

BIOPOLITIK. DIE POSITIONEN

Christian GEYER

Suhrkamp, Frankfurt am Main 2001

302 Seiten

ISBN 3-518-1226

Zwischen Januar und August 2001 hat sich in Deutschland eine biopolitische Debatte ausgetragen, die an Lebhaftigkeit, Dauer und Niveau noch nicht da gewesen war. Namhafte Philosophen, Juristen und Naturwissenschaftler haben dabei in den auflagestärksten Zeitungen – F.A.Z., Süddeutsche Zeitung und Die Zeit – Stellung genommen. Es ging im wesentlichen um den Status des Embryos. Der Artikel 1, Abs.1 (Menschenwürdeschutz) und Art. 2, Abs. 2 der deutschen Verfassung verpflichten den Staat, jedes einzelne menschliche Leben, auch das jedes Embryos zu schützen. Dieser Verpflichtung wurde im Embryonenschutzgesetz 1990 Rechnung getragen. Dieses Gesetz unterbindet jede Verwendung von Embryonen für andere Zwecke als für reproduktive. Und gerade um verbrauchende Embryonenversuche und um die Präimplantationsdiagnostik (PID) ging es in dieser Debatte.

Die Stammzellentherapie verspricht große Heilungsleistungen für die Zukunft. Dazu wird ein riesiger Forschungseinsatz notwendig. Obwohl die Forschung mit adulten Stammzellen durchaus erfolgsversprechend ist, möchten sich die Forscher nicht auf diese beschränken und unbedingt auch noch mit embryonalen Stammzellen arbeiten. Die Gewinnung solcher Zellen ist in Deutschland ebenso gesetzwidrig wie das therapeutische Klonen und die Präimplantationsdiagnostik (PID). In allen drei Bereichen wird in Großbritannien bereits intensiv geforscht. Kann und will sich Deutschland leisten, aus dem Rennen der Spitzenbiotechnologie auszuscheiden? fragen sich die für die Forschung verantwortlichen Politiker.

Der erste Beitrag des Buches, von Elisabeth BECK-GERNSHEIM, ist der einzige, der nicht aus dem Vorjahr stammt. Er ist im Jahr 1996 erstmals veröffentlicht und trägt den Titel „Die soziale Konstruktion des Risikos – das Beispiel Pränataldiagnostik“. Mit ihm wird der Rahmen einer Diskussion gesteckt, die vielleicht im Vorjahr eine besondere Lebendigkeit erhalten, jedoch schon jahrelang angedauert hat. Die sehr plausible These der Autorin ist, dass diese Diskussion sich unter dem Druck eines sozial konstruierten Risikos (S. 23) abspielt, nämlich, dass wir von Krankheit umzingelt sind. Darauf wird ein Ausweg präsentiert („Soziale Konstruktion des Auswegs“, S. 26): eine Technik oder eine Forschung, die nur im Dienste der Gesundheit steht. Darauf folgt logisch „die soziale Konstruktion einer Verpflichtung“ (S. 30), diese Technik oder diese Forschung zu bejahen: wer Verantwortung trägt, muss Vorsorge und Fürsorge leisten. Diese dreistufige Rhetorik ist sehr öffentlichkeitswirksam, wie man an Hand der Anwendung der Pränatalgendiagnostik, die immer mehr zur Routineuntersuchung wird, zeigen kann: „Die Nutzung dieser Technik verläuft keineswegs nur nach Kriterien und Standards ärztlichen Handelns, sondern gerät unter den Druck juristischer Regelungen und ökonomischer Interessen, politischer Vorgaben und institutioneller Erwartungen“ (S. 35). In der Frage der Biopolitik treffen die Interessen zweier Gruppen zusammen. Auf der einen Seite die engagierten Vorkämpfer der Technik, ganz von Fortschrittsoptimismus getragen, die an möglichst ungehinderter Entwicklung und Umsetzung der Technik interessiert sind; auf der anderen stehen die Nutzer bzw. Nutzerinnen, die alles daran setzen wollen, um die Krankheits- und Behinderungsrisiken zu verringern.

Am 3. Januar 2001, noch einige Tage vor seinem Amtsantritt als Kulturminister, äußerte der Münchner Ethikprofessor Julian NIDA-RÜ-

MELIN im Berliner Tagespiegel die Ansicht, dass die im Grundgesetz verankerte Würde des Menschen nicht inflationär verwendet werden dürfe, wenn sie ihre normative Kraft bewahren soll. Für ihn sei die Achtung der Menschenwürde dort angebracht, wo die Voraussetzungen erfüllt sind, dass ein menschliches Wesen entwürdigt, ihm seine Selbstachtung genommen werden kann. Daher lasse sich das Kriterium der Menschenwürde nicht auf Embryonen anwenden. Diese Äußerung war Auslöser, nicht aber die Ursache der Diskussion. Eine solche war fällig und zeichnete sich längst ab.

Der erste Aufsatz von Robert SPAEMANN „Gezeugt nicht geschaffen“ knüpft an die Aussage von NIDA-RÜMELIN an, um klarzustellen, dass jede verbrauchende Embryonenforschung einen Anschlag auf die Menschenwürde darstellt, „die es verbietet, Menschen ausschließlich als Mittel den Zwecken anderer Menschen zu unterwerfen (S. 45). Darauf antwortet Rainer MERKEL („Rechte für Embryonen“), dass die Menschenwürde sich nicht allein auf die biologische Zugehörigkeit zur Menschheit begründen lässt. Im Übrigen meint MERKEL, dass in Deutschland seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 im Zusammenhang mit der Fristenlösung kein Recht des Embryos auf Leben und Menschenwürde existiert. Da Embryonen keine Rechtspersonen mit Grundrechten auf Leben und Menschenwürde sind, erscheint MERKEL das Resultat einer Abwägung ihres Verbrauchs mit den moralisch hochrangigen Zielen, die dabei verfolgt werden, evident: Die Embryonenforschung zu solchen Zielen ist moralisch zulässig. Mit einem Wort, Reinhard MERKEL hält ebenso wie Gerd ROELENCKE („Lieber ein Hoffnungsschimmer als Dunkelheit“, S. 161ff) und Horst DREIER („Konsens und Dissens bei der Interpretation der Menschenwürde“, S. 232ff) den Würdeschutz des Ungeborenen für „Verfassungsliturgie“. Darauf antworteten Otfried HÖFFE („Wesen Menschenwürde. Was Reinhard MERKEL verschweigt und Robert SPAEMANN nicht sieht“, S. 65ff), der zwischen beide Posi-

tionen zu vermitteln versucht, aber praktisch ebenso wie SPAEMANN für die Beibehaltung der bestehenden Gesetzesregelungen plädiert.

In einem zweiten Aufsatz, „Wer jemand ist, ist es immer. Es sind nicht die Gesetze, die den Beginn eines Menschenlebens bestimmen“ (S. 73ff), geht SPAEMANN auf eine nicht im Buch abgedruckte Kritik von Norbert HOERSTER und Wolfgang KERSTIN ein. Dieser sprach von einer Rückdatierung des Personenschutzes, die eine Ausdehnung des Lebensrechtes auf Embryonen bewirkt, um eine verbrauchende Embryonenforschung zu verhindern. Dazu gibt SPAEMANN zu bedenken, dass spätestens seit der Aufklärung die Menschenrechte auch für Ungeborene in Anspruch genommen wurden.

Zum Thema der Stammzellenforschung enthält das Buch ein aufschlussreiches Interview mit dem Bundeskanzler Gerhard SCHRÖDER, der für den Import von embryonalen Stammzellen eintritt, damit die deutsche Wissenschaft nicht den Anschluss an die Spitzenforschung der Biotechnologie verliert. Seine Position setzte sich dann auch letztlich im Bundestag durch. Die Ethik des Heilens scheint den Bundeskanzler mehr zu überzeugen als die Ethik der Menschenwürde. Dass er dabei einen humanitaristischen Fehlschluss begeht, wie HÖFFE an einer anderen Stelle aufgezeigt hat, fällt ihm nicht auf oder stört ihn nicht. Für die PID plädiert auch Margot VON RENESSE („Verboten hilft nicht“, S. 107ff). Sie schlägt eine Regelung analog zu „rechtswidrig aber straffrei“ der Fristenlösung vor. Gegen die PID positionieren sich die amtierende Justizministerin Herta DÄUBLER-GMELIN („Die Würde des Embryos ist unbezweifelbar“, S. 121ff.), Ernst Wolfgang BÖCKENFÖRDE („Das Tor zur Selektion ist geöffnet“, S. 112ff.) und Hille HACKER („Ein in jeder Hinsicht gefährliches Verfahren“, S. 143ff.).

Weitere Stellungnahmen von renommierten Politikern, Journalisten, Rechtswissenschaftlern, Naturwissenschaftlern und Philosophen wie Andrea FISCHER, Christian SCHWÄGERL, Hubert MARKEL, Stephan SAHM, Jakob

AUGSTEIN, Ernst BENDA und Michael NAUMANN u.v.a.m., lassen mit Recht den Eindruck entstehen, dass mittlerweile zu den anstehenden Themen alle Argumente und Gegenargumente vorliegen und kaum was Originelles mehr gesagt werden kann. Es ist also die Stunde der politischen Entscheidung.

Natürlich gibt es in dem Buch nur eine Auswahl, viele wichtige Wortmeldungen, wie die von Jürgen HABERMAS werden nur am Rande erwähnt, aber durch die Lektüre des Buches erhält man einen ausgewogenen Überblick über eine spannende Debatte, die noch viele praktisch-politische Konsequenzen haben wird.

E. PRAT

MEDIZIN OHNE ETHIK?

Otfried HÖFFE

Suhrkamp, Frankfurt am Main 2002

272 Seiten

ISBN 3-518-12245-2

Die Biopolitik ist eine der wichtigsten Herausforderungen unserer Zeit. Dies erklärt, warum sie in den letzten Jahren zum Hauptthema der praktischen Philosophie gemacht wurde. Parallel zur biopolitischen Debatte läuft also auch eine ethische Debatte, an der sich nahezu alle Philosophen irgendwann beteiligen. Otfried HÖFFE ist seit der ersten Stunde dabei und hat nun in diesem Band mehrere seiner Wortmeldungen zwischen 1988 und 2001 zum Thema zusammen hergebracht.

Zunächst behandelt er die Rechtfertigungsfrage: Werden die moralischen Ressourcen knapp, dass so viel Ethik „gemacht“ werden muss? „Nur dort, wo sich die Moral nicht mehr von selbst versteht, muss man über sie nachdenken. Wo die Ethik aufblüht, steht es schlecht um die Sitten der Gesellschaft“ (S.14), dies soll aber nicht gleich als Diagnose des moralischen Untergangs unserer Gesellschaft

verstanden werden, denn „nur insofern versagen die überlieferten Sitten als neue Fragen auftauchen, für deren sachgerechte Beantwortung die bisherigen Sitten nicht genügen. Diese Situation, so meine Leitthese, trifft für große Bereiche der zeitgenössischen Medizin zu: Mehr als nur eines ärztlichen oder medizinischen Ethos, tatsächlich einer veritablen Ethik bedarf die Medizin deshalb, weil sie mit neuen, sogar grundlegend neuartigen Entscheidungsaufgaben konfrontiert wird.“

HÖFFE geht vom KANT'schen Prinzip der Menschenwürde aus, den er als interkulturell gültiges und säkulares, höchstes Moral- und Rechtsprinzip statuiert. Wenn man dieses Prinzip anwendet, sind die Versuche mit Embryonen nicht zulässig. Deshalb kritisiert der Autor die sogenannte Ethik des Heilens und Helfens, die das Dilemma sich entweder an heutigen menschlichen Embryonen oder aber an zukünftigen Patienten schuldig zu werden, zugunsten der letzteren löst. Die Argumentation für diese Lösung enthält einen Fehlschluss, den HÖFFE den humanitaristischen Fehlschluss wegen der Berufung an die „humanitäre Ethik des Heilens und Helfens“ benennt. Dieser tritt sogar in mehrfacher Gestalt auf. Der erste humanitaristische Fehlschluss besteht nun im Verkennen des grundsätzlichen Vorgangs, den der Lebensschutz vor dem Hilfsgebot genießt (S. 45). Der zweite ist die Annahme, ein insgesamt humanitärer Forschungskomplex wie die biomedizinische Forschung sei deshalb in jedem Teil und bei jeder Methode humanitär (S. 46). Den dritten humanitaristischen Fehlschluss begeht, wer die medizinische Hilfe dem christlichen Gebot der Nächstenliebe angleichen will (S. 46). Dem vierten erliegt der Politiker, der großzügig reiche und baldige Hilfe verspricht, obwohl die Forschung nur die Grundlage für eine zukünftige, zudem nur möglicherweise eintreffende Hilfe legt (S. 47).

Der Autor argumentiert, dass „der Frühembryo den Lebensschutz verdient und mit ihm den Rechtfertigungsgrund des Lebensschutzes, die menschliche Würde“ (s. 79 u.ff.). HÖFFE

lässt für die Legitimierung der Forschung mit Embryonen weder die Güterabwägung irgendwelcher Art noch die Regelung „rechtswidrig, aber straffrei“ gelten.

Einleuchtend ist die Argumentation, die ausgehend von der unantastbaren Würde des Menschen den Schutz des Lebens des Embryos ab der Empfängnis untermauert und keine Abwägung gegen Güter zulässt. Es fällt dabei aber eine gewisse Inkonsequenz Höffes auf, der sich nirgends gegen die Erzeugung in vitro ausspricht, die zwangsläufig eine gravierende Einschränkung des Lebensschutzes mit sich bringt. Dieses Thema wird aber im Buch nicht angesprochen.

Es ist auch nicht ganz nachvollziehbar, warum sich der Autor auf eine Kritik der Entscheidung der Katholischen Kirche in der Frage des deutschen Modells der Beratungsstellen für Abtreibungswillige einlässt. Bekanntlich hat sich die Kirche von dieser Tätigkeit zurückgezogen. Die Kritik wird einfach ziemlich unsachlich, weil der Autor sich anmaßt, die Kompetenz der Kirche in dieser Frage abzusprechen (S. 145, 1. Absatz). Ein Professor für politische Philosophie in Würzburg muss nicht unbedingt wissen, welche Aufgabe, Methoden und Kompetenz die Glaubenskongregation hat und sollte deswegen vorsichtiger im diesbezüglichen Urteil sein. Man kann, auch wenn man nicht einverstanden ist, darüber diskutieren, aber diese Diskussion damit zu beginnen, dass der Vertreter der zu diskutierenden Position nicht kompetent ist, ist nicht sehr redlich, insbesondere dann, wenn dies nicht der Fall ist. Eine sachliche Diskussion der Argumente der Kirche in dieser Frage ist in der Kritik nicht enthalten. Es geht hier um die formelle Mitwirkung bei der Abtreibung, die dadurch gegeben, wenn der Beratungsschein, der von der Beratungsstelle ausgestellt werden muss, *conditio sine qua non* für die Durchführung der Abreibung wird.

Aber das Buch behandelt auch viele andere Themen, die in der Medizinethik eine wich-

tige Rolle spielen, wie z.B. die Ambivalenz einer jeden Technik, die zum guten und zum schlechten Zweck angewandt werden kann (S. 120 u. ff.); die Übermacht der Diagnostik, die zu einer Allmachtillusion der Medizin führt (S. 131); Sinnorientierung der Medizin und die darauf abgeleitete Forderung nach den Tugenden der Besonnenheit, Gelassenheit, Selbstvergessenheit und Gerechtigkeit in der medizinischen Praxis.

Das Buch endet mit zwölf ethischen Thesen zu intellektuellen, sozialen und humanitären Innovationen in der Medizin. Die zwölfte These lautet: „Statt der innovativen Forschung hinterherzuhinken, ist der Diskurs begleitend zu führen“ (S. 252). Eine gute programmatische These. Wenn der ethische Diskurs der Innovation nicht vorangehen kann, soll er sich zumindest begleitend dem innovativen Prozess gleich anschließen.

Aus seiner bekannten, zwischen deontologischer und eudämonistischer Ethik, d.h. zwischen KANT und ARISTOTELES vermittelnden Position legt Otfried HÖFFE sehr wertvolle und meistens auch originelle Argumente vor, die dem Gedanken einer personalistischen Ethik zumindest sehr nahe kommen, wenn sich nicht überhaupt mit ihr decken.

H. UFER

MODERNE MEDIZIN – CHANCE UND BEDROHUNG

Ruth BAUMANN-HÖLZLE

Peter Lang Verlag, Bern 2001

361 Seiten

ISBN 3-906766-55-1

Die Autorin ist Dozentin für Ethik in Medizin und Pflege und Präsidentin des Vereins „Ganzheitliche Beratung und kritische Information zu pränataler Diagnostik“ in der Schweiz.

In dem vorliegenden Band sind 28 Referate und Aufsätze wiedergegeben, welche im

Zeitraum 1990 bis 2000 entstanden und zum größten Teil in Fachzeitschriften oder Tageszeitungen publiziert worden sind. Die Artikel sind nicht chronologisch, sondern entsprechend ihrer Thematik „entlang dem Lebensbogen“ geordnet: Den Anfang bilden 4 Aufsätze mit Stellungnahmen zur Medizinethik im Allgemeinen („Bezugspunkt“, ca. 60 Seiten), es folgt eine eingehende Behandlung der Ethik pränataler Diagnose- und Selektionsverfahren sowie der In-Vitro-Fertilisation („Risiko“, ca. 90 Seiten). Im darauf folgenden Abschnitt werden die ethischen Implikationen der Transplantationsmedizin und der Gentechnologie untersucht („Spitzenmedizin“, ca. 60 Seiten). Als nächstes folgt die Erörterung medizinischer Fragen der Geriatrie und Altenpflege, sowie des Themas Euthanasie („Abschied“, ca. 90 Seiten). In einem abschließenden Kapitel wird die Ökonomie im Gesundheitswesen und ihre ethischen Implikationen betreffend Rationierung und Verteilungsgerechtigkeit abgehandelt („Solidarität“, ca. 30 Seiten).

Da die einzelnen Aufsätze zu verschiedenen, gerade aktuellen Anlässen entstanden sind und jeweils nur einen bestimmten Aspekt medizinischen Handelns thematisieren, fehlt eine systematische Erörterung. Der Leser selbst muss versuchen, Bindeglieder zwischen den einzelnen Aufsätzen zu finden, was manchmal nicht leicht ist, da Argumentationsfiguren, Einschätzungen und Schwerpunkte zeitlich weit auseinander liegender Schriften differieren.

Das Vorwort und die Aufsätze mit allgemeinem Inhalt erläutern den gewählten Referenzpunkt medizinischer Entscheidungen: es ist das autonome Subjekt wie es in der Tradition KANTS definiert ist. Auf Grund seiner Autonomie (Selbstbestimmung) darf es niemals für Zwecke anderer gebraucht werden. Daraus resultiert seine Unverfügbarkeit und Würde. Für den Arzt bedeutet das, dass er einerseits das ihm anvertraute menschliche Leben niemals für fremde Interessen missbrauchen oder gegen diese aufrechnen darf (utilitaristische Fehlhaltung) und dass er andererseits auch

keine eigenmächtige Heilbehandlung durchführen darf (paternalistische Fehlhaltung). Ärztlichem Handeln liegt ursprünglich ein Abhängigkeitsverhältnis zugrunde, in welchem auf der einen Seite der auf Grund seines Zustandes (krank, behindert, unentwickelt) in seiner Autonomie eingeschränkte Patient, und auf der anderen Seite der mit aller Kompetenz und allen Möglichkeiten ausgestattete Arzt stehen. Aus diesem Abhängigkeitsverhältnis entspringt die Besonderheit des ärztlichen Ethos, welches darin besteht, gerade den durch seinen Naturzustand nicht autonomen Menschen in seiner Würde ernst zu nehmen und ihm im Felde von Leib und Seele (wieder) zu seiner Autonomie zu verhelfen. Dieses Verhältnis macht deutlich, dass nicht eine vorgegebene Autonomie Grund der Menschenwürde, sondern umgekehrt die vorausgegebene Würde, im Sinne eines Werdehorizonts, der Grund der Autonomie ist. Da jegliches Werden an Beziehungen gebunden ist, handelt es sich in der Tat um einen Beziehungshorizont. Insofern der Mensch für menschliche Beziehungen – inkludierend die Beziehung zu Gott – offen ist, insoweit kommt ihm Würde zu. Niemand kann ihn zu solchen Beziehungen zwingen oder an seiner Statt diese Beziehungen schaffen. Darin liegt seine Autonomie und Einzigartigkeit als Person. Ist der Mensch in irreversibler Weise zu menschlichen Beziehungen nicht mehr fähig, erlischt auch seine subjektive, durch eigene Freiheit gesetzte Würde. Was bleibt ist sein Wert, den ihm die Liebe eines Anderen verleiht.

Eine besondere Form der menschlichen Beziehung ist jene der Mutter zu ihrem noch ungeborenen Kind. Die Mutter nimmt Anteil am Werden des Ungeborenen und umgekehrt nimmt das Kind Anteil am Werden der Mutter. Würde der Mutterschaft und Würde des Ungeborenen bedingen sich daher gegenseitig. Trotz dieser Reziprozität hinsichtlich des Würdestatus besteht ein radikales Abhängigkeitsverhältnis zwischen Mutter und Ungeborenem hinsichtlich des Autonomiestatus. Aus

diesem Abhängigkeitsverhältnis entspringt, in Analogie zum Verhältnis Arzt – Patient, das besondere Ethos der Mutterschaft, das sich in physiologischer Weise während der Schwangerschaft – BAUMANN-HÖLZLE vergleicht diese Verwandlung mit einer „Häutung“ – entwickelt. Während der ersten Monate der Schwangerschaft, während welchen dieses physiologische Ethos noch nicht entwickelt ist, kann es zu einem Autonomiekonflikt zwischen Frau und Ungeborenem kommen, wenn die Schwangerschaft unerwünscht war. Es überrascht, dass die Autorin im Falle des Schwangerschaftskonflikts von einer Pattstellung spricht, welche weder gegen das Interesse (die Autonomie) der Frau noch gegen das Interesse (die Autonomie) des Ungeborenen gelöst werden dürfe. Es liege ausschließlich im Ermessen der Frau, sich für die eine oder andere Option zu entscheiden. Alles, was sich im Inneren des Körpers der Frau abspielt, müsse juridischem Zugriff von außen entzogen bleiben. Hat sich die Frau für den Abbruch der Schwangerschaft entschieden, so resultiere daraus sowohl eine individuelle als auch eine kollektive Schuld, welche auch die Kirche mitzutragen habe. Diese Mitschuld ergebe sich aus der Tatsache, dass Kirche und Gesellschaft jeden kritischen Diskurs scheuten, welcher die Autonomie der Person betrifft. Dadurch bliebe die Frau mit ihrem Konflikt letztlich allein. Daraus resultiere die Gefahr, dass der oder die mit existentiellen Fragen Alleingelassene sich einer fundamentalistischen Subkultur, wie z.B. dem Opus Dei, anschließe, welche durch fertige Antworten jeden Diskurs erst recht erstickte. – Der Rezensent steht fassungslos vor der Selbstwidersprüchlichkeit einer solchen Argumentation.

Die folgenden 4 Aufsätze (datierend von 1993 – 2000) befassen sich mit den ethischen Implikationen pränataler Diagnostik. Beklagt wird eine zunehmende Verbreitung der Pränataldiagnostik, sei es infolge individueller oder vom Arzt suggerierter Wunschindikation, sei es infolge gesellschaftlich (WHO) emp-

fohlener eugenischer Indikation (z.B. „Eradikation des Down-Syndroms“). Als negative Folge eines pränataldiagnostischen Screenings wird die zunehmende Diskriminierung von Behinderten und die Förderung der Illusion vom perfekten Menschen befürchtet. Für die einzelne Frau impliziert die Durchführung der Pränataldiagnostik eine wertende Stellungnahme gegenüber ihrem Ungeborenen, welche der Würde werdenden Lebens und der Würde der Mutterschaft widerspricht. Die Autorin plädiert daher in früheren Aufsätzen dafür, auf die Pränataldiagnostik überhaupt zu verzichten, es sei denn, es handle sich um einen Notfall oder um den elterlichen Wunsch, sich auf ein möglicherweise behindertes Kind besser vorbereiten zu können. Im jüngsten Aufsatz aus dem Jahr 2000 revidiert die Autorin allerdings ihre restriktive Haltung und macht eine „verantwortliche Güterabwägung“ geltend, welche die mutmaßliche Lebens- und Leidenssituation des Kindes und der Eltern einbezieht. Dadurch könne die „Gesellschaft“ moralisch in eine Pattsituation geraten: Entweder es werde die Frau dazu instrumentalisiert, das Kind auszutragen oder es werde das Kind instrumentalisiert, indem es der Güterabwägung zum Opfer fällt. Bei dieser Argumentation lässt die Autorin unberücksichtigt, dass auf Grund der Einzigartigkeit der Person niemand an Kindes Statt dessen „mutmaßliche Lebens- und Leidenssituation“ beurteilen kann. Für die Mutter selbst gilt ohnehin, dass sie auf Grund ihrer „Häutung“ zur Mutterschaft, auch ein behindertes Kind liebevoll annehmen wird.

Drei weitere Aufsätze befassen sich mit der Präimplantationsdiagnostik (PID) und der dazugehörigen In-vitro Fertilisation (IVF). Die Autorin nimmt dabei Stellung zu Gesetzesentwürfen des Schweizer Bundesrates. Sie lehnt PID von Grund aus ab, und zwar mit ähnlichen Argumenten, wie sie auch vom Institut IMABE vorgetragen wurden. Hinsichtlich IVF als Voraussetzung dazu urteilt BAUMANN-HÖLZLE in zwei verschiedenen Aufsätzen jedoch unterschiedlich. In einer älteren Publikation

(1995) argumentiert sie gegen IVF, weil dabei „überzählige“ Embryonen anfallen, deren „Produktion“ der Menschenwürde widerspreche. Darüber hinaus sei die Methode für die Frau psychisch sehr belastend. Anstatt nach technischen Lösungen für die Kinderlosigkeit zu suchen, sollten Forschungsgelder lieber dafür verwendet werden, die Ursachen von Unfruchtbarkeit aufzudecken und zu beseitigen. In einem jüngeren Aufsatz (2000) hingegen sieht die Autorin in den Rahmenbedingungen der IVF kein Problem mehr. Vielmehr gelte es bei der Ethik der Zeugung allein darauf zu achten, dass die menschliche Willensfreiheit der menschlichen Leiblichkeit keinen Schaden zufügt. Der freiwillige Zeugungsakt konstituiere ein Verantwortungsverhältnis zur hervorgebrachten menschlichen Leiblichkeit. Dieses Verantwortungsverhältnis werde im Falle homologer IVF eingelöst, weshalb sie, trotz ihres technischen Charakters, sittlich gerechtfertigt sei, im Falle heterologer IVF hingegen nicht, was sie sittlich unerlaubt mache, es sei denn, der Samenspender verzichtet auf Anonymität. Die Einlösung des Verantwortungsverhältnisses verlange außerdem eine stabile elterliche Lebensgemeinschaft. Die Gesellschaft könne aber die Stabilität einer Lebensgemeinschaft weder überprüfen noch garantieren. Es sei daher IVF immer dann sittlich zu rechtfertigen, wenn ein Paar bloß einen entsprechenden Wunsch äußert. Angesichts einer solchen Minimalforderung sei vorangehende Beratung durch psychologisch und ethisch geschulte Personen unabdingbar, wobei das Beratungsziel darin bestehen solle, im Paar ein geeignetes Tugendbewusstsein wachzurufen. Angesichts einer individualistischen, hedonistischen und utilitaristischen Gesellschaftspraxis bestehe dazu großer Handlungsbedarf. – An diesem Beispiel kann man sehen, wohin an sich korrekte Überlegungen führen, wenn sie von verkürzten Voraussetzungen ausgehen.

Im Kapitel „Spitze“ werden zuerst ethische Fragen der Transplantationsmedizin angespro-

chen. Ausgehend von der Grundlage der Menschenwürde und Menschenrechte werden die Kriterien für eine zulässige Organentnahme behandelt. Im Falle der Organspende unter Lebenden ist die informierte Zustimmung von Spender und Empfänger erforderlich und es ist jeder Organhandel verboten. Im Falle der Organspende von Toten vertritt die Autorin die Meinung, dass die Hirntoddefinition ursprünglich als Kriterium für das Abschalten von Maschinen, nicht aber als Kriterium für mögliche Organentnahme eingeführt wurde. Daher reiche die Hirntoddefinition zur Organentnahme nicht aus. Der Hirntod definiere nicht automatisch das Ende des Personseins. Hingegen sei die Hirntoddefinition zulässig für eine Organspende, wenn der Spender zuvor als kompetente Person seine informierte Einwilligung gegeben hat. Aus demselben Grund sei eine Organentnahme bei todgeweihten Anencephalen nicht zulässig.

Ein weiteres Spitzenthema der Medizin betrifft die Gentechnologie. Die Autorin fragt, inwieweit es zulässig ist, das menschliche Genom zu verändern. Eingriffe in die menschliche Keimbahn seien auf jeden Fall abzulehnen, weil künftigen Generationen keine Gelegenheit gegeben sei, hiezu ihre informierte Zustimmung zu geben. Aber auch bei Eingriffen in das somatische Genom sei äußerste Wachsamkeit am Platz, da der Mensch das Gute und Böse der Schöpfung nicht vollständig erkennen könne und eine „Verbesserung“ der Schöpfung daher eine Anmaßung darstelle. Außerdem hätten die modernen Technologien generell zu sehr negativen Konsequenzen geführt. Zweifellos besteht ein qualitativer Unterschied zwischen Manipulation toter Materie und Eingriffen in lebende Organismen. Es muss aber gesagt werden, dass eine ängstliche Einschränkung der Handlungsfreiheit zugleich Ausdruck einer Kleingläubigkeit wäre, welche dem christlichen Geist der Gotteskindschaft widerspricht. Eine Gesellschaft hingegen, die sich über Gott erhaben dünkt, muss zurecht die Folgen ihrer

Handlungen fürchten.

Zu den besten Kapiteln des Sammelbandes gehört die Behandlung ethischer Probleme in der Geriatrie. Zum Einen befindet sich diese im Spannungsfeld zwischen dem medizinisch Machbaren und dem vom Patienten bzw. dessen Angehörigen Gewünschten. Zum Anderen befindet sie sich im Spannungsfeld einer individuellen Kosten-Nutzen-Abwägung und gerechter Ressourcenverteilung. Die Vielzahl z.T. sehr effizienter Behandlungsmöglichkeiten der modernen Medizin verleitet zum technischen Imperativ, demzufolge das technisch Mögliche zum moralisch Geforderten wird. Die dadurch bewerkstelligte Lebensverlängerung kann zu einer unverhältnismäßigen Zunahme des Leidens und der Abhängigkeit führen, welcher der autonome Patient oder dessen Angehörige mit dem Wunsch nach aktiver Beendigung des Leidens entgegentritt. Daraus resultiert das ethische Problem der Euthanasie.

In ihrer Stellungnahme des Jahres 1993 lehnt die Autorin sowohl den „technischen Imperativ“ als auch die Aufhebung des Tötungsverbot oder die Unterstützung des Suizids alter Menschen ab. Beide entspringen der Illusion einer unumschränkten Macht des Menschen. BAUMANN-HÖLZLE plädiert an deren Stelle für ein Paradigma des Menschengerechten, welches darin besteht, einerseits ärztliche Therapie als das zu begreifen, was sie dem ärztlichen Ethos und dem griechischen Wortsinne zufolge immer schon war und ist – ein Dienst an der leidenden Person, andererseits Ansprüche der Menschenrechte auf den Sinn von Gerechtigkeit zurückzuführen, welcher die Pflicht zugrunde liegt, jedem das Seine zu geben. Freiheit und Abhängigkeit, Aufgegebenheit und Vorgegebenheit als verwobene Grundkonstanten menschlicher Existenz sollen mit gleichem Gewicht respektiert werden. Derart können in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient Vertrauen, Lebensfreude und Zuneigung als irdische Zeichen überirdischen Glaubens, Hoffnung und Liebe er-

wachen – ein wunderschöner Gedanke!

Vor diesem Hintergrund lehnt die Autorin sowohl die Praxis der Euthanasie in den Niederlanden (1994) als auch eine entsprechende Initiative in der Schweiz (1995, sog. Motion Ruffy) ab. Auf diesem Grund formuliert sie auch, gemeinsam mit einem Internisten, ein siebenstufiges Programm ethischer Urteilsbildung, welches die eingangs geschilderten Spannungsfelder menschengerecht zu lösen verspricht. In einer Arbeit aus dem Jahr 1999 verlässt sie aber in der Frage der Euthanasie die Forderungen des Arztethos wieder zugunsten bloß konsequentialistischer Argumente und nimmt die Forderungen der Menschenwürde zugunsten von Klugheitsabwägungen innerhalb einer pluralistischen Gesellschaft zurück.

Die letzten 3 Aufsätze befassen sich mit ökonomischen Fragen des Gesundheitswesens in der Schweiz. Anders als (dzt.) in Österreich scheinen die ökonomischen Zwänge in unserem westlichen Nachbarland noch mehr Einfluss auszuüben, sodass überlegt wird, interdisziplinäre Kommissionen einzusetzen, welche festlegen, ob im konkreten Fall eine bestimmte Therapie begonnen oder fortgesetzt werden kann oder aber aus ökonomischen Rücksichten die Behandlung abgebrochen werden muss. Die Autorin macht Vorschläge, wie man solche Rationierung umgehen könnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Der Sammelband greift alle brennenden ethischen Fragen der modernen Medizin auf und behandelt sie auf dem Hintergrund des Paradigmas der Menschenrechte und Menschenwürde. Die einzelnen Aufsätze sind von unterschiedlicher Qualität. Hervorragende Gedankenführungen wechseln mit zuweilen wenig überzeugenden bis widersprüchlichen Argumenten. Nirgends zitiert die Theologin auch nur ein einziges Mal das kirchliche Lehramt. Das wäre im Interesse des beschworenen Pluralismus und fundierter Argumentation doch auch einem Vertreter der reformierten Kirche zuzumuten. Insgesamt wirkt das

Buch, trotz Anreihung der Themen im Lebensbogen, uneinheitlich und schwer lesbar. Es wird dem Leser zugemutet, eine über 10 Jahre laufende Geistesentwicklung der Autorin, die eine erhebliche Spanne und Spannung aufweist, nachzuvollziehen.

W. RELLA

PATIENTENORIENTIERTE GESPRÄCHSFÜHRUNG IM PFLEGEPROZESS

Annelies FITZGERALD & Gerda ZWICK

Springer Verlag, Wien 2001

117 Seiten

ISBN 3-211-83664-0

Dieses Buch soll eine Anleitung für den Umgang mit Patienten während des gesamten Pflegeprozesses sein.

Schon vor dem ersten Kontakt mit dem Patienten ist es ratsam über seine Person (Name, Alter und den Grund seiner Aufnahme) informiert zu sein. So sind viele Patienten erfreut und fühlen sich als Person geachtet, wenn sie gleich mit ihrem Namen angesprochen werden. Auch Gesten der Freundlichkeit, wie ein nettes Lächeln und die Hand zur Begrüßung reichen, sind sehr hilfreich, um von Anfang an eine gute Pflegebeziehung aufzubauen. Diese erste Berührung schafft Nähe und Vertrauen und kann unruhigen, nervösen oder verängstigten Patienten beruhigen und Mut machen. Körperliche Berührungen sind vor allem bei Menschen deren Hör- oder Sehfähigkeit beeinträchtigt ist, sehr wichtig. Bei Personen mit solchen Einschränkungen sollte man auf keinen Fall vergessen, sie vor einer Pflegehandlung zu informieren und auf ihre Körpersprache bzw. Mimik zu achten, um zu erkennen, ob es ihnen unangenehm ist.

Auch das Auftreten des Patienten gibt uns Aufschluss über seine Person. Dabei ist auf sein äußeres Erscheinungsbild, seine Mobilität und auf seine körperliche Verfassung zu achten.

Durch die Nervosität bei der Aufnahme

kann es vorkommen, dass Dinge vergessen werden. Daher ist es sinnvoll wichtige Inhalte eines Gespräches schriftlich ev. in Form eines Informationsblattes festzuhalten. Auch einfache Bilder oder Skizzen können es erleichtern, Abläufe zu rekonstruieren.

Bei dem Gespräch mit dem Patienten ist vor allem die Art und Weise, wie mit ihm gesprochen wird, von großer Bedeutung. Fragen an den Patienten sollten einfach und klar formuliert werden. Wichtig ist es, keine unnötigen Fremdwörter, die dem Patienten unbekannt sind, zu verwenden. Außerdem sollte ihm oder ihr der Zweck des Gesprächs mitgeteilt werden.

Während Gesprächen kann man auch Erwartungen, die der Patient gegenüber dem Pflegepersonal hat, besprechen. Auch das Pflegepersonal soll Erwartungen an den Patienten zum Ausdruck bringen: wie zum Beispiel, dass er frei seine Wünsche äußert, dass bei Erklärungen aufmerksam zugehört wird, oder dass Anweisungen befolgt werden.

Oft ist es nicht leicht solche Gespräche zu führen. Es gibt Menschen die viel reden und einfach nicht mehr aufhören. Bei solchen Personen sind direkte, so genannte Ja-Nein Fragen sehr hilfreich. Wenn der Gesprächspartner vom Thema abkommt, dann kann darauf hingewiesen und eventuell ein neuer Termin für ein ausführlicheres Gespräch angeboten werden.

Aber auch das Gegenteil ist möglich, dass jemand fast nichts reden will. Bei solchen Menschen sollten offene Fragen gestellt werden, bei denen der Patient nicht nur mit Ja oder Nein antworten kann.

Es gibt allerdings auch Personen, die allen Fragen ausweichen. Hier kann versucht werden die Fragen anders zu formulieren. Sollte dies zu keiner Lösung führen, so spricht man den Patienten direkt an, und erklärt, dass Hilfe nur dann möglich ist, wenn er oder sie sich kooperativ verhält. Wenn darauf auch keine Verbesserung der Situation erfolgt, so kann ein anderer Gesprächspartner angeboten werden.

Häufig muss über Themen gesprochen werden, welche in unserer Gesellschaft ein Tabu

darstellen, wie etwa Sexualität oder Ausscheidung und der gleichen. Hier sollte zuerst abgeklärt werden, ob die Fragen im Moment wirklich von wichtiger Bedeutung für den weiteren Pflegeprozess sind. Sollten die Fragen wirklich notwendig sein, so muss der Patient über den Grund und den Verwendungszweck jeder einzelnen Information aufgeklärt werden.

Nach dem Erstgespräch wird die Pflege geplant. Auch diese sollte nach Möglichkeit immer mit dem Patienten besprochen werden. Die Ressourcen des Patienten sollten dabei berücksichtigt werden, denn diese fördern die Motivation. Pflegediagnosen sollen so kurz, genau und prägnant wie möglich sein. Man sollte immer eher Nahziele (Ziele, die man nach z.B. einer Woche schon erreichen kann) festlegen, damit der Patient schnelle Fortschritte erkennen kann und seine Motivation und die des Pflegepersonals steigt. So kann er sich Schritt für Schritt seinem Fernziel nähern.

Pflegemaßnahmen, die festgelegt werden, müssen auch durchgeführt werden. Wenn ein Punkt des Pflegeplans nicht erreicht oder geändert wird, so sollte dies mit dem Patienten

vorher besprochen, dokumentiert und begründet werden.

Es kann auch vorkommen, dass einige Pflegepersonen den Patienten erst im Rahmen der Dienstübergabe zum ersten Mal kennen lernen. Dabei wird oft nicht nur über den Patienten und seine Person (Name, Alter und den Grund seines Aufenthaltes) gesprochen, sondern es werden auch Kommentare über die Eigenheiten des jeweiligen Patienten (ist lästig und läutet wegen jeder Kleinigkeit, usw.) weitergegeben. Durch solche Aussagen entstehen leider Vorurteile, welche den gesamten weiteren Pflegeprozess negativ beeinflussen können. Aus diesem Grund sollten bei der Dienstübergabe vorwiegend sachliche und objektive Daten an Kollegen weitergegeben werden.

Dieses Buch ist lesenswert, nicht nur für Anfänger im Pflegedienst, sondern auch für solche, die schon jahrelange Erfahrungen aufweisen. Auf einfache, aber tiefgehende Weise wird der Leser mit den Problemen des Pflegebedürftigen konfrontiert und dadurch sensibilisiert.

A. KARNER