

Ärztliche Sterbehilfe und die Bedeutung des Patientenwillens

Vanessa Schork

Peter Lang Verlag, Frankfurt/Main 2008

311 Seiten

ISBN 978-3-631-57235-1

Die Autorin, Dissertantin an der Universität Heidelberg (2007), hat in umsichtiger, keine Mühe scheuender Weise alles Relevante aus dem deutschen Strafgesetzbuch zusammengetragen, was derzeit als Grundlage zur Rechtsprechung rund um die Endphase des Lebens vorhanden ist.

Dazu teilt sie ihre Darstellung in 4 größere Kapitel: Das Arzt-Patienten-Verhältnis als Grundlage der Sterbehilfediskussion (1), die passive (2), die direkte aktive (3) und die indirekte Sterbehilfe (4).

Kapitel 1: Der unvermeidliche historische Rückblick am Beginn zitiert den Entscheid des Reichsgerichtes von 1894, dem zufolge jede ärztliche Heilbehandlung „eine tatbestandsmäßige Körperverletzung“ sei. Mittlerweile sind Rechtsgut (Wille zur Gesundheit) und Verfügungsbefugnis (Einwilligung) eng aufeinander bezogen.

Die Rolle des Patienten hat durch dessen Autonomie eine Aufwertung sondergleichen erfahren, doch kommen hier auch die zwiespältigen Ansichten der Verfasserin zu Wort, wie z. B. das „Recht auf Würde“ jenem auf Leben überzuordnen. Wenn Patienten am Lebensende oder bei schwersten Schmerzsituationen ihre Würde gefährdet sehen, träte das „in dubio pro dignitate“ vor das „... pro vita“, dem sich auch Ärzte und Pflegepersonal zu beugen hätten.

Die Autorin erläutert die Voraussetzungen für die Wirksamkeit einer Willensbildung, die auf Entscheidungsfähigkeit (Kompetenz), Entscheidungsmöglichkeit (stattgehabte Aufklärung), Entscheidungsfreiheit und Entscheidungsernstlichkeit beruhen – eine achtbare Terminologie, welche auch dem juristischen Laien einen gedanklichen Zugang zu der Thematik erleichtert, besonders wenn Schork damit eine Strukturierung weiterer Kapitel erreicht (z. B. beim Behandlungsveto, bei der Pati-

entenverfügung und deren Interpretation bzw. bei der Erfassung des mutmaßlichen Willens).

Nichts geht über die enge Bindung zwischen Arzt und Patient. Nur auf dieser Basis können die Probleme der Indikation zu Aktionen gelöst werden, die nicht der Heilung, sondern der Palliation den Vorzug geben.

Kapitel 2: Der passiven Sterbehilfe ist der zentrale und Hauptteil des Buches gewidmet (mit 166 Seiten zwei Drittel des Text-Teiles). Die Definition der passiven Sterbehilfe lautet einfach auf „sterben lassen“, gleich ob es sich um das Nicht-Beginnen oder um die Beendigung einer lebensverlängernden Behandlung handelt. Dabei werden gewisse Unterschiede zwischen Hilfe beim Sterben und Hilfe zum Sterben gesehen. Die Autorin erörtert und legt extensiv die Legitimation der Sterbehilfe im Lichte des Verfassungs-, Zivil- und Strafrechts dar. Der Patientenwille (aktuell geäußert, voraus verfügt oder mutmaßlich) wird gemäß der oben angeführten Struktur in seinen Entscheidungskriterien analysiert und die Garantenpflicht des Arztes (die im Behandlungsauftrag besteht) relativiert.

Die Patientenverfügung, die in Deutschland nach wie vor auf hohem Niveau – und dies seit 30 Jahren – diskutiert wird, nimmt auch hier den ihr angemessenen Raum ein, wobei sehr gediegen auf die Fragen der Interpretation und der rechtlichen Folgen eines Behandlungsvetos eingegangen wird. Dass hier der Bereich des mutmaßlichen Willens eine heikle Rolle spielt, schlägt sich in der ausführlichen Zitierung von diesbezüglichen Gesetzesentwürfen nieder (insbesondere bei Höfling 2006, sowie bei Merkel und Weimer 1995).

Bei diesen Passagen wird immer wieder spürbar, dass die Autorin als zur Sachlichkeit verpflichtete Juristin auch eine wohltuende Nähe zum Schicksal jener Menschen in extremen Notsituationen empfindet (so z. B. bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens, siehe S. 169). Dabei vertritt sie zwar den Standpunkt, dass „Würde“ und deren Gefährdung allein von dem Betroffenen authentisch definiert werden könne (hier rudert sie im

philosophischen Fahrwasser von Birnbacher), aber sie erteilt auch der personalen Würde keine Absage, die als unverhandelbarer Wert jedes Menschen Bestand hat, unbeeinflusst von subjektivem Empfinden oder negierender Fremdbeurteilung.

Die Konsequenzen aus einem Behandlungsabbruch werden anhand der bereits existierenden Abänderungsentwürfe zum Vormundschaftsrecht und verwandten Paragraphen erläutert. Hervorzuheben ist die Bezeichnung der künstlichen Ernährung mittels PEG-Sonde als ärztliche Indikation und Handlung (also nicht als reine Pflegehandlung und Basisversorgung, S. 204). Borasio wird mit seiner Meinung zitiert, dass Ärzte den Ruf haben sollten, eine fehlende Behandlungsindikation festzustellen und die Verantwortung für die Entscheidung auch übernehmen zu können (S. 210).

Kapitel 3: Die aktive direkte Sterbehilfe wird differenziert in jene auf Verlangen des (zum Selbstmord unfähigen) Patienten gegenüber dem Mord durch z. B. Pfleger bzw. „Betreuer“, wie dies den behinderten Kindern in der NS-Zeit widerfuhr. Dies ist nach deutschem Recht (§§ 211 ff.) wie auch nach österreichischem Recht (§ 77 StGB) strafbar und wird mit der für vorsätzlichen Mord verbundenen Höchststrafe geahndet, wobei niedere Beweggründe erschwerend wirken.

Aber auch die freiwillig eingeforderte Sterbehilfe ist strafbar (§ 216 deutsches StGB), wenn auch mit dem erheblich verringerten Strafraum von 0,5 bis 5 Jahren. Das Verlangen darnach muss dabei „ernstlich und ausdrücklich“ (also unmissverständlich) sein, und der Täter müsse vom Patienten persönlich dazu bestimmt worden sein. Die Autorin widmet in der Folge einige Seiten den Gefahren des Missbrauchs und Tabubruchs.

Strittig bleibt die Rolle des ärztlich assistierten Suizids (ÄAS) sowie die Frage der Unterlassung einer Hilfeleistung (Nichtentsprechung der Garantenpflicht) bei durch den Suizidversuch bewusstlos gewordenen Patienten. Hier bleibt das deutsche Gericht in den wenigen ausjudizierten Fällen bei dem Grundsatz, der den Arzt zur Hilfestellung

verpflichtet, von welchem nur in extremen Einzel- und Ausnahmesituationen abgerückt werden könne. Grundsätzlich, so die Bundesärztekammer, steht ÄAS dem ärztlichen Ethos entgegen. Der Wille des Patienten stößt hier an die Grenze der Standesethik des Arztes. Es sei immerhin eine liberale Auslegung möglich, anstatt von einem „Verbot“ des ÄAS von einer „fehlenden Verpflichtung“ des Arztes zu sprechen. Im Hinblick auf die Praxis des ÄAS in deutschen Nachbarländern verweist die Autorin auf jenen Änderungsentwurf durch Einfügung eines § 217, der grundsätzlich die gewerblich organisierte Sterbehilfe bei Strafe verbietet.

Ein weiterer Änderungsentwurf betrifft die Tötung auf Verlangen (§ 216). Diese solle ungestraft bleiben, wenn sie in extremen Ausnahmefällen aus Mitleid und Barmherzigkeit vorgenommen werde. Voraussetzung sei ein „schwerster, vom Betroffenen nicht mehr ertragbarer Leidenszustand“ (Beispiel: eingeklemmter Fahrer in brennendem LKW). Derzeit sei das Gericht vor die schwerste Herausforderung gestellt, eine Einzelfallkorrektur im Sinne einer Relativierung des Tötungsdeliktes vorzunehmen. Daher sympathisiert die Autorin mit dem genannten Änderungsentwurf und kann sich auch eine Übertragung auf verzweifelte medizinische Fälle vorstellen (aktive direkte Sterbehilfe z. B. bei Langzeitquadruplegikern), ohne das Fremdtötungsverbot grundsätzlich in Frage zu stellen.

In einem Resümee tritt die Autorin (wieder) in ausgewählten Fällen für den ärztlich assistierten Suizid ein, der dem Patienten ein selbstgewähltes „Sterben in Würde“ ermöglicht, wobei zu ahnen ist, dass extremes Leiden in Todesnähe zu einem Verlust dieser Würde führe (S. 259). Die Frage der „terminalen Sedierung“ (Schmerzstillung mit prinzipiell reversibler Bewusstseinsbeeinträchtigung) wird hier nur am Rande angesprochen, später näher erörtert.

Kapitel 4: Der indirekten aktiven Sterbehilfe (ärztliche Maßnahmen mit nicht intendierter Todesfolge) sind die letzten etwa 20 Seiten gewidmet. Die Autorin umreißt hier in klarer und knapper

Terminologie die Fragen der Zulässigkeit von palliativen Behandlungen, bei denen eine Todesfolge nicht ausgeschlossen werden kann. Es wird von einem ausjudizierten Anlassfall ausgegangen, der – nach Ansicht des Rezensenten – aus verschiedenen Gründen unglücklich gewählt ist (Verdacht auf Erbschleicherei).

Die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe orientiert sich – nach wie vor – an der Frage des Sterbestadiums, der möglichen Intention und damit der Abgrenzung zur Tötungsrelevanz, damit auch zur Nähe der passiven Sterbehilfe. Die Straffreiheit der indirekten aktiven Sterbehilfe wird über einen rechtfertigenden Notstand (§ 34, deutsches StGB) und den Ausschluss des Tatbestands der Tötung definiert – was im Einzelfall schwer zu beweisen ist. Grundsätzlich geht es um die Abwägung eines erlaubten Risikos gegenüber der Inkaufnahme einer Todesfolge (fehlendes „Lebensinteresse“ des Betroffenen und Respektierung des Tabuinteresses anderer Menschen).

Mit Sicherheit ist die indirekte Sterbehilfe bei Einwilligung des über die Risiken informierten Patienten zulässig, was aber im Falle der Erhebung des antizipierten bzw. mutmaßlichen Willens des Patienten schon wieder fraglich ist. In diesem Bereich wünscht sich die Autorin eine bessere gesellschaftliche Regelung im Sinne eines § 214a, die neben der Schmerztherapie auch andere leidensmindernde Maßnahmen zu erfassen vermag (unter anderem terminale Sedierung). Es bleibt offen, ob die Intentionalität immer objektivierbar ist (dolus directus, direkter Vorsatz).

Auf den letzten Seiten (Schlussfolgerungen/ Ausblick, ab S. 285) hätte die Autorin Gelegenheit gehabt, über die nicht enden wollende Diskussion der gesetzlichen Verankerung der Patientenverfügung in Deutschland zu reflektieren. Sie lässt lediglich durchblicken, dass sie selbst eine Konzeption befürwortet, dem weit vor der Zeit und von einer (noch) gesunden Person formulierten Entschluss eine „unmittelbare Bindungswirkung“ einzuräumen. Sie vermeidet es, auf die vielen Argumente

näher einzugehen, welche eine „bindende“, ja eine nur „beachtliche“ Verfügung von der Realität einer Akut- oder Notfall-Situation trennen. Gerade diese Punkte lassen es verständlich erscheinen, warum in Deutschland noch kein Konsens über eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung erreicht werden konnte. Tatsächlich scheint die Akzeptanz der in Österreich nunmehr bestehenden gesetzlichen Verankerung die in sie gesetzten Erwartungen zu enttäuschen. Auch ist zu erwarten, dass durch die gerade im Ernstfall geringen Möglichkeiten der Re-Evaluation einer dem Arzt präsentierten Patientenverfügung (Verjährung? geänderte Umstände oder Gesinnungen? eingeschränkte Bewusstseinslage? etc.) der (Not-)Arzt neuerlich in einen „Paternalismus“ seiner Entscheidung (zu handeln/nicht zu handeln?) gedrängt wird, den die Patientenverfügung hätte vermeiden sollen.

Lobend ist hervorzuheben, dass die Autorin für einen Ausbau der ärztlichen Ausbildung auf dem Gebiet der Sterbebegleitung eintritt, und zwar zusammen mit einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit, an der Mediziner, Ethiker und Juristen in gleicher Weise engagiert sein müssen. Das für Juristen und Ärzte konzipierte Buch weist Schwachstellen in der Argumentation auf, wenn es um die Frage der Menschenwürde und des Lebenswertes geht. Es bietet aber einen guten Einblick in die derzeit aktuellen rechtlichen Diskussionen und Debatten.

F. Kummer

Über die Kunst des rechten Alkoholgenusses – Eine kleine Kulturgeschichte des Alkohols

Judith Rosta, Manfred V. Singer, Peter Feick
Shaker Verlag, Aachen 2008
120 Seiten
ISBN 978-3-8322-7222-7

Die Stiftung „Biomedizinische Alkoholforschung“ (mit Sitz an der 2. Medizinischen Universitätsklinik in Mannheim) legt ein schmales Büchlein vor, welches einer wichtigen Zielsetzung der Stiftung gerecht wird, indem es das „rechte Maß“ in der Abgrenzung vom Übermaß des Alkoholkon-

sums behandelt. Manfred V. Singer, Internist und Klinikchef in Mannheim und im benachbarten Heidelberg, hat die Soziologin und Philosophin Judith Rosta und den Biologen Peter Feick als Mitautoren für dieses ausgezeichnet ausgestattete Bändchen gewonnen, das in aller Bescheidenheit nicht nur eine „kleine Kulturgeschichte des Alkohols“, sondern dazu eine echte Anthropologie des rechten Alkoholgenusses vorlegt.

Schon der historische Rückblick ist sehr informativ, wenn man lernt, dass bereits im alten Mesopotamien das Bier aufgrund seines nutritiven Stellenwertes als Hauptnahrungsmittel bezeichnet wurde (3000 v. Chr.). In Ägypten war der Wein im 4. Jahrtausend vor Christus ein Luxusgetränk, das den gehobenen Kasten vorbehalten war. In Europa (Kreta, mykenische Kultur) findet sich der Alkohol viel später (2. Jahrtausend v. Chr.), um erst um etwa 800 v. Chr. in Italien zu „landen“. Etwa zur gleichen Zeit finden wir dann die Bezüge zum Wein in Palästina, damit in den Schriften des Alten Testaments. Im Neolithikum war offensichtlich in unseren Breiten die Produktion von Brot und Bier an dieselben Produktionsstätten gekoppelt, sodass auch hier der Nahrungscharakter des Bieres klar zum Ausdruck kommt. Später gewinnt der Alkohol Bedeutung in der alten Medizin (Bier als Klyasma, Wein zur Schmerzbekämpfung, dies bis vor 100 Jahren!). Die römische Soldateska erhielt Weinzuteilungen, um sich gegen Infekte zu schützen.

Immer schon war der Wein in religiöse Praktiken involviert (Ägypten), wobei die Frauen vom Alkoholkonsum zumindest bei den Römern ausgeklammert waren.

Frühe Reglementierungen des Alkoholkonsums finden sich bei den Ägyptern und in Mesopotamien, wo eigene Schankstätten eingerichtet wurden. Auch Plato (wie bekannt dem „Symposion“ nicht abgeneigt) verbietet den Alkohol für junge Knaben und für Frauen im gebärfähigen Alter.

In der Folge kommt es zu den bekannten Anwendungen von Wein und anderen Alkoholika zum Zwecke des Genusses, aber auch der Rauscherzeu-

gung. Ein geordneter Weinkonsum findet seinen Platz in der Unterstützung des sozialen Gefüges, von Ritualen und zum Beweis eines gehobenen Standes. Interessant ist hier zu bemerken, dass bereits ab dem 10. Jahrhundert der Alkoholismus als Krankheit aufgefasst wird. Das hindert aber nicht, dass er in späterer Zeit als strafbare Handlung eingestuft wird. Doch herrscht ab dem 20. Jahrhundert doch die Meinung vor, dass Alkoholismus als Krankheit zu bezeichnen sei. Im frühen 20. Jahrhundert sehen wir massive Antialkohol-Bewegungen im puristisch geprägten Norden und in den USA (Prohibition; gesetzliche Regelungen in Skandinavien), die im katholisch dominierten Mittel- und Südeuropa eigentlich keine Entsprechung finden.

Andrerseits registriert man ab der Mitte des 19. Jahrhunderts, dass die Alkoholfrage praktisch als Problem der Arbeiterschaft gewertet wird. Auch taucht besonders in protestantischen Gemeinschaften der Begriff der Alkohol-„Sünde“ immer wieder auf, eine selbstverschuldete Krankheit, zu deren Therapie Pfarrer und Arzt zusammenwirken.

In neuerer Zeit ergab sich immer mehr die Kluft zwischen politischen Bestrebungen und der Ökonomie, so wie etwa die Prohibition in den USA (1933), die wegen einer massiven ökonomischen Krise aufgehoben wurde. Seither gibt es wohl Steuer auf Alkoholika, um im Gegenzug Lohn- und Einkommenssteuern zu senken (Skandinavien).

Sehr willkommen sollte für den interessierten Laien die kluge Differenzierung des Gebrauches gegenüber dem Missbrauch sein, wie auch die Angaben über den Alkoholgehalt verschiedenster Getränke. Damit unterstützen die Autoren die Selbstverantwortlichkeit des Einzelnen, das rechte Maß zu finden, ein ewig aktuelles Problem seit vorchristlicher Zeit über das Mittelalter bis heute.

Das Buch wird ergänzt durch Definitionen des moderaten, noch mit normalen Maßstäben zu rechtfertigenden Alkoholkonsums und der dabei „noch“ vertretbaren Handlungsfähigkeit. Als Erläuterung wird das Resultat einer großangelegten Befragung deutscher Bürger mitgeteilt, der zufolge

immerhin 10,7 Prozent sich selbst als hochriskante Trinker einstufen.

Kurz wird auch die angeblich präventive Rolle des Alkohols (moderater Konsum verhindert koronare Herzkrankheit) erwähnt, endgültige Resultate lägen aber nicht vor, sodass sich keine generelle Empfehlung ableiten lasse.

Das Buch schließt mit 10 Regeln aus der deutschen Informationsbroschüre der Stiftung, welche sich auf die tolerierten Mengen bezieht, die Schwellen der Gefahr aufzeigt, insbesondere für Patienten mit diversen Medikamenten und deren potentielle Interaktion mit Alkoholkonsum.

Die Abbildungen sind gut gewählt, viele von ihnen farbige Reproduktionen, der Druck und die Qualität der Ausgabe sind vorzüglich, was die Lektüre zusätzlich erleichtert. Man ist erfreut über etwa 200 griffige Literaturzitate, welche die Gediegenheit der Recherche der Autoren bei der Erstellung des Textes unterstreicht.

Das Buch, primär an den interessierten Laien gerichtet, aber voll gepackt mit medizinischer Information, ist als wertvolle und auch angenehme Lektüre geeignet, dem immer wieder beschworenen „Teufel Alkohol“ auch ein paar anthropologisch-wertfreie Seiten abzugewinnen.

A. Sorge

Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis

Anita Rieder, Brigitte Lohff (Hrsg.)
Springer Verlag, Wien 2008 (2. Auflage)
542 Seiten
ISBN 978-3-211-68289-0

Die Wiener Professorin für Sozialmedizin, Anita Rieder, und die Hannoveraner Professorin für Geschichte, Ethik und Philosophie in der Medizin, Brigitte Lohff, legen die Zweitaufgabe ihres Buches vor, das bereits 2004 viel Lob geerntet hatte. Es erfüllt durch seine Konzeption die Anforderungen eines echten Lehr- bzw. Handbuchs (Textbook).

In der Einleitung lassen die Herausgeberinnen zunächst keine Zweifel darüber aufkommen, dass

unter „Gender“ nicht einfach „Sex“ zu verstehen sei, sondern vielmehr ein angeblich fließendes Kontinuum von Übergängen und Mischformen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Aspekten von dem, was noch in den 80er-Jahren als „weiblich“ oder „männlich“ bezeichnet worden sei. Erst mit der 1996 von der WHO ins Leben gerufenen „Gender Working Group“ sei Gender zum Forschungsthema und Teil von Public Health-Programmen geworden.

In der klinischen Forschung scheint sich Gender noch weitgehend mit dem biologischen Geschlecht zu decken. Bis zum Jahr 2000 wurden jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede klar unterbewertet. Dies scheint sich nun zu bessern (siehe z. B. frauenspezifischer Nachweis der Unbedenklichkeit von neuen Arzneimitteln im deutschen Recht 2007).

Als Ziel der Neuauflage wird von den Herausgeberinnen sehr konkret die Umsetzung des Wissens von geschlechtsspezifischen Besonderheiten in den klinischen Alltag genannt. Bei 23 Beiträgen sind 42 AutorInnen beteiligt. Die Kapitel betreffen etwa zur Hälfte spezifische Organbereiche, darüber hinaus auch fachübergreifende Gebiete (Public Health, Geriatrie, Genderforschung, Krankenversicherung). Die Beiträge sind sehr übersichtlich gestaltet (Grundsätzliches, genderspezifische Unterschiede, Behandlung von jeweiligen Detailspezifika und ein abschließender Hinweis für die Praxis).

Für die Allgemeinpraxis sind die demografischen Statistiken interessant, bringen aber wenig neue Information über die Unterschiede der Geschlechter. Viel wichtiger wären hier Abläufe der Kommunikation (Ärztin zu Patient, Arzt-Patientin), die aber statistisch kaum erfassbar sind, wie wohl gerade diese als Quelle suboptimaler Arzt-Patient-Beziehung angesehen werden müssten. Bei Vorsorgeergebnissen bezüglich den sog. „Volkskrankheiten“ zeigen sich keine genderspezifischen Besonderheiten.

Ein umfangreiches und sehr gediegenes Kapitel gilt den geschlechtsspezifischen Unterschieden in

der Arzneimittelwirkung in allen ihren Spielarten (Kinetik, Metabolismus, Wirksamkeitsschwellen, Nebenwirkungen etc.), gestützt auf eine ansehnliche Liste rezenter Literaturzitate. Spätestens bei diesem Beitrag beginnt der Leser zu bedauern, dass dem Buch ein Stichwortverzeichnis fehlt (wie es in einem ordentlichen „Textbook“ wohl zu erwarten wäre).

Etwas unvermittelt berichtet im Anschluss daran eine deutsche Gesundheitssystemforscherin (M. L. Dierks, Hannover) über die Integration von Genderfragen in eine Public Health und kommt zu dem Schluss, dass bei den Unterschieden zwischen Männern und Frauen unbedingt der gleichzeitigen Evaluierung der individuell-sozialen Faktoren Beachtung geschenkt werden müsse, um auch praktisch umsetzbar zu werden.

Eine Gruppe von Hannoveraner Pädiatern weist auf die bekannten Geschlechtsunterschiede in der Körperentwicklung von Kindern und Adoleszenten hin und warnt vor voreiligen Schlüssen, wenn die Pubertät der Knaben und der damit verbundene Wachstumsschub gegenüber den Mädchen scheinbar verzögert sind. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden von der pädiatrischen Psychologie beschrieben (häufigere Erkrankungen und vermindertes Coping bei psychophysischen Belastungen der Buben, Psychosomatosen insbesondere Essstörungen bei Mädchen). Bei den angeborenen Stoffwechselstörungen wird auf neue Erkenntnisse auf dem Gebiet der sehr seltenen X-chromosomal-vererbten Störungen eingegangen (Ornithintranscarbamylase-Mangel, X-chromosomale Adrenoleukodystrophie, Kreatin-Transporterdefekt, unterschiedlicher Ausprägung und Verlauf bei Buben und Mädchen).

Bei Hörstörungen ist ein geschlechtsspezifischer Unterschied (noch) nicht gesichert (Sprachentwicklung bei Kindern, Akzeptanz von Hörgeräten bei Erwachsenen). Essstörungen und Übergewicht verlangen nach geschlechtsspezifischer Ernährungsberatung, zumal Frauen davon 10- bis 20-mal häufiger betroffen seien als Männer.

Das Kapital Onkologie wird von einem fünfköp-

figen Team der Medizinischen Universität Wien behandelt und nimmt vorweg, dass noch relativ wenig über geschlechtstrennende Daten publiziert wurde. Trends deuten auf eine schlechte Chemotherapieverträglichkeit bei Frauen, jedoch auf deren besseren Erfolge hinsichtlich Überlebenszeit hin. Insgesamt nimmt die Mortalität an Krebs seit 1970 ab, besonders ausgeprägt bei jüngeren Frauen (bis 2001 nahezu -40 Prozent). Besorgniserregend allerdings die weibliche Mortalitätszunahme bei Bronchuskarzinom, im Gegensatz zur rückläufigen Tendenz bei Männern. (Bedauerlich, dass in den relevanten Abbildungen 3a und 3b keine Farben, sondern nur insgesamt acht, kaum von einander unterscheidbare Grautöne für die Kennzeichnung der organspezifischen Kurvenverläufe verwendet wurden.) Zur Betreuung von Tumorpatienten sollten „gemischte Teams“ verfügbar sein, die primäre Prävention und Information soll genderspezifisch organisiert sein.

Der/die „Women’s Imager“ (genderspezifische Radiologie) ist hauptsächlich in der Primärprävention gefragt. Bildgebende Verfahren für Brust, Lunge, Unterbauch, Darm, Koronarien und Osteoporose – sie alle haben geschlechtsdifferente Schwerpunkte mit großer Praxisrelevanz abzudecken.

Männliche und weibliche Gehirne funktionieren different, stellt der neurologische Beitrag fest (Neuropsychologie). Die Fragen des Alltags wurden bislang noch nicht unter diesem Blickwinkel wissenschaftlich bearbeitet, doch scheinen Unterschiede in den Verläufen nach Schlaganfall besonders von der sozialen Struktur abhängig zu sein, in welcher die Rehabilitation erfolgt. Auch in der Rheumatologie gibt es bislang keine fundierten genderspezifischen Untersuchungen, wiewohl die Rheumatologen seit langem Unterschiede bemerken und darauf auch reagieren. Sie bedauern, dass betroffene Frauen weniger häufig einer umfassenden Rehabilitation zugeführt zu werden scheinen.

Dies leitet über zum Kapitel der geschlechtsspezifischen Aspekte der physikalischen Medizin, die sich eben nicht nur um die körperliche Ertüch-

tigung (und deren Akzeptanz) in der Nachsorge von leidenden Menschen von unterschiedlichem Geschlecht sorgt, sondern auch um adäquate Wohnbedingungen, spezifische Erleichterungen am Arbeitsplatz, im Verkehr und vielen anderen Aspekten des sozialen Gefüges, die für eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft nötig sind.

Die Psychiatrie sieht signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (nahezu 4:1) und Alkohol (6:1), während die unipolare Depression und Panikstörung bei Frauen etwa doppelt so häufig registriert wird. Hier ist das jeweilige soziale Gefüge ein bestimmender Faktor. Interessanterweise ist das Risiko der Depression bei mediterranen Frauen (höherrangige Frau- und Mutterrolle) ungleich geringer als in nördlichen Ländern, Frauen unternehmen mehr Suizidversuche (3:1), doch sind diese bei Männern „erfolgreicher“.

Unter Intensivpatienten sind die Frauen im Schnitt älter und haben eine schlechtere mittelfristige Prognose, während die Männer einen höheren Aufwand an Leistungen benötigen (österreichische Analyse).

Ein umfangreicher Beitrag (gestützt auf 288 Literaturzitate) der Kardiologen gilt vornehmlich der koronaren Herzkrankheit, die in den USA zu 50 Prozent als Todesursache bei Frauen aufscheint, der Brustkrebs hingegen zu 4 Prozent. Bei einer Gallup-Umfrage in Österreich schätzen die Frauen eine kardiovaskuläre Mortalität auf etwa 20 Prozent und den Brustkrebs auf über 30 Prozent ein. Die vier Autoren betonen die höhere Gefährdung der Frauen durch die häufigere Comorbidität und die atypische klinische Präsentation, besonders jenseits des 65. Lebensjahres. Ganz Ähnliches weiß der Herzchirurg zu berichten, dass nämlich 83 Prozent des Risikos für den Tod an einer koronaren Herzkrankheit bei Frauen durch zeitgerecht eingesetzte, auch invasive Prävention vermeidbar wäre.

In der Angiologie wird auf das 3-fache Risiko der bis zu 60-jährigen Männer hingewiesen, eine periphere Arteriopathie zu entwickeln. Dieser

Unterschied gegenüber den Frauen verwischt sich aber ab dem 7. Lebensjahrzehnt. Bei venösen Erkrankungen herrscht im Wesentlichen „Einklang“ (Ausnahme: höhere weibliche Inzidenz im gebärfähigen Alter). Der weiblichen Harninkontinenz ist ein eigenes, sehr aufschlussreiches, durch Statistiken gestütztes Kapitel gewidmet.

Das sehr informative Kapitel über Genderspezifität in der Geriatrie basiert bereits auf seit längerem erhobenen demografischen Daten (Alters-Surveys), welche besonders durch die kürzere Lebenserwartung der Männer, aber höhere Behinderungslast der Frauen gekennzeichnet ist. Informationsbedarf bestehe aber auf vielen Gebieten (wirksame Prävention, Medikamententoleranz etc.).

Und was hat die Pflichtkrankenkasse zu Gender zu vermerken? Wenn die Methodik einer Hannoveraner Autorengruppe auch international anwendbar ist, dann hat gerade eine gesetzliche Krankenversicherung ideale Möglichkeiten, sozialmedizinische Trends von den demografischen Gegebenheiten her zu bemessen.

„Public Health“ heißt der letzte Artikel und meint die von der WHO, EU etc. getragene Sozialmedizin. Ihre Forschung wird auf „Gender-Medizin“ fokussiert, um Informationslücken in der Gesundheitspolitik zu schließen, die unter anderem in medizinischen Curricula die androzentrische Hierarchie zu relativieren trachten (Nichtberücksichtigung von frauenspezifischen Statistiken bis hin zu Entwicklung von Strategien und Interventionsprogrammen).

Den Beschluss bildet „Nach-Denkliches für Gendermedizin“ aus der Feder von Angelika Voß und Brigitte Lohff (letztere Mitherausgeberin), mit einer globalen Würdigung der in diesem Buch enthaltenen Aufsätze und einer ausgewogenen Kritik an einer Gender-Bias (Mängel in der gegenseitigen Beurteilung von Männern- und Frauenmedizin). Den Autorinnen kann man aber nur schwerlich folgen, wenn sie über Inter-, Trans-, Zwitter-Sexualität „nachdenken“, wie wenn es sich hier um epidemiologische Probleme und nicht um Einzel-

schicksale sehr unterschiedlicher Prävalenz handeln würde, die einer besonders subtilen Beratung und Behandlung bedürfen. Vielmehr orten sie einen großen Forschungsbedarf, unter Berufung auf ein interdisziplinär angelegtes klinisches Projekt der deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zum Thema Intersexualität. Auch fragen sie „Qui (*sic!*) bono – wem nützt es?“, wenn aus der „Zuschreibung“ eines geschlechtsspezifischen Musters eine Übermedikalisierung erwächst und verweisen auf die Kontroverse in der Frühdiagnostik des Mammakarzinoms. Etwas einseitig auch die Passage über die In-vitro-Fertilisation, bei der die (gesunde) Frau faktisch zur „Patientin“ (und damit zum Opfer) des fortpflanzungsunfähigen Mannes gemacht wird.

Abgesehen von diesen problematischen, wenn gleich systeminhärenten Schlusspassagen ist den Herausgeberinnen zweifellos ein Wurf gelungen, die Besonderheiten der Geschlechter in der Medizin, in der Forschung und in der täglichen Praxis in gut dokumentierter Form darzulegen.

B. Fröhlich