

**THERAPEUTISCHE PARTNERSCHAFT**

Michael PEINTINGER

Springer Verlag, Wien 2003

459 Seiten

ISBN 3-211-83792-2

Hinter der unscheinbaren, kleingeschriebenen Überschrift verbirgt sich eine brisante Thematik. Es geht um nicht weniger als die Neugestaltung der Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Der Autor beginnt mit einer Schilderung des Status Quo: Trotz beeindruckender Fortschritte im medizinischen Wissen und Können erlebe der Patient ein Unbehagen, wenn er sich in medizinische Behandlung begibt. Dieses rühre nicht nur von dem Schatten der Bedrohung her, den eine noch unbekannte Krankheit vorauswirft, sondern auch von einem Gefühl der Auslieferung, welche die Einlieferung in ein Krankenhaus begleitet. In der Tat ist durch die Aufnahme in eine Krankenanstalt die Autonomie des Patienten massiv in Frage gestellt:

- (1) Die Perspektive des – schmerzleidenden, bewusstseingetrübten – Patienten ist eingengt.
- (2) Die Strukturen und Normen des Krankenhauses sind – zumindest anfangs – befremdend.
- (3) Das Wissen des Arztes steht zu dem des Patienten in keinem Verhältnis.
- (4) Das Selbstwertgefühl eines alten oder arbeitsunfähigen Menschen ist generell herabgesetzt.

Hier setzt das Plädoyer PEINTINGERS an: „Die Schwäche des Patienten, seine Verwundbarkeit... ja Ausnützbarkeit mindern sein Recht auf Selbstbestimmung in keiner Weise!“ (Zit. S. 92). PEINTINGER betont die grundsätzliche Gleichrangigkeit des Not und Hilfe appellierenden Kranken mit dem Wissen und Heilung anbietenden ärztlichen

Helfer hinsichtlich ihres Mensch- und Personseins. Beide sind einander „Existenz für Existenz“, aber auch „Experte für Experte“ was die je eigene Wahrnehmung von Krankheit als „Fall“ respektive „Leiden“ anlangt. Gestützt auf den (leider nicht zitierten) belgischen Medizinethiker J.-F. MALHERBE, fordert er zum „wahren Dialog“ zwischen Therapeut und Patient. Das inkludiere, dass der Arzt „in der therapeutischen Beziehung von nun an auch den moralischen und persönlichen Werten des Patienten eine besondere Bedeutung beimisst.“ (Zit. S. 96). Vornehmste Aufgabe des Arztes sei es, über somatische und psychische Defizite hinaus, auch die Autonomiekompetenz des Patienten wieder herzustellen. Dafür genüge es keineswegs „nur die Lebensqualität des Patienten im Krankenhaus zu heben, seine Kooperation zu gewährleisten oder ökonomischen Gewinn aus einer größeren Kundenzufriedenheit zu ziehen“. Vielmehr gelte es, den eigentlichen Ursachen für die Asymmetrie der Arzt-Patienten Beziehung auf den Grund zu gehen. Diese lassen sich durch ein dreifaches ärztliches Privileg charakterisieren: (1) „Ich sage dir, was du hast“ (diagnostisches Privileg). (2) „Ich sage dir, was zu tun ist“ (therapeutisches Privileg). (3) „Ich sage dir, was machbar ist“ (Verfügbarkeitsprivileg). Peintinger bestreitet alle drei Privilegien und fordert die Wiederherstellung einer symmetrischen Arzt-Patienten Beziehung durch einen, wie er ihn nennt, „mehrdimensionalen, wertorientierten Aufklärungsprozess“, welcher den Patienten in die Lage versetzt, seine verletzte Autonomie wieder zu gewinnen und die drei genannten Privilegien zu seinen Gunsten umzukehren.

Die Umkehr des diagnostischen Privilegs setzt bei der Anamnese an. Es genügt nicht, wenn dem Arzt durch gezielte Fragen mög-

lichst rasch die naturwissenschaftliche Herleitung und Einordnung einer Erkrankung gelingt. Vielmehr hat die Anamnese die Aufgabe, gemeinsam mit dem Patienten als dem Experten seines Leidens, die lebensgeschichtliche Herkunft der Erkrankung zu klären. Dabei lernt der Arzt die Wertehierarchie des Patienten kennen und nimmt ihn in seiner Einmaligkeit und Ganzheitlichkeit wahr. Eine solche Wahrnehmung bildet ihrerseits die Voraussetzung dafür, dem Patienten auch das therapeutische Privileg zurückzugeben. Es genügt für den Arzt nicht, bloß einen „informed consent“ zu erreichen. Vielmehr geht es darum, mit dem Patienten eine „therapeutische Partnerschaft“ einzugehen. Zentrum dieser Partnerschaft ist die ursprüngliche Mitmenschlichkeit, welche zum Ziel hat, gemeinsame Wertvorstellungen zu erarbeiten, die in eine fruchtbringende Neuorientierung für den Patienten im Umgang mit sich selbst und seiner Erkrankung umgesetzt werden können, bzw. den Patienten instand setzt, Verfügungen als verbindliches personales Zeugnis zu gestalten. Schließlich ist der Arzt gefordert, dem Patienten auch seine Aufklärungshoheit zurückzugeben, indem er ihm ohne drohende Sanktion die Wahl des therapeutischen Partners und den Verlauf des Gespräches jederzeit offenhält. In der Folge expliziert PEINTINGER den mehrdimensionalen wertorientierten Aufklärungsprozess am Beispiel der HIV-Infektion.

Einer derart ganzheitlichen Wahrnehmung der erkrankten Person stehe freilich die Tendenz zur „Sachlichkeit“ gegenüber, welche gelegentlich vom Arzt wie auch vom Patienten betrieben wird, um eine Betroffenheit zu vermeiden, welche ein vermehrtes Mitfühlen vonseiten des Arztes oder aber ein radikaleres Umdenken vonseiten des Patienten einfordern könnte. Es liege daher an beiden Partnern, mehr Wahrhaftigkeit in ihre Beziehung einzubringen. Grundlage dafür wäre ein vertieftes Vertrauensverhält-

nis, das über dessen klassische Begründung (Wohlwollen, Sachkompetenz und Verschwiegenheit) hinausgeht.

Was rechtfertigt nun aber eine solche Vertrauenshaltung, die jenen „wahren Dialog“ ermöglicht und begleitet? Peintinger bleibt die Antwort darauf schuldig. Im Falle der – analogen – Beziehung von Mutter und Kind ist diese Haltung naturgegeben. Nicht so im Falle der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Ihr liegt vielmehr die „Einsamkeit“ der sich autonom begreifenden Partner zugrunde. Gemeinsame Werte können sich autonomen Subjekten nur im Horizont einer Transzendenz erschließen, an welcher beide Anteil haben. Das heißt: Autonomie kann ohne eine – vom Autor als geschichtlich überholt beklagte – ursprüngliche „Heteronomie“ im Sinne einer transzendenten Rückgebundenheit (Religio) niemals in jenes gemeinsame Glauben, Hoffen und Lieben münden, dem jedwede therapeutische Partnerschaft ihren Anspruch und ihre heilende Wirkung verdankt. Bezeichnenderweise lässt auch die Literaturliste Hinweise auf einschlägige Werke vermissen.

Trotz dieses Mangels an letzter Konsequenz ist PEINTINGER mit seinem Werk zweifellos eine bedeutende Innovation gelungen, welche es verdient, im medizinischen Alltag bedacht und bemüht zu werden. Das Buch besticht durch ein Ensemble scharfsinniger Analysen, überraschender Synthesen und wertvoller Querverweise in den Fußnoten, was die Kommunikation zwischen Arzt und Patient entscheidend bereichern und vertiefen kann. Es beinhaltet einen wichtigen und unverzichtbaren Schritt hin zu einem reicheren Verständnis dessen, was Krankheit respektive Gesundheit ist und zu einer Verbesserung des therapeutischen Milieus.

W. RELLA

## ETHIK DER FORSCHUNG AM MENSCHEN

Giovanni MAIO

*frommann-holzboog Verlag, Stuttgart –  
Bad Cannstatt 2002*

*396 Seiten*

*ISBN 3-7728-2196-0*

Die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Patienten (das sind Intensivpatienten, Kinder, psychiatrische Fälle) gehört zu den umstrittensten Themenbereichen in der medizinischen Ethik. In Österreich hat sich die Bioethik-Kommission, die den Bundeskanzler berät, im November 2003 um eine gemeinsame Stellungnahme um genau diese Frage bemüht, wie vorzugehen ist, wenn an nicht Einwilligungsfähigen Medikamente erprobt werden sollen, die deren Leiden lindern könnten. Eine Einigung konnte nicht erzielt werden. (Die Behindertensprecherin der Grünen lehnte jegliche Forschung an diesen Patienten kategorisch ab und verwarf die Argumentation, es sei die Forschung zum Nutzen der Patienten, mit dem Hinweis, es gehe viel mehr um fremden Nutzen. – Die Presse)

Der geschilderte, aktuelle Konflikt dreht sich um die Frage nach der ethischen Grenze, wo die Individualität der einzelnen Versuchsperson zu Gunsten eines verallgemeinbaren ärztlichen Wissens – durch die Forschung am Menschen – ausgeblendet werden darf. In der vorliegenden Arbeit versucht Giovanni MAIO handhabbare Kriterien zur Klärung dieser Frage – auch in ihrer Zeitgebundenheit – zu systematisieren.

Der Leser wird allerdings keine praktischen Handlungsanweisungen finden. Dagegen wird er darüber informiert, dass – nach Meinung des Autors – die moralischen Bewertungen vom philosophischen Begründungsmodell genauso abhängen wie von der historischen Bedingtheit. Dieser Relativismus wird mit viel Grundsätzlichem über das Problem der Forschung am Menschen und mit der Darstellung einer Vielzahl diesbe-

züglicher normativer Überlegungen erklärt. Um die Identifikation und Beurteilung moralischer Prinzipien geht es dem Autor – nicht um eine Anleitung für die Praxis. Schwerpunkt bildet dabei die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personengruppen.

Zunächst begründet der Autor die wachsende Sensibilisierung für die Ethik der Forschung am Menschen seit 1945: In den USA durch die Publikation eklatanter ethischer Übertretungen (Henry K. BEECHER, 1966); in Deutschland als Reaktion auf das Aufdecken der kriminellen Menschenexperimente in der NS-Zeit, den Nürnberger Ärzteprozess (1947), die Konterganaffäre (1961) und den Kongress „Medizin und Gewissen“ (1997) in Nürnberg; weiters der Verlust der ethischen Definitionsmacht der Ärzte als Folge zunehmend komplexer Therapieansätze (Dialysegerät, Transplantationsmedizin, Reproduktions- und Molekularbiologie), die zur stärkeren Einbindung außermedizinischer Kompetenzen führte; die nicht geringe Rolle der Medien mit skandalisierenden Formaten.

Im Teil I der Arbeit von Giovanni MAIO werden zunächst die theoretischen Grundlagen der Forschung am Menschen expliziert: Was ist ein „Experiment“, eine „Intention“, der „Heilversuch“. Bei der Vielschichtigkeit der Problematik soll diese Vorbetrachtung die genauere Bestimmung des zu analysierenden Sektors der Forschung am Menschen erleichtern. Durch inkonsequente Verwendung des Begriffs „Studie“ im Verlauf der Untersuchung wird aber die Klarheit angeführter Beispiele erschwert.

Im Teil II geht es um das eigentliche Kernthema, nämlich die ethische Perspektive der Forschung am Menschen. Von der Erklärung der ethischen Grundkonflikte (Unverfügbarkeit, Fremdbestimmung, Verzweckung, Rechte jetziger Versuchspersonen – Rechte zukünftiger Personen, Individuum – Kollektiv) über die Voraussetzungen für die Legitimität eines Humanexperiments (Einwilligung, therapeutischer Nutzen, minimales Risiko) bis

zu konkreten Verfahrensmodellen bei der Forschung an Nichteinwilligungsfähigen, speziell an Kindern, reicht der Bogen dieses grundlegenden Beitrags auf der Suche nach der Theorie des richtigen Handelns. Gehalt und Relevanz dieser Argumentationsmuster werden fein herauszisiert im Bemühen, den ethischen Handlungsspielraum zu bestimmen. Dabei wird die Komplexität des Weges zu einer gerechten und richtigen Entscheidung im konkreten Fall überaus deutlich.

Bevor er die bekannten Argumentationsmuster im Umgang mit der Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen anspricht, erklärt er die wichtigsten ethischen Verfahrensmodelle der letzten fünfzig Jahre: Das Einwilligung-, das Nutzen-, das Risikominimierungsmodell. Er konstatiert, dass alle diese Modelle unbefriedigend sind und allmählich zu einer Aufweichung der strikten Befolgung des Prinzips der Autonomie und des Respekts vor der Integrität von Körper und Seele (Nürnberger Kodex) geführt haben. Deshalb zitiert er Hans Jonas mit seiner Ethik der Verantwortung für die Schutzbedürftigkeit der Sterbenden, der Bewusstlosen, der psychisch Kranken. „Der Schutz dieser vulnerablen Gruppe ist höherrangig als der medizinische Erkenntniszuwachs.“

Im Hinblick auf die Plädoyers für kategorischen Ausschluss jeglicher fremdnütziger Forschung an Nichteinwilligungsfähigen im Europarat ist es dem Autor wichtig, die hierfür maßgeblichen Argumentationsmuster zu hinterfragen. So zitiert er den Belmont Report (USA, 1978) und stößt auf das „Prinzip der Gerechtigkeit“. Er konzentriert sich auf diese Theorie nach John RAWLS, weil diese „keine utilitaristische Konzeption von Gerechtigkeit entwirft“. Dennoch kommt er zum Schluss, dass aus der Rawlschen Gerechtigkeitstheorie eine etwaige Zwangssolidarität der Nichteinwilligungsfähigen nicht begründet werden kann.

Auch die Menschenwürde (nach KANT und BIRNBACHER) wird auf Tauglichkeit untersucht,

einen Heilversuch an Nichteinwilligungsfähigen zu rechtfertigen. Das Argument des Einwilligungensersatzes, die mutmaßliche oder antizipierte oder stellvertretende Einwilligung wird analysiert. In der Schlussfolgerung plädiert Giovanni MAIO für eine Konkretisierung der Begriffe „Nutzen“ und „Risiko“ durch Patienten- und Angehörigenverbände, was einerseits im Interesse der Forschung wäre, andererseits dem Schutz der Versuchsperson dienen würde. Diese Begriffe seien einem historischen Wandel unterworfen, weshalb die ethische Diskussion als kontextgebunden verstanden werden müsste.

Die Forschung an Kindern sieht der Autor als spezifisches Problem, „weil es bis zu einem bestimmten Alter ein ‚wertneutrales Individuum‘ sei, das noch keine eigene Wertehierarchie entwickelt hat. In seiner universellen Abhängigkeit nehme es eine Sonderstellung ein. Allerdings entwickelt es eine dynamische Fähigkeit, selbst einzuwilligen. Die Rechtfertigungsgründe einer fremdnützigen Forschung an Kindern müssen daher differenziert betrachtet werden. Letztlich müsse die Verpflichtung zur Hilfe zukünftiger kranker Kinder mittels heutiger Forschung an Kindern nicht zwangsläufig im Konflikt mit der Achtung dieser jetzigen Kinder geraten.“

Den 3. Teil widmet der Autor daher der historischen Bedingtheit der Bewertung des Versuchs am Menschen. Er nimmt als Beispiel Frankreich von 1945 bis 1988, das als einziges europäisches Land ein umfassendes Forschungsgesetz (1988) entwickelt hat. (Französische Dokumente werden im Anhang im Original-Wortlaut angeführt).

Ergebnis dieser Untersuchung ist nach Meinung des Autors, dass das Ziel einer Ethik der Forschung am Menschen nicht sein kann, unumstößliche Regeln zu erarbeiten. Pragmatische Reglementierungen müssen den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stets angepasst werden.

In der abschließenden Beurteilung dieser Arbeit muss auf den Relativismus hingewie-

sen werden, der die geäußerte Meinung des Autors kennzeichnet. Der wertvolle Aspekt liegt sicher in der akribischen Sammlung und Erörterung von Argumentationsmustern, sodass die Problematik der Entscheidungsfindung im konkreten Fall der Forschung am Menschen vielschichtig beleuchtet wird.

P. HARTIG

### **DIE ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG. HANDBUCH FÜR ÄRZTE, JURISTEN UND PATIENTEN**

Karin PRUTSCH

*WUV Universitätsverlag, Wien 2003*

*356 Seiten*

*ISBN 3-85114-782-0*

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist immer mehr Gegenstand der Aufmerksamkeit der Jurisprudenz. Bei den Ärzten bestehen jedoch mancherorts Unsicherheiten über Art und Umfang der abverlangten Pflichten, etwa der Pflicht, den Patienten über Chancen und Risiken vorgesehener Maßnahmen aufzuklären, deren Verletzung in der Arzthaftungsdiskussion zunehmend an Bedeutung gewinnt, während bei den Patienten die Bereitschaft, gewisse Rechtsansprüche geltend zu machen, steigt. Sowohl dem Arzt – um zukünftige Fehler zu vermeiden –, als auch dem Juristen und den interessierten Patienten kann das vorliegende Buch als Anleitung dienen, in dem Karin PRUTSCH die ärztliche Aufklärungspflicht in umfassender Weise behandelt und anhand zahlreicher Entscheidungen aus Österreich und Deutschland einen Überblick über den aktuellen Stand der Rechtslage und Rechtsprechung bietet.

Zu Beginn behandelt die Autorin juristische Grundlagen des Rechtsverhältnisses zwischen Arzt und Patient und erklärt das Zustandekommen bzw. den Inhalt eines Behandlungsvertrages, speziell hinsichtlich der gegenseitigen Rechte und Pflichten,

wobei insbesondere das Recht des Patienten, frei zu entscheiden, ob er sich einer Behandlungsmaßnahme unterziehen will oder nicht, von Bedeutung ist.

Nach einem kurzen Abriss der Entwicklung und Theorie der Aufklärungspflicht legt PRUTSCH deren Rechtsgrundlagen dar, stellt fest, wer die Aufklärung durchzuführen hat und behandelt weiters die Einwilligung des Patienten, wobei sie ihre Ausführungen immer wieder mit Gesetzestexten untermauert. Besonderes Augenmerk legt sie auf den Aufklärungsadressaten und weist dabei mit Nachdruck darauf hin, dass grundsätzlich mit dem Patienten höchstpersönlich über anstehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu sprechen und von ihm die erforderliche Einwilligung zu erwarten ist.

Den Schwerpunkt des Bandes bildet die Abhandlung von Inhalt und Zeitpunkt bzw. der Art und Weise der Aufklärung, die sich nach deren Zweck und der jeweiligen konkreten Situation ausrichten muss. Der Patient soll Chancen und Gefahren verstehen, um das Risiko abwägen und seinen Willen bilden zu können. PRUTSCH erklärt die verschiedenen Arten der Aufklärungspflicht und macht die Rechtsprechung bezüglich der einzelnen Anforderungen an diese überschaubar, wobei sie viele aktuelle Beispiele bringt. Dabei argumentiert sie, dass die Aufklärungspflicht strenger und umfassender sein muss, wenn der Eingriff relativ indiziert, nicht dringlich oder der Erfolg unsicher ist. Auf typische, bedeutende Risiken sowie auf adäquate alternativ in Betracht kommende Behandlungsmethoden muss ebenfalls hingewiesen werden. Die Autorin betont, dass etwa bei Humanexperimenten stets auch ungefragt und in vollem Umfang über mögliche Risiken und Belastungen aufzuklären ist.

Besonders gelungen scheint das Kapitel über die Grenzen der Aufklärung, in dem PRUTSCH ihr Anliegen zum Ausdruck bringt, das sie auch im Vorwort formuliert: Im Interesse aller Beteiligten sei eine Rückfüh-

zung der Aufklärungspflicht auf ihren wesentlichen Kern sinnvoll, da einerseits an den Arzt keine überspannten Anforderungen gestellt werden sollten, andererseits ein schonungsloses Übermaß an Informationen, die der Patient nicht verarbeiten kann, dieselben nachteiligen Folgen wie eine fehlende Aufklärung haben kann.

Die beiden letzten Kapitel widmet die Autorin der Dokumentationspflicht und den (zivilrechtlichen) Konsequenzen, die sich aus der Haftung des Arztes bei mangelnder Aufklärung bzw. Dokumentation ergeben. Sie geht unter anderem auf beweisrechtliche Fragen ein und plädiert in diesem Zusammenhang dafür, dass die Pflicht des Patienten, nachzuweisen, dass ihn die vollständige Aufklärung über das Für und Wider des ärztlichen Eingriffes ernsthaft vor die Frage gestellt hätte, ob er zustimmen soll oder nicht (Substantiierungspflicht), als Gegengewicht zur Beweisspflicht des Arztes noch weiter ausgebaut werden soll.

Die Aktualität und die profunde Behandlung der Thematik, die klare Sprache sowie die Zusammenfassungen am Ende der Kapitel, machen den Band zu einem praktischen Handbuch für interessierte Ärzte, Juristen und Patienten, wobei eine gewisse Vertrautheit mit der juristischen Sprache sicherlich vorteilhaft ist.

M. SCHÖRGHUBER

### **GESCHENK ODER WARE? DAS BEGEHRTE GUT ORGAN**

Corinna Iris SCHUTZEICHEL  
*Lit Verlag, Bochum 2002*  
 358 Seiten  
 ISBN 3-8258-6350-6

Der vorliegende Band wurde im Sommersemester 2002 von der Fakultät für Philosophie und Publizistik der Ruhr-Universität Bochum als Dissertation mit dem Titel „Ethi-

sche Konflikte im Umkreis von Organspende und Organtransplantation“ angenommen.

Durch die rasante Entwicklung in der Technik und in der Medizin werden Ärzte und Patienten vor Probleme gestellt, die in früheren Jahren nicht existierten. Weil die Medizin immer größere Fortschritte macht, werden immer mehr Menschen immer länger am Leben gehalten, also gibt es immer mehr Kranke. Der Fortschritt der Medizin rückt vieles von dem, was einst schicksalhaft hinzunehmen war, in den Bereich menschlicher Planung und damit menschlicher Verantwortung. Ziel des vorliegenden Bandes ist es zu diskutieren, welche Konflikte es im hochspezialisierten Feld der Organtransplantation gibt und wie diese möglicherweise zu einem Konsens geführt werden können. Zentrales Thema ist die Autonomie des mündigen Bürgers, die im ersten Teil auch daraufhin untersucht wird, in welches Spannungsfeld sie durch eine mögliche Verpflichtung des Menschen zur Solidarität geraten kann.

Im zweiten Komplex der Arbeit geht es um eine allgemeine Einordnung der aktuellen Situation im Transplantationswesen (Bundesdeutsches Transplantationsgesetz).

Anschließend werden die medizinischen Prinzipien „respect for autonomy“, „non-maleficence“, „beneficence“ und „justice“ aus der „common morality“ genauer spezifiziert.

Im Hauptthemenblock der Arbeit wird auf die praktische Anwendung eingegangen. Die Autorin stellt die These auf, dass das zur Zeit gültige Transplantationsgesetz aus ethischer Sicht zu eng gefasst ist. Wenn nicht Tausende von Nierenpatienten allein in Deutschland einer Chance auf eine Steigerung ihrer Lebensqualität und längeres Überleben beraubt werden sollen, muss das Gesetz erweitert werden. Wie, das stellt die Autorin in einem Änderungsvorschlag zur Diskussion.

Die Autorin legt jeweils in einem Zwischenergebnis die vier Prinzipien, die BEAUCHAMP und CHILDRESS in den Mittelpunkt

ethischer Entscheidungsprozesse stellen, zugrunde, nämlich das Prinzip der Achtung vor der Patientenautonomie, das Prinzip des Nicht-Schadens, das Prinzip der Wohltätigkeit und das Prinzip der Gerechtigkeit. So gelangt sie bei der „Lebenspende von Organen durch genetisch oder emotional Verwandte“ zu dem Ergebnis, diese sei mit gewissen Unwägbarkeiten ethisch akzeptabel. Der Arzt verletzt das Prinzip des Nicht-Schadens nur begrenzt, da im Akt der Spende auch ein Vorteil für den Spender liegen kann. Bei Betrachtung dieses Problems auf einer übernatürlichen Ebene kann der Gewinn für den Spender, der einen Akt der Barmherzigkeit vollbringt, sogar sehr bedeutend sein (Anmerkung des Rezensenten). Das Prinzip der Gerechtigkeit tritt auf Grund der persönlichen Beziehung von Empfänger und Spender in die Bedeutungslosigkeit zurück. Am stärksten treten im Abwägungsprozess das Prinzip der Wohltätigkeit seitens des Arztes und seitens des Spenders gegenüber dem Empfänger und das Prinzip der Autonomie seitens des Spenders gegenüber dem Arzt hervor.

Die Problematik besteht darin, dass die Rahmenbedingungen der Operation am gesunden Lebendspender nicht in ihrer Gänze überprüfbar sind. Bei der Lebenspende kann ein eigenständig und freiwillig gefasster Entschluss nicht zwangsläufig unterstellt werden. Das gewichtigste Argument gegen die Lebenspende von genetisch und emotional Verwandten ist, dass die Freiwilligkeit des Spenders nicht zuverlässig evaluiert werden kann.

Nach Meinung der Autorin käme in dieser Haltung bei einer Ablehnung der Lebenspende durch den Arzt, obwohl keine Anhaltspunkte vorliegen, die aus objektiver Sicht eine solche Ablehnung rechtfertigen würden, der Paternalismus früherer Jahrzehnte zum Vorschein. Aufgrund seiner paternalistischen Sicht wäre der Arzt der Auffassung, dass er den Patienten schützen muss – obwohl dieser den Schutz möglicherweise überhaupt nicht will und nicht benötigt. Da auch in den

meisten anderen Bereichen der Medizin eine autonome Entscheidung des Patienten gefordert ist, sollte auch bei der Lebenspende von genetisch oder emotional Verwandten der Patientenautonomie vor einer paternalistischen Haltung der Vorrang gegeben werden. Damit wird dann neben dem Prinzip der Autonomie auch dem Prinzip der Wohltätigkeit gefolgt. Es bleibt hier abzuwägen, inwieweit und ab wann der Patient mit seiner Autonomie hier nicht überfordert ist.

Die tatsächliche Motivation eines Lebendspenders ist für Außenstehende niemals vollständig transparent. Bei der „altruistischen nicht verwandten Lebenspende“ kann man allerdings davon ausgehen, dass die Hauptmotivationsquelle des Lebendspenders seine altruistische Grundeinstellung ist. Die Evaluierung der Motivation gelingt bei dieser Art der Lebenspende also zuverlässiger als bei jeder anderen. Ob sich die Tatsache, dass es in diesem Fall keine Dankbarkeitserwartung des Spenders und keine Dankbarkeitsverpflichtung des Empfängers gibt, positiv auf die zu erwartenden Ergebnisse auswirken, wie es von der Autorin postuliert wird, sei dahingestellt. Sicherlich ist die altruistische Lebenspende ungewöhnlich und der Entschluss für Außenstehende nicht leicht nachvollziehbar, da sie durch keine materielle Gegenleistung aufgewogen wird. Man kann also beim Lebendspender dieselbe Grundhaltung voraussetzen wie etwa beim ehrenamtlich Tätigen. Wobei sich der ehrenamtlich Tätige meistens nicht in eine unmittelbare Gefahr begibt, was beim Lebendspender sicher der Fall ist. Nach Erachten der Autorin sollte man dem Wunsch des Lebendspenders nach einer anonymen Nierenspende nachkommen, da das Recht des Spenders auf Selbstbestimmung ein höheres Gut ist als das Prinzip des Nichtschadens, dem der Arzt ansonsten verpflichtet ist. Fraglich bleibt hier, ob ein Nichtmediziner das Risiko des Eingriffs der Nierenentnahme richtig abschätzen kann und weiß, worauf er sich einlässt.

Eine weitere theoretische Möglichkeit der Organspende ergibt sich als „altruistische Lebendspende als Akt der Wiedergutmachung an der Gesellschaft“. Einerseits kommen Gefangene, die aus Gründen der Haftzeitverkürzung eine Niere spenden möchten, in Frage, andererseits Gefangene, die ihre Nierenspende als gegenleistungslosen Akt der Wiedergutmachung an der Gesellschaft sehen. Beide Möglichkeiten sind aus ethischen Erwägungen abzulehnen. Die potentiellen Spender sind nicht in der Lage, eine freiwillige und tatsächlich autonome Entscheidung zu treffen. Durch die Haftreduzierung würde das geltende Rechtssystem unterwandert und es würden ungleiche Voraussetzungen für alle Gefangenen geschaffen. Denn diejenigen, die aus gesundheitlichen Gründen keine Niere spenden können, müssen länger im Gefängnis bleiben als andere. Eine anonyme Lebendspende durch Gefangene sollte verboten bleiben, auch wenn das bedeutet, dass der Staat den Bürger als Strafgefangenen paternalistisch behandeln muss. Da das Missbrauchspotential bei der Lebendspende durch Strafgefangene weitaus höher einzustufen ist als bei in Freiheit lebenden potentiellen Spendern, ist hier der paternalistisch ausgeübte Schutz des potentiellen Nierenspenders höher einzustufen als dessen Recht auf Selbstbestimmung, das autonom auszuüben er manchmal nur scheinbar in der Lage ist. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass offenbar die Autorin keinen Unterschied zwischen „paternalistisch“ (normalerweise eine übertrieben väterliche Handlung, hier ist wahrscheinlich die väterliche Handlung in missbräuchlicher Absicht gemeint) und „paternal“ (väterlich, eine Handlung, die dem Vatersein entspricht und in sich gut ist) macht (vgl. auch vorigen Absatz).

Als „rewarded gift“ oder „Lebendspende innerhalb eines regulierten Organmarktes“ wird eine Variante der materiell belohnten Nichtverwandten-Lebendspende von Orga-

nen bezeichnet. Eine belohnte Organspende ist zur einen Seite hin abzugrenzen von der kommerzialisierten Organspende, bei der ausschließlich finanzielle Interessen eine Rolle spielen, und zur anderen Seite von der altruistischen Organspende, die allein durch Nächstenliebe und Solidarität mit dem Kranken motiviert ist. Das Belohnungsmodell kann wiederum unterteilt werden in die Varianten Entschädigungsmodell und Anreizmodell. Wenn die Forderung, die für eine ethisch akzeptable Lebendspende erfüllt werden muss, lautet, dass die Spenden auf einer rein karitativen Grundhaltung des Spenders beruhen müssen, dass der Spender absolut nichts vom Organempfänger erwartet, dass der Spender in keiner Weise beeinflusst wird, und dass die Motivation des Spenders transparent gemacht und von Außenstehenden nachvollzogen werden kann, dann dürfte sich die Zahl der potentiellen Lebendspender gegen Null bewegen. Wenn sich unsere heutige Gesellschaft aber dazu entschlossen hat, Lebendspenden zuzulassen, impliziert dies zugleich, keine unrealistischen Haltungen zugrunde zu legen, die möglicherweise in der Theorie, nie aber in der Praxis existieren. Im Weiteren folgert die Autorin, dass die Spenden im Rahmen des Entschädigungsmodells von einer unabhängigen Institution kontrolliert und von einer breit angelegten Untersuchung begleitet werden sollten (wer zahlt sie?). Damit verbunden wäre ein Prozess des Selbstbestimmungsrechtes des mündigen Bürgers, ohne ihn vollkommen dem Schutz staatlich-gesetzgeberischen Paternalismus zu entziehen. Aus ärztlicher Erfahrung bleibt nur zu bemerken, dass schon jetzt die meisten Patienten bei wesentlich weniger komplexen Fragestellungen ihrer Miteinbeziehung in ärztliche Entscheidungen weder gewachsen sind noch diese in irgendeiner Weise wollen.

Beim Modell der „Überkreuz-Spende“ gibt es zwei Spender-Empfänger-Paare, die untereinander die Spenderorgane austau-



schen. Die Überkreuz-Variante ist für die Fälle vorgesehen, in denen eine direkte Spende zwischen genetisch oder emotional Verwandten aufgrund einer Blutgruppenunverträglichkeit medizinisch nicht möglich ist. Denkbar ist etwa die Bildung von Lebendspenderkreisen, so dass es einen Pool von möglichen Spender-Empfänger-Paaren gibt, die dann in einer Art Ringtausch Organe spenden. Die Gefahr dieses Modells liegt im vermehrten Anspruchsdenken und der Erwartungshaltung von Nierenpatienten, die auf ein Organ warten. Die Kombination der Überkreuz-Spende mit dem Clubmodell wäre eine Möglichkeit, alle Organlebendspender für ihre Spendebereitschaft zu belohnen. Das Problem bei allen Modellen liegt darin, dass, je strenger die Vorkehrungen zum Schutz der Entscheidungsautonomie des Spenders sind, umso geringer das Aufkommen an Organen ist.

Es gibt verschiedene Modelle, in denen Nichteinwilligungsfähige theoretisch als Spender herangezogen werden können. Bei der „Lebendspende von Nichteinwilligungsfähigen“ hat das Prinzip des Nicht-Schadens eindeutig Vorrang. Der mögliche Spender kann sein Recht auf Selbstbestimmung nicht ausüben. Er kann keine freiwillige informed consent-Entscheidung treffen und übersieht nicht alle Folgen seines Handelns. Personen, die ihren Willen noch nicht oder nicht mehr selbst äußern können, bedürfen eines besonderen Schutzes durch den Arzt und durch die Gesellschaft.

Unter den Begriff des Organhandels lassen sich diejenigen Fälle subsumieren, in denen ein Organ im Rahmen eines unregulierten, nicht von einer neutralen Instanz kontrollierten Organmarktes verkauft wird. Zur „offenen, aggressiven, kommerzialisierten Lebendspende“ gehört, dass der Spender sein Organ zumindest vordergründig freiwillig spendet. Der Handel mit Organen ist sowohl in der dritten wie auch in der ersten Welt eine wohldokumentierte Tat-

sache. Auch wenn im günstigsten Fall Spender und Empfänger von der Transplantation profitieren, lässt sich gegen die Organspende (besser der Organverkauf) weiterhin vorbringen, dass keiner der beiden die optimale gesundheitliche Versorgung erhält. Nach Meinung der Autorin ist hier ein mit dem Prinzip des Nicht-Schadens implizierter Paternalismus angezeigt und gerechtfertigt, der einen kommerziellen, unregulierten Organhandel verhindert.

Die „kriminalisierte Lebendspende“ ist leider eine Tatsache, die allerdings in den meisten Fällen bezüglich ihrer Urheber schwer nachzuvollziehen ist. Ethisch klarerweise abzulehnen stellt sie für uns jedoch die in all ihren Aspekten abschreckendste Variante des hier zu behandelnden Problems dar.

Die Instrumentierung von Tieren zu Zwecken der Organgewinnung im Falle der „Xenotransplantation“ ist ebenso zulässig wie die Instrumentalisierung zur Fleischproduktion. Bei diesem Modell liegen allerdings die medizinischen Probleme klar im Vordergrund und rücken eine praktische Anwendung noch in weite Ferne.

Die Autorin hält zusammenfassend fest, dass Lebendspenden genetisch und emotional Verwandter, Überkreuz-Lebendspenden, altruistische nichtverwandte Lebendspenden als Akt der Solidarität, belohnte Lebendspenden in den Varianten Entschädigungs- und Anreizmodell unter ethischen Gesichtspunkten legitim sind. Ethisch abzulehnen sind hingegen nichtverwandte Lebendspenden als Akt der Wiedergutmachung an der Gesellschaft, aggressive, kommerzialisierte Lebendspenden im Rahmen eines unregulierten Organhandels, kriminalisierte Lebendspenden und Xenotransplantationen.

Man muss der Autorin hoch anrechnen, dass sie sich die Mühe gemacht hat, die Nierenspende in all ihren Varianten aus einer Vielzahl von Gesichtspunkten zu beleuchten. Eine Verbesserung der dabei auftauchenden Probleme geht fast immer mit einer Kon-

trolle durch übergeordnete Institutionen oder Behörden einher. Wie auch in anderen Bereichen der Medizin führt dies zu einer Kostensteigerung, die sich selbst ad absurdum führt, da die Kontrolle zunächst den Bedarf wecken und dann ihre eigenen Arbeitsplätze erhalten müssen. Gleichzeitig ist aber eine ausgeprägte Desinformation von Ärzten zu beklagen, die mit ethischen Problemen täglich zu tun haben. Hier liegt, glaube ich, der Punkt, an dem der Hebel für eine tiefgreifende Verbesserung vieler grundlegender Probleme in der Medizin anzusetzen wäre, nämlich die menschliche Bildung der Ärzte. Wobei dies nicht ein Problem des Ärztestandes allein ist, jedoch bei den Ärzten besonders augenscheinlich zum Tragen kommt.

C. SCHWARZ

### **ANTROPOLOGÍA Y TRABAJOS. HACIA UNA FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA DE LOS TRABAJOS MANUALES Y DOMÉSTICOS**

María Pía CHIRINOS

*Cuadernos de Anuario Filosófico,  
Universidad de Navarra, Pamplona 2002  
121 Seiten*

Die vorliegende Studie will die manuellen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten betrachten, insbesondere inwiefern sie sich als Arbeit definieren lassen, und hinsichtlich ihrer anthropologischen und epistemologischen Aspekte. Bemerkenswert ist die Klarheit in der Argumentation auf der Grundlage des christlichen Menschenbilds. Der Mensch wird in seiner speziellen Würde als leib-seelische Einheit erfasst, die gerade in der Arbeit zum Ausdruck kommt, denn hier setzt der Mensch seine geistigen und manuellen Fähigkeiten harmonisch ein, um seine Ziele zu verwirklichen.

Einführend erinnert CHIRINOS an einige fundamentale Erkenntnisse über die Arbeit im Laufe der Geschichte. Der von alters her im

Buch der Genesis überlieferte Begriff der Arbeit – er wird hier als Ausdruck der Würde und der Berufung der menschlichen Person verstanden – verliert seine Bedeutung, als er in der abendländischen Kultur ersetzt wird durch das Ideal der Kontemplation der Wahrheit und der Ausübung der Tugend im politischen Leben. Das Christentum greift die Idee der Arbeit als bestimmende Wirklichkeit aller Menschen wieder auf. Aber mit dem Aufkommen des Mönchtums bleibt nur sein Wert hinsichtlich der Vermeidung des Müßiggangs bestehen. Im modernen Denken finden wir die Arbeit als herausragende Tätigkeit des Menschen, die seine Herrschaft über die Natur ermöglicht. Der Marxismus hält die manuelle Arbeit für eine Entwürdigung des Menschen. Demzufolge müsse sie durch die Technik ersetzt werden. Heute wird das Recht auf Arbeit wieder neu entdeckt, als würdige und menschliche Lebensform, die das Wachsen in den Tugenden ermöglicht.

Neuartig ist der Ansatz, der von der evolutionsgeschichtlichen Entwicklung des menschlichen Daseins im Vergleich zu anderen Lebewesen ausgeht. Der Mensch unterscheidet sich hinsichtlich seiner Bedürfnisse kaum von anderen, niedrigeren Lebensformen. Das Spezifische an ihm ist jedoch seine eigene menschliche Art, seine Notwendigkeiten zu befriedigen: er arbeitet, schafft sich einen Lebensraum, formt eine Kultur.

Der „homo faber“ ist „homo sapiens“. Alles Naturgemäße am Menschen ist rationell, ebenso die manuelle Arbeit, denn sie kommt nicht ohne theoretische und wissenschaftliche Erkenntnis aus. Die Ausübung dieser Erkenntnis führt wiederum zu neuer theoretischer und praktischer Erfahrung. Darüber hinaus bietet die Arbeit nicht nur die Möglichkeit einer intellektuellen Bereicherung, denn ebenso kann der Mensch sich ethisch bilden, indem er die verschiedenen Tätigkeiten nutzt, um die Neigung, das Gute zu tun, in sich zu festigen, das heißt, sich Tugenden anzueignen. Hier eröffnet sich eine neue Perspektive für unsere lei-

stungsorientierte Gesellschaft, in der jedwede Arbeit nur hinsichtlich ihres Ansehens bewertet wird. Ihr wahrer Wert liegt jedoch letzten Endes darin, dass sie Mittel und Weg zur menschlichen Vervollkommnung sein kann.

Die manuelle Hausarbeit wirkt sich ebenso auf die Personen aus, die sie empfangen. Besonders deutlich wird dies, wenn man die wichtige Rolle betrachtet, die das familiäre Zuhause bei der Bildung kommunikativer und sozialer Fähigkeiten spielt, die sich dann auf das gesellschaftliche Leben auswirken. Die Hausarbeit schafft die notwendigen Bedingungen für eine alltägliche Lebensqualität. Sie ist gleichzeitig Technik und Kunst, und sie kann nicht durch Maschinen ersetzt werden. Nur eine Person – vor allem die weibliche – ist fähig, sie auszuführen.

Die besonderen Eigenschaften der Frau hinsichtlich ihrer Beziehung zur Welt und dem Ursprung des Lebens machen sie besonders sensibel für die Notwendigkeiten des menschlichen Daseins, im Sinne von Sorge und Rücksicht auf den Nächsten. Die Gesellschaft von heute steht der Herausforderung gegenüber, eine angemessene soziale Stellung für die Hausarbeit zu finden und unserer immer mehr technisierten Gesellschaft das menschliche Angesicht zurückzugeben. Es geht hierbei also um eine soziale Neubewertung der Arbeit der Frau in ihrem Heim.

Die manuellen und materiellen Hausarbeiten weisen die gleichen Kennzeichen auf wie viele andere Dienstleistungsberufe: es

sind Berufsarbeiten, die eine gewisse technische und praktische Bildung voraussetzen. Sie sind kein Hobby, sondern eine Berufslaufbahn, die von ihrer eigenen Natur her zu einer sozialen Anerkennung fähig ist.

Abschließend schlägt CHIRINOS zwei außer-philosophische Wege ein, um uns der täglichen Arbeit näher zu bringen. Mittels verschiedener Beispiele aus Literatur und Film zeigt sie auf, wie das leibliche Wohlbefinden eine geistliche Verwandlung ermöglicht. Die Hausarbeit stellt einen bevorzugten Rahmen dar, um Menschlichkeit spürbar zu machen. Eine neue positive Sicht der Arbeit bringt uns die Botschaft von Josefmaria ESCRIVÁ, Gründer des Opus Dei, nahe. Er erinnert uns daran, dass die Arbeit des Menschen Ausdruck seiner Personenwürde ist und außerdem für den Christen ein Mittel, um Christus nachzufolgen und Gott Ehre zu erweisen. Gleichzeitig unterstreicht seine Botschaft den Wert des Alltäglichen. Das Leistungsdenken der heutigen Gesellschaft muss sich zurücknehmen, damit der Existenz des Menschen, seiner Natur und seinem Leben mit mehr Respekt begegnet wird.

Die Ausführungen von CHIRINOS sind mit Sicherheit ein großer Ansporn, um mehr Achtung und Wertschätzung gegenüber dem unentbehrlichen Dienst abzugewinnen, den uns – jedem einzelnen und der ganzen Gesellschaft – die manuellen Hausarbeiten leisten.

A. HAGSBACHER