, Teresa Weber: Der Umwelthanwalt – das unbekannte Wesen?

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

23. Jahrgang, Heft 4, 2015

Leitartikel:

Karl Homann: Das Können des moralischen Sollens II: Bedingungen individuellen moralischen Handelns;

Klaus Peter Rippe: Überkreuzte Lebendspende. Ethische Gesichtspunkte;

Mathias Wirth: Enjambement von Eigenem und Fremdem. Zur anthropologischen Vehemenz in Technikphilosophie und Transplantationsmedizin.

Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung

Giovanni Maio
Herder Verlag, Freiburg im Breisgau 2015
224 Seiten
ISBN 978-3-451-30687-7

In den letzten Jahren kommen zunehmend Publikationen auf den Markt, in denen Ärzte und Ethiker die Herangehensweise der modernen Medizin mit ihrem Schwerpunkt auf den apparativen und wissenschaftlich-technischen Zugang kritisch sehen.

Giovanni Maio, Inhaber des Lehrstuhls für Medizin an der Freiburger Albert-Ludwigs-Universität und von der Ausbildung her Philosoph und Arzt, legt mit dem hier zu besprechenden Buch ein kompaktes, gut leserliches Werk vor, in dem er sich äußerst profund mit der Materie auseinander setzt.

Zielgruppen sind wohl in erster Linie Ärzte und Philosophen mit Interesse an Fragen der angewandten Medizinethik, aber auch Laien, gesund wie krank, können das Buch mit großem Gewinn lesen.

Die Diagnose einer ernsthaften Erkrankung stürzt den Menschen regelhaft in eine existentielle Krise.

Im ersten Teil des Buches greift der Verfasser vier Beispiele heraus – den chronischen Schmerz, Krebsleiden, dementielle Erkrankungen und die Situation des todkranken Menschen –, um mittels phänomenologischer Betrachtungen aufzuzeigen, wie sich derart kranke Menschen in ihren Lebenskrisen oft unverstanden und allein gelassen fühlen müssen.

Dem Schmerzpatienten etwa billigt der Verfasser zu, dass die oft auch aus ärztlichem Mund geäußerte Zumutung, sich mit dem Widerfahrnis des Schmerzes abzufinden, ein Unding sei. Schmerz sei als solcher immer widrig, löse zwangsläufig und dauerhaft die Motivation aus, ihn schleunigst loszuwerden und verleihe dem Patienten das zutiefst verstörende Gefühl eines permanenten hilflosen Ausgeliefert-Seins. Aufgrund der schlechten

Mittelbarkeit des Schmerzes gerät der Patient allzu leicht in Vereinsamung.

Bereits beim Schmerzpatienten tritt eine Denkfigur hervor, die in Maios Buch immer wieder zu finden sein wird; nämlich dass der derartig Betroffene zum absoluten Gegenstück jenes Menschen wird, der in der modernen Gesellschaft zum Ideal verklärt wurde, nämlich dem sich aus eigener Kraft allen Widrigkeiten und Krankheiten des Lebens erfolgreich entgegenstellenden „Machers“. Schmerzen werden hier als Erfahrungen persönlichen Versagens empfunden, man habe sich eben zu wenig in der Hand. Im schlechten Fall können die Patienten nicht nur mit dem Schmerz nicht umgehen, sondern ihr ganzes Leben ist letztlich von der Angst vor dem Schmerz beherrscht, anstatt die schmerzfreien Zeiten zu genießen.

Als nächstes Beispiel folgen die bösartigen Erkrankungen, die bereits im Namen tragen, einen Menschen mit einem Schlag in eine völlig fremde Welt hineinzustoßen. Wie sie alle Kontinuitätserwartungen an ein Leben durchbrechen und dabei nicht wie Bakterien oder Viren, Gift oder Unfall als Agens von außen, sondern durch entartende körpereigene Zellen gewissermaßen von innen als unheimliche, nicht greifbare Bedrohung den Patienten zutiefst verstören, beschreibt der Autor überaus eindrucksvoll. Die Zugangsweise der modernen Medizin lautet, mit allen Mitteln einen „Kampf gegen den Krebs“ aufzunehmen, und damit mit martialischem Gestus eine „Eskalation der Chemotherapie“ zu betreiben. Der Patient wiederum ist dann bereit, sich auch eingreifendsten Therapien zu unterwerfen, nur damit eben diese dunkle, tödliche, außer Kontrolle geratene Bedrohung, die er in sich selbst trägt, vernichtet wird. „Kollateralschäden“ an Abwehrkräften, Vitalität, Lebensqualität bleiben unbeachtet, man ist zu allem bereit.

Auch im geheilten Zustand verlässt den potenziellen Patienten dann zumeist die Angst vor dem Rückfall nicht. Das Körperschema ist oft zerfallen, die Zukunft ins Unverlässliche gerückt. Als Gegenentwurf zeichnet Maio, der durchaus die Errungen-

schaften der technischen Medizin nicht bestreitet, nur ihren überragenden Stellenwert kritisiert, ein Leben mit der Erkrankung, die tatsächlich dank moderner, auch unterstützender Therapien oft in eine nahezu schon chronische Erkrankung überleitbar ist und wo die unsägliche Frage „Wie lange noch?“ eigentlich keine Berechtigung mehr haben sollte.

Hier werden Ärzten auch Einsichten vermittelt, die den aufmerksamen Leser dazu bringen, keine prognostischen Einschätzungen mehr abzugeben. Dass eine Krebserkrankung die verbliebene Lebenszeit des Betroffenen oft unter ein ganz besonderes Licht stellen kann, wo zuvor das für unwichtig Gehaltene nun bereichernd in den Vordergrund tritt, arbeitet Maio gekonnt und mit neuen Facetten heraus.

Sehr umfangreich ist dann der Teil über die dementielle Erkrankung mit ihrer hoffnungslosen Progredienz im verstellten Zugang zur eigenen Geschichte, den dadurch aufsteigenden Ängsten, die dann zu Aggression und Wandertrieb führen können, auch dem Schamgefühl, andere zu enttäuschen.

All diesen, weitgehend untherapierbaren Defiziten stellt er Eigenschaften gegenüber, die auch Patienten mit fortgeschrittener Demenz zu eigen bleiben: die Fähigkeit, oft über den Leib sich auszudrücken und auf sehr feinsinnige Weise mit der Umgebung in Resonanz zu bleiben. Gerade diese Patienten sind deshalb besonders auf Kontakte mit Mitmenschen angewiesen. Diese ziehen sich in der Realität – auch für Angehörige von Kranken ist das Buch gerade in diesen Passagen lehrreich und auch tröstlich – oft hilflos überfordert zurück.

Demenz beschert dem Menschen ein auf seine Umgebung Angewiesensein. Warum dies eine derartige existentielle Katastrophe sei, so wie das heute oft empfunden werde, stellt der Autor immer wieder, gewissermaßen als roten Faden des Buches, in Frage.

Ein besonders engagiertes Plädoyer gegen alle Versuche, Sterbenskranken und mit dem Gedan-

ken an assistierten Suizid spielenden Patienten dabei zur Hand zu gehen, folgt im Buch. Wie hier die Gesellschaft sich gewissermaßen ihrer sozialen Aufgabe entpflichten will, indem sie den Sterbenskranken in einen Zustand hinein drängt, bewusst oder unbewusst, wo dieser nur mehr darüber nachdenkt, wie sehr er seinen Mitmenschen nutzlos zur Last fällt, kritisiert der Autor heftig.

Suizidassistenz als probaten Weg, also einen Patienten als einzige Problemlösung aus dem Leben verschwinden zu lassen, beschreibt er in unter die Haut gehender Weise als zutiefst resignativen und gesellschaftlich unwürdigen Zugang.

Den Wegen der Bewältigung solcher Schicksalsschläge ist der zweite Teil des Buches gewidmet. Auch hier gibt es wieder eine übersichtliche Gliederung, beginnend mit der Kunst des „Annehmen-Lernens“. Hier wird ausgeführt, wie wir – entgegen vielleicht unserem ersten Eindruck – immer schon dem Leben als einem Widerfahrnis ausgesetzt sind, fortwährend mit Unausgesuchtem und Unverfügbarem konfrontiert sind und uns in von unseren Mitmenschen und der Umgebung gestalteten Prozessen einrichten müssen. Ein Zug der Moderne sei es nun, an einer Unfähigkeit, das Gegebene anzunehmen, zu leiden. Wie man im Gegenzug sein Schicksal als Aufgabe annehmen ganz neue Freiheitsgrade und eine neue Ergebnisoffenheit des Lebens gewinnen kann, wird meisterlich dargestellt, immer wieder auch unter Berufung auf Schriftsteller, Theologen, Philosophen, von Romano Guardini bis Emmanuel Levinas.

Im zweiten Teil dieses Abschnitts geht es dann um den Aspekt des „Vertrauens und der Nichteinklagbarkeit des Wesentlichen“. Hier werden besonders die Schwachstellen der Verrechtlichung der Medizin, die Ökonomisierung und die ständige Hetzjagd, der auch Behandler ausgesetzt sind, in den Blick genommen – alles Tendenzen, die das Vertrauen der Patienten in ihre Ärzte untergraben und häufig bei diesen Sinnkrisen und Entwertungserlebnisse auslösen.

Die folgenden Passagen beschäftigen sich mit der Haltung der „Hoffnung“, eine wichtige, heutzutage oft viel zu wenig genutzte Ressource für den Gesundungsprozess bzw. wenigstens in einem neuen sich mit einer Erkrankung Einrichten, fährt Maio fort. Gerade in einer Situation grundlegendster Fraglichkeit und unaufhebbaren Bangens wird der Hoffende in Tiefenstrukturen seines Seins versetzt. Auch hier wieder gelingt es dem Verfasser, ohne erklärendes Schönreden des Verhältnisses „Krankheit“, die Sinnressourcen einer solchen Erfahrung aufzuzeigen.

Die Unabdingbarkeit, „den kranken Menschen zu verstehen“, nimmt dann der letzte Teil des Buches noch einmal auf. Unter diesem ja auch den Titel prägenden Motto werden nochmals ganz pragmatische Ansätze geboten. Jeder Arzt, jede Pflegeperson möge einem Menschen an die Hand gehen und dabei nicht nur das „Woher“ einer Erkrankung, sondern auch das „Wohin“ des Erkrankten, wobei es auch andere Richtungen als eine *restitutio ad integrum* geben muss, stets bedenken.

Mit der Einsicht, dass ohne ein ausführliches ärztliches Gespräch, ohne Zuwendung und den Versuch, den Verstehenshorizont von Patient und Arzt verschmelzen zu lassen, eine den Namen verdienende Heilkunst jedenfalls nicht geboten werden kann, schließt das Buch ab.

Bei dem Verfasser der Besprechung hat er damit die durchaus verstörende Einsicht ausgelöst, wie schwer es unter den heutigen Bedingungen von Ökonomisierung und Zeitbeschränkung ist, zum Beispiel eine regelrechte „Krankengeschichte“ zu erheben. Durch solches Aufstören des Lesers, ohne aber jemanden in Resignation oder Hoffnungslosigkeit zurückzulassen, ist Maio mit dem Buch ein wirklicher Wurf gelungen, die Lektüre wird nachdrücklich empfohlen.

K. Usar

Ärztliche Kommunikation.

Als Erstes heile mit dem Wort...

Pamela Emmerling

Schattauer, Stuttgart 2015

249 Seiten, 6 Illustrationen von Gittasree Dutta

ISBN 978-3-7945-2974-2

Die Autorin ist Germanistin, mutiert zur freiberuflichen Kommunikationstrainerin und ist seit 2001 – als Quereinsteigerin – Beraterin und Kursleiterin von Ärzten.

Mit einem soliden, fachlichen Grundstock an Psychologie, Literatur- und Kunstgeschichte entwickelt sie einen eigenen, originellen Stil der Analyse und Wertung der sehr spezifischen Beziehung zwischen Arzt und Patienten.

„Als Erstes heile mit dem Wort...“ Der Untertitel des Buches lässt das Hauptanliegen erkennen: Das Wort soll Vorrang haben, Pille und Messer seien ihm nachgeordnet.

Emmerling versteht sich auf Vergleiche: Das Gespräch, sagt sie, brauche so viel Verstand und Gefühl wie eine Operation körperliche Fitness und absolute Konzentration. Gestörte oder gar abgebrochene Gespräche können wie eine abgebrochene Operation wirken. Da zu einem Gespräch in aller Regel mindestens zwei gehören, legt sie dem Arzt statt dem (paternalistischen) „Ich werde jetzt...“ ein „Wir wollen zunächst...“ in den Mund, das den Patienten einbindet.

In einem einleitend-programmatischen Absatz (1.4.) wird ein Rezept für Ärztliche Kommunikation in nahezu 50 Modellsituationen präsentiert, verbunden mit der Anregung, dieses nicht in einem, sondern „modular“ zu lesen. Damit beugt sie gewissermaßen einer Kritik am gesamten Buch vor, welche sich an der enormen Vielfalt von psychologischen Details in Theorie und Praxis entzünden könnte, die zur Stütze der Kommunikation, zur Entdeckung eigener Ressourcen, für Fehlerkorrektur und Lernfähigkeit unerlässlich sind.

Eine tragfähige Beziehung zwischen Arzt und Patienten ist auf Echtheit, gegenseitige Wertschätzung und Empathie gegründet. Moralisierung

und Warnungen („...und wenn Sie nicht...dann...“) lösen in der Regel beidseitige Blockierungen aus und sind nie am Platze.

Überzeugende Formulierungen findet die Autorin für die „emotionale Kompetenz“ des Arztes, jene erlernbare Fähigkeit, sich „um sich selbst“ gebührend zu sorgen und damit die eigene Rolle als Berater und Begleiter authentisch zu erfüllen.

Die Autorin zeigt Beobachtungsgabe und Scharfsinn, wenn es um Begriffe wie Nähe und Distanz, Treue und andere sehr persönliche Faktoren geht, die in der Arzt-Patienten-Beziehung eine oft ungeahnte Rolle spielen. Etwas redundant empfindet man die eher ausführliche Erörterung der „Transaktionsanalyse“ nach Eric Berne (tiefenpsychologisch orientierte Daseinsanalyse mit praktischen Bezügen zu Person und Alltag).

Die rein informative Lektüre des Buches ist nicht immer einfach: Durch Schriftsetzung und Formate scheint es mehr auf „Arbeitsbuch“ getrimmt (inkl. Formulare zur Selbsttestung). Gleichzeitig freut sich der Leser über treffende Zitate von namhaften Leuten, die mit ihrer Originalität und Vielfarbigkeit hervorragend platziert und nicht überlesen werden dürfen. So scheint das Buch ein Kondensat aus zahlreichen Workshops und Seminaren zu sein und Absichten zu verfolgen, die über das „Lesebuch“ hinausgehen.

Mit Muße gelesen, kommen einzelne Kapitel besser zur Geltung, wie z. B. jenes über das „aktive Zuhören“. Dazu gleich der passende Aphorismus: „Learning to talk takes two or three years; to listen – decades!“ (Irland). Und: „Rede, damit ich dich sehe!“ (Sokrates).

Sehr gelungen ist Kapitel 4 mit den praktischen Analysen „Ich Arzt- mich selbst verstehen“, in dem sich die Autorin als kritische Insiderin in der Gesundheitspolitik und deren Einfluss auf die Intimität der Sprechstunde erweist.

Analog ist das folgende Kapitel (5) betitelt: „Wir Team – Kommunikation für alle“. Die Autorin war offenbar bei internen Teambesprechungen und Problemlösungen in der Praxis anwesend, auch

wenn sie die eine oder andere Situation lehrhaft und dramaturgisch überzeichnet. Unter dem Kürzel WAVE fasst sie zusammen:

Widerstände ermitteln, Argumente erörtern, diese verlockend und erfolversprechend zu formulieren.

Schließlich kommen im Kapitel 6 „Alle zusammen – Kommunikation für Fortgeschrittene“, wobei die Mediation gerade zwischen ärztlichen Kollegen, aber auch im Personal und mit Patienten eine große Rolle spielt. Ausgerechnet ist gerade hier ein gelungener Beitrag über Humor enthalten („Seien Sie heiter, Herr Kollege, das meine ich jetzt ernst!“). Auch die eingestreuten Episoden (story telling) im Patientengespräch können ihren Platz neben den nüchternen Fakten erfolgreich behaupten.

Im letzten Kapitel (7) wird kurz, aber kundig von der Rolle des Internet gehandelt. Nützt „Dr. Avatar“ dem Patienten, dem Arzt oder beiden? Wer hat hier welche Verantwortung? Eine Reihe von deutschen Internetportalen wird unter die Lupe genommen, wobei die Beurteilung sehr unterschiedlich ausfällt, jedoch immer mit einem großen Caveat! versehen.

Am Ende darf Asklepios den Untertitel des Buches beisteuern: „Als Erstes heile mit dem Wort.“ und hier das volle Zitat: „...dann mit der Arznei, zuletzt mit dem Messer“. Die Jahrtausende alte Botschaft kommt an.

Man legt dieses Buch mit seiner geballten Ladung an „Kommunikation“ etwas gestresst aus der Hand: Ein großer Brocken will gut gekaut sein, um nachhaltig verdaut zu werden. Darum ist der Autorin zu gratulieren, ein Zwei-Wochen-Seminar auf nur 235 Seiten zwischen zwei Buchdeckeln untergebracht zu haben.

F. Kummer

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor IMABE 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. 700 Zeichen inkl. Leerzeichen) und 3 – 5 Schlüsselwörter je 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 Dateiformats 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.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher

Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

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 Autorennamen 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. Verlagsort(e)
 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 information

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

When submitting manuscripts, the following guidelines should be respected.

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

2. Design/ formatting of Manuscripts

Length/scale: 25,000 – 35,000 characters (including blank spaces)

The first page should include:

1. A short title in English and German
2. Name of the author/authors
3. Contact details
4. Abstract of the article (maximum 700 characters including blank spaces) and 3-5 keywords in English and German. (These can be provided by the editor.)

Manuscript pages (including the bibliography) should be numbered. Acknowledgements should be made between end of the main text and before citations or references. Automated footnotes should be used. Tables and figures should be inserted at the appropriate places in the text. All graphics and illustrations need to be in print quality (high resolution). The author will receive copies of the publication once the issue is published.

For the sake of readability, dispense with the simultaneous use of both male and female forms of speech. All

personal descriptions apply to both sexes.

3. References

Citations should be in the form of endnotes with consecutive numbering. Citation numbers in the text should be in superscript.

Articles from journals should be cited in the following manner:

1. Author's name -- or first author's name followed by "et al" -- followed by initials of first name in uppercase letters
2. Title of article
3. Journal in standard abbreviation according to international rules (Index Medicus)
4. Year of publication in parentheses followed by semicolon
5. Volume number followed by colon
6. Pages in which article appeared (first to last page number)

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

Citation of monographs and books should include:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Name of publishing company
4. Location(s) of publishing company
5. Year of publication in parentheses followed by a comma
6. Pages in which work cited appeared (first to last page number)

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

IMABE-Info (www.imabe.org)

AIDS 1: Die Infektion und ihre Verbreitung
AIDS 2: Prävention und Therapie
Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Burnout
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Assistierter Suizid und Euthanasie aus ethischer Sicht
Katholische Kirche zu Sterbehilfe und 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
Schmerz
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)

24. 11. 2014: Stellungnahme zur Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
16. 10. 2014: Stellungnahme „Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung - Für eine Kultur des Beistandes“
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

Vorschau

Imago Hominis · Band 23 · Heft 2+3/2016
Schwerpunkt: Demenz als ethische Herausforderung II

Editorial	3	
Current Issues	6	Susanne Kummer Zika-Virus: Scientists Raise Doubts Concerning the WHO-Alarm
	9	Marcus Knaup The New §217 of the German Penal Code
Focus	13	Annemarie Schratter-Sehn The Proportionality of Benefits and Harms in Oncology
	21	Marcus Schlemmer The Art of Escape: Physicians' Truthfulness and End of Life Care
	27	Josef Schwarzmeier Cancer Treatment Today: Limitations and Opportunities
Article	35	Willibald J. Stronegger The Justification of Homicide in the Modern State: A Biopolitical Perspective
Case Study	46	External Renal Support in a Young Patient with Severe Psychosis
	48	Johannes Bonelli Commentary on the Case
Conferences	50	Barbara Breunlich Reproductive Medicine: From Selection to "Geriatric Obstetrics"
News	56	
Journal Review	61	
Book Reviews	63	