

## Instrumentalisierung und Würde

Peter Schaber  
 mentis, Paderborn 2010  
 171 Seiten  
 ISBN 978-3-89785-711-7

Peter Schaber hat mit diesem gut leserlichen Buch einen beachtenswerten Beitrag zur Debatte über Wesen und Grundlage der Menschenwürde geleistet. Das Buch fällt durch seine eigenständige und originelle Argumentation sowie durch seine Kürze positiv auf.

Schabers Ausgangspunkt ist Kants moralisches Grundprinzip, die Selbstzweckformel, die es verbietet, sich selbst oder eine andere Person bloß als Mittel zu gebrauchen. Wer gegen diesen Grundsatz verstößt, verletzt die Würde des Menschen. Schabers Untersuchung analysiert in einer stufenweisen Konkretisierung, was dieses Instrumentalisierungsverbot und daher auch die Menschenwürde beinhalten und bedeuten. Zunächst grenzt er den Begriff von natürlichen Eigenschaften und Autonomie ab.

Würde ist keine natürliche Eigenschaft, sondern ein konkreter Wertausdruck. Sie ist mehr als Autonomie, denn Würde verpflichtet auch einen selbst. Auch eine persönliche, autonome Entscheidung kann die eigene Würde verletzen. Avishai Margalit folgend sieht Schaber die Würde als Anspruch auf Selbstachtung. Darunter versteht er die Achtung des Rechtes der Person, über wesentliche Bereiche des eigenen Lebens verfügen zu können. (52) Wer einen anderen Menschen in dieser Weise respektiert, der behandelt ihn als Zweck an sich selbst und als ein Wesen mit Würde.

Diese Würde bezeichnet der Autor im Anschluss an die modernen Menschenrechtserklärungen als „inhärent“ und unterscheidet sie von „kontingenten“ Würdezuschreibungen (soziale, expressive, ästhetische Würde). (48) Inhärente Würde wird nicht zugeschrieben, ist unverlierbar und nicht vermehrbar. „Würde haben ist eine Alles-oder-Nichts-Angelegenheit.“ (102) Anders verhält es sich mit der *Fähigkeit* zur Ausübung von

Selbstachtung. Definiert man, wie Schaber es tut, Würde als *Anspruch* auf Achtung der Selbstverfügung über wesentliche Lebensbereiche, dann ist die *Fähigkeit*, dies tun zu können, eine Bedingung der Würde. Aber die Fähigkeit zur Selbstachtung ist ein graduelles Phänomen, das je nach Alter und Lebensumständen variiert. An dieser Unterscheidung setzt Schaber an, um für Kleinstkinder, Embryonen und Föten Schutzpflichten zu fordern, obwohl sie keine Würde im Sinn seiner Definition besitzen. Würde ist für Schaber ein Anspruch auf Ansprüche, Quelle aller Rechte. Ohne ihn zu zitieren, befindet sich Schaber hier ganz in der terminologischen und konzeptuellen Nähe zu Christoph Enders und der deutschen Grundrechtsdogmatik, die die Menschenwürde in Art. 1 Abs. 1 GG als „Recht auf Rechte“ auffassen. Hingegen ist laut unserem Autor die Menschenwürde nicht Quelle aller Pflichten. Er entkoppelt die Würde von ihrer Funktion als grundlegendes Prinzip der Moral. (38) Die Einsicht in eine Würdeverletzung setzt eine sittliche Bewertung der Handlung voraus: Andere Personen werden genau dann als Mittel behandelt, wenn die Weise, wie sie als Mittel gebraucht werden, moralisch unzulässig ist. (33)

Auch in einem anderen Punkt entfernt sich Schaber von Kant: Würde sei nicht bloß nicht als absoluter Wert, sondern überhaupt nicht als Wert zu begreifen. Würde ist ein Anspruch, den wir einander gegenüber geltend machen. (97) Schaber unterbindet damit jede Form von Trade-off mit Werten, denn wenn Würde kein Wert ist, dann kann sie nicht mit Werten verglichen und abgewogen werden. Daher braucht die Menschenwürde auch nicht als „inkommensurabler Wert“ bezeichnet zu werden. (103)

Im sechsten und achten Kapitel wendet der Autor seine theoretischen Erkenntnisse auf konkrete Handlungstypen an. Im sechsten Kapitel behandelt er Verletzungen der Menschenwürde, die nicht bloß die notwendigen Mittel der Selbstachtung betreffen, sondern die Selbstachtung selbst. Sie stellen in Frage, ob die betroffenen Menschen überhaupt

ein Recht auf Selbstachtung haben. Zu diesen zählt Schaber: Folter, Sklaverei, Armut und Verachtung. Unter Armut versteht der Autor eine besonders krasse Form der Abhängigkeit von anderen. Sie sei würdverletzend, sofern sie Menschen anderen Menschen ausliefert, sofern sie dafür verantwortlich ist, dass das eigene Überleben sowie auch die Weise des Überlebens in den Händen anderer liegt. (116) Er postuliert daher ein Recht auf minimale Grundversorgung und Grundausbildung.

Dem achten Kapitel schaltet er einige Seiten vor, auf denen sowohl eine konsequentialistische als auch eine kontraktualistische Würdebegründung abgelehnt werden. Auf der Grundlage dieser Vorarbeiten bewertet dann Schaber eine nicht taxative Reihe von ethisch aktuellen Problematiken m. E. zum Großteil richtig: Täuschung, Unschuldige töten, um Menschen zu retten, Forschung an Zustimmungsunfähigen, Leihmutterchaft, Selbstaufopferung, Notwehr und Selbsttötung. Es ist im Zusammenhang mit diesem letztgenannten Thema, dass Schaber m. E. zu weit geht.

Im Rest des Buches bemüht er sich, immer in den Grenzen seiner eigenen Definition von Würde zu bleiben und sie mit verschiedenen ethischen Bewertungen kompatibel sein zu lassen. Hier aber formuliert Schaber: „Wenn ein Leben in Würde nicht mehr möglich ist, ist die Selbsttötung moralisch erlaubt.“ (148) Er postuliert dann auch – etwas undifferenziert – die Unzulässigkeit einer gesetzlichen Sanktionierung der Beihilfe zum Suizid. Dass staatlicher Zwang gegenüber dem potentiellen Selbstmörder sinnlos und kontraproduktiv ist, ist unbestreitbar. Dasselbe gilt aber nicht für den rechtlichen Schutz einer objektiven Wertordnung.

Im folgenden seien einige Anfragen und Beiträge erlaubt.

Obwohl pragmatische Ansätze für das Funkzionieren sozialetischer Systeme schwülstigen Letztbegründungen theoretischen Charakters und spekulativen Denkkonstrukten m. E. vorzuziehen sind, ist in jedem an Werteinsicht und Wertteilhabe appellierenden Essay (dazu zähle ich das vorlie-

gende Buch) eine solche Letztbegründung impliziert. An ihr werden die Werturteile festgemacht, wenn nicht aus ihr abgeleitet. Ich frage mich, was die Letztbegründung in Schabers Würdeanalyse ist. Mir scheint sie, was ich durchaus positiv meine, metaphysischen Charakters zu sein. Mit „metaphysisch“ meine ich nicht überrationale Aussagen eines wenn auch nur menschlichen Glaubens, sondern die realistisch-kognitivistische Annahme der Existenz und Erkennbarkeit von Universalien (Sein, Gutes, Recht, Person,...) jenseits von bloß empirisch Individuellem. Schaber spricht das an, wenn er die Aussage von Hills gutheißt, dass „es mein Wohl (ist), das mich verpflichtet“ (72) und wenn er dafür argumentiert, dass die Menschenwürde nicht auf sozialer Zuschreibung beruht, sondern auf „der Wichtigkeit, die das Recht, über essentielle Bereiche des eigenen Lebens verfügen zu können, für das, was Personen sind, hat.“ (81) Hier wird jeweils einem Universalbegriff Sein und Wirkung zuerkannt.

Vielleicht hätte Schaber seinen Würdebegriff auch als Prinzip bezeichnen können, d.h. als ein nicht weiter hinterfragbarer Ausgangspunkt allen gedeihlichen Zusammenlebens, dessen Geltung man zwar nicht beweisen, aber aufweisen kann. Die Menschenwürde ist das sozialetische Prinzip, das allen anderen Rechten voraus und zu Grunde liegt. Ohne diese Grundeinsicht gibt es kein anderes Recht; und letztlich entstammen ihr – zumindest indirekt – alle Pflichten, auch die Schutzpflichten gegenüber der Umwelt, da diese immer in Relation zum Menschen steht.

Darüberhinaus entspricht die Würde als Recht auf Selbstachtung einer allgemeinen Haltung des Wohlwollens gegenüber allen Menschen. Diese Haltung ist mehr eine Folge der Nächstenliebe als der bloßen Gerechtigkeit. Allen und jedem Menschen das Recht auf Selbstachtung nicht nur passiv zuzuerkennen, sondern es auch aktiv zu ermöglichen, geht über das streng Geschuldete hinaus. Oder besser gesagt: Eine Rechtsordnung, die jahrhundertlang mit dem christlichen Caritas-Gedan-

ken „aufgeladen“ worden ist, gelingt es schließlich, dieses Wohlwollen als rechtlich geschuldet zu begreifen und rechtlich zu verankern. Der Menschenwürdegedanke ist wirklich christliches Erbe.

Diese Einsicht eröffnet auch den Blick für einen tugendethischen Zugang, der den normativen Zugang, der Schabers Beitrag hauptsächlich kennzeichnet, ergänzen kann.

M. Schlag

### **Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin**

Silke Schicktanz, Mark Schweda (Hrsg.)  
Campus Verlag, Frankfurt/ New York 2012  
377 Seiten  
ISBN 978-3-593-39510-4

Die Bioethikprofessorin Silke Schicktanz und ihr Mitarbeiter Mark Schweda (Göttingen) stellen eingangs fest, dass – verglichen mit bioethischen Themen wie Klonen, genetische Diagnostik, moralischer Status von Embryonen etc. – das Thema Altern und entsprechende umfassende Analysen des diesbezüglichen Forschungsstandes nachrangig erscheinen, gemessen an der Unausweichlichkeit und Allgemeingültigkeit der damit verbundenen Phänomene.

Dieser Umstand hat die Herausgeber aber offensichtlich dazu bewogen, eine ansehnliche Schar von qualifizierten Fachleuten zu versammeln und ihre Beiträge zu publizieren.

In der Einleitung zeigen die Herausgeber das Spannungsfeld auf, das zwischen einer natürlichen Biologisierung und einer Pathologisierung des Alterns besteht. Dass es mittlerweile eine „Anti-Aging-Medizin“ (AAM) gibt, werten sie als proof of concept und artikulieren ihr Unbehagen an der Medikalisation des Alterns in einem weiteren Beitrag. Es scheint sich die Gnade eines hohen Alters dahin zu verändern, dass ein Recht darauf resultiert, wobei die Medizin gefälligst ihren Beitrag leisten möge, sofern der statistisch gesehen vorzeitige Tod nicht als persönliches Versagen empfunden werden soll. Heute bieten sich so mannigfaltige Hand-

lungsoptionen (im Sinne eines Anti-Aging) an, dass es vielen unverantwortlich erscheint, das Alter einfach auf sich zukommen zu lassen, während andere ein „Recht auf Nicht-Planen“ in Anspruch nehmen angesichts der Fragwürdigkeit einer faktischen Planbarkeit.

Otfried Höffe, emeritierter Philosophieprofessor in Tübingen, sieht im Altwerden zwar eine schwere Kunst (Hermann Hesse), bestehend in einem Lernprozess, die Resignation durch ein abwägensintegratives Altern zu überwinden und zu einem kreativen Altern zu gelangen, gekennzeichnet durch Selbstachtung, Güte und Humor.

Susanne Wurm, Entwicklungspsychologin in Berlin, widmet sich der Strategie der Selbstregulation, beginnend mit dem subjektiven Gesundheitsempfinden alter Menschen, welches – nach einer deutschen Studie – zu 40 Prozent gut bis sehr gut, in 43 Prozent mittelmäßig und nur in etwa 20 Prozent als schlecht bezeichnet wurde. Neben einer physisch funktionalen Gesundheit spielten mentale Kriterien eine große Rolle, wenngleich soziale und Rollenverluste im Alter unvermeidbar sind. Daraus erwächst die Herausforderung, im Alter eine Balance zwischen Verlusten und noch erreichbaren Zielen zu finden, die dem Leben Wert und Sinn geben. Ein Teil des Anti-Aging liegt zweifellos im Bereich der Präventivmedizin, mittels derer besagte Verluste hinausgezögert werden können.

Die Jenaer Soziologinnen Silke van Dyk und Stefanie Graefe knüpfen hier an und hinterfragen kritisch eine Prävention ohne Ende. Was ist da dran, wenn man erfolgreiches Altwerden als lebenslange Aufgabe sieht, die zur gesellschaftlichen Kraftquelle werden kann? Die Prävention am eigenen Leib soll das Aging verhindern oder verlangsamen und optimieren (positive aging). Hier steht das illusionistische Anti-Aging dem realistischen Pro-Aging gegenüber. An Anleitungen zu beiden fehle es nicht, wiewohl ersteres einen normativen Charakter annimmt und jener Freiheit entgegensteht, solchen Leitbildern nicht zu folgen.

Gunnar Duttge, Professor für Medizinrecht in Göttingen, sieht einen Bedarf an Regelung, wenn es um Selbstbestimmung in der Fürsorge geht, vor allem hinsichtlich eines Diskriminierungsverbots: Eine Altersgrenze z. B. bei der Einwilligungsfähigkeit könne nicht in generellen, abstrakten Kategorien bestimmt werden, sondern fordert Raum für die Einzelfallgerechtigkeit im Sinne eines altersbezogenen Schutzes der Menschenrechte.

Die amerikanischen Philosophinnen Mary V. Rorty (Johns Hopkins) und Anita Silvers (San Francisco) berichten über die auf das Altern bezogene ethische Debatte in den USA. Dort zeigt sich eine generelle Befangenheit, die Bedürfnisse alter Menschen bei diesen selbst zu erfragen. Vielmehr ziehen es Designer und Produzenten vor, sich in einen Alterssimulator zu begeben (Vollkörperanzug mit künstlichen Bewegungseinschränkungen, Produktion von Schwindelgefühl, Sichtbeschränkung etc.), der am MIT in Boston entwickelt wurde. Die US-Bioethik ist vor allem auf das Autonomieprinzip ausgerichtet, nicht zu trennen vom uramerikanischen Individualismus, der bis zur Be- oder Verhinderung der Fürsorge gehen kann, wenn diese an sich notwendig geworden ist. Autonomie ist ein politischer Wert, der durch Gerichte immer wieder legitimiert wird. Die bioethische Literatur ist auf die klinische Ethik ausgerichtet, solange Handlungen gesetzt oder erduldet werden, versagt aber bei chronischem Leiden und Abhängigkeiten. Nur wenige namhafte Forscher (wie z. B. H. R. Moody, siehe dessen Beitrag in diesem Buch) seien hier tätig, die sich der Bioethik im letzten Lebensabschnitt widmen. Auch die USA erwarten eine massive Zunahme an über 65-Jährigen, was für Medicare (öffentliche Krankenversicherung für ältere Menschen) und die Social Security (Sozialversicherung) zum Problem werden wird, doch sind vorausschauende Lösungen höchst uneinheitlich und die Implementierung durch den Föderalismus von vornherein fraglich. Außerdem steht alldem der in der US-Kultur wurzelnde Trend der Altersnegierung entgegen, was wieder durch

die Versprechungen der medizinischen Technologie gefördert wird (Medikalisierung).

Die Versorgungsforscher Nils Schneider und Katharina Klindtworth (Hannover) beleuchten die Palliative Care multimorbider Pfleger aus der Sicht des Alltäglichen und unselektiert Praktischen (Kreislagenkrankungen, Herzinsuffizienz, Demenz und Gebrechlichkeit). Dabei tritt immer wieder zu Tage, dass der Tod von Mitbewohnern der Institution weniger belastend wirkt als ein Mangel an Respekt, an Zuwendung, Zeitaufwand in der Hilfestellung und Kontaktfreudigkeit des oftmals spärlichen Personals. Auf die Willensäußerungen der Patienten sei daher besonders zu achten, auch dann, wenn der präsumptive Patientenwille eruiert werden muss. Hier wird die Problematik der Vorsorgevollmachten, Patientenverfügung und deren Umsetzung in Frage gestellt. Die Autoren widmen breiten Raum den Anliegen der Palliativversorgung – in Deutschland und international – mit der Herausstellung der besonderen Rolle des durch Jahre vertrauten Hausarztes und die Verbesserung der Koordination der an der Pflege beteiligten Berufsgruppen.

Simone Moses, Sozialhistorikerin in Stuttgart, schildert die Hindernisse, die sich über die Jahrhunderte der Entwicklung der Geriatrie zur Spezialdisziplin entgegenstellten. Dabei erstaunt allemal, wie manche Bestrebungen an der Schwelle der Neuzeit durchaus modernen Charakter hatten und sich auf systematische Prävention, Alterskrankheit, Diätetik etc. beziehen – von den 300 Krankheiten des Alters (E. Zerbi, 15. Jahrhundert) über die Makrobioethik (Hufeland, um 1800) bis zur „Geburt“ der Geriatrie (ab 1800, J. Sinclair). Der Reifungsprozess bis zur Gründung von Fachzeitschriften und wissenschaftlichen Vereinigungen sollte aber fast noch eineinhalb Jahrhunderte dauern (Max Bürger, Emil Abderhalden).

Die Philosophen Thomas Rentsch und Morris Vollmann (Dresden) erforschen den Sinn des Alters und der Perspektive der philosophischen Anthropologie und Ethik. Ihr Anliegen ist es, alltägliche Sinnentwürfe aufzuwerten und zur Basis für ein

gutes und glückliches Leben selbst im Alter werden zu lassen, wie Offenheit für Dialog, Familie, Beziehungen (nicht nur zu Fremden), aber auch die Akzeptanz von Begrenztheit. Altern besteht dann in einer Radikalisierung der menschlichen Grundsituation, die – selbst bei Demenz – von der personalen Würde getragen ist und eine eminent praktische Bedeutung für Recht auf Leben, Tötungsverbot, Umgang mit Demenzen und deren Begleitung hat. Die Identität der Person und deren Kontinuität beruht wieder auf dem biblischen Gedanken, dass jeder Mensch – ungeachtet seiner Geschichte – ein von Gott persönlich Gemeinter und Angerufener ist. Dies anzuerkennen erfordert, die Demenz als Thema in die Mitte der Gesellschaft zu holen und den Verlust der Autonomie der Kranken durch Fürsorge zu ergänzen.

Haim Hazan, Sozialanthropologe (Tel Aviv), setzt auch auf die Mobilisierung von Reserven aus der Vergangenheit für ein kohärentes Lebensprojekt im Alter. Der Autor wagt es, das hohe Alter als außerkulturelle Kategorie zu bezeichnen, begründet durch eine Gehör- und Stimmlosigkeit der alten Menschen: Sie sind nicht ausgeschlossen, aber einfach abwesend geworden. Dann wird allein ihr So-Sein zum Anlass für Gerontophobie und zur wechselseitigen Absonderung (Disengagementtheorie).

Der Theologe und Sozialethiker Markus Zimmermann-Acklin (Fribourg) wirft die Frage nach altersbedingten Grenzen bei der Nutzung von Ressourcen des Gesundheitswesens auf. De facto bestehe in manchen Regionen bereits eine implizite Rationierung bei der Visite am Krankenbett, bevor noch explizite gesetzliche Beschränkungen verfügt worden seien. Der Theologe bezieht hier eine eindeutige ablehnende Position und formuliert grundsätzliche Einwände, die von der Diskriminierung des Alters, der verletzten besonderen Schutzwürdigkeit der alten Menschen über die weitgehende Unverfügbarkeit von privaten Zusatzversicherungen bis zur häufigen Diskrepanz von chronischem und biologischem Alter.

Der bereits erwähnte Harry R. Moody, Alters-

ethiker aus San Francisco, rät den Philosophen, die politischen Erwägungen zur Generationenfrage aus der Perspektive der Kohorten und nicht der Altersgruppen zu treffen, also nicht „Jung“ gegen „Alt“, sondern „Jahrgang“ gegen „Jahrgang“ abzuwägen. Dabei vertritt er nachdrücklich den Standpunkt, dass Geburtenrückgang (Antinatalismus) und Überalterung keineswegs negative Auswirkungen auf die Wirtschaft haben müssen, belegt durch Daten aus Europa, Japan und China. Die Gesellschaft (und die Politik) müsse lernen, die Vorteile der Alterung nachhaltig zu nutzen und Vorkehrungen für eine entferntere Zukunft zu treffen – das Prinzip der Gerechtigkeit für die nächsten Generationen, wobei nicht zuletzt die ökologische Verantwortung hier eingebunden ist.

Die Genfer Gerontologin, Ethikerin und Politikerin Astrid Stuckelberger (in zahlreichen Gremien wie WHO, UNO, EU, NGOs in leitender Position) lässt gleich eingangs keinen Zweifel offen, dass sie Alter an sich für keine Pathologie hält, wenngleich spezifische, intrinsische Alterserscheinungen (Abnahme körperlicher und mentaler Leistungsbreite) nicht gelehnet werden. Daher muss die Biogerontologie und die auf ihr gründende Anti-Aging-Medizin (AAM) überprüft werden. Die Autorin stellt das klassische Konzept des Alterns (Resignation) einem Modell des Besser-Alterns (Lebensstilgestaltung) und einer AAM (umfassende, frühzeitige Gesundheitsinformation) gegenüber. Letzteres – eine prä-primäre Prävention auf vielen Ebenen – ist der Autorin ein ethisches Anliegen, das mit allen Feinheiten der modernen Biowissenschaften gewertet und individuell angewendet wird. Die AAM schließt (nach Winstock) alle Maßnahmen ein, welche die mit dem Altern verbundenen Prozesse verlangsamen, stoppen oder sogar umkehren können, geht über die Enhancement-Bewegung (erfolgreiches Altern) hinaus und stützt sich auf aktuelle Entdeckungen der molekularen Biogerontologie, die – ungleich der traditionellen Medizin – bereits im Vor-Vorfeld genutzt werden soll. Was bedeutet das für die Ethik? Die Antwort der Autorin (basierend auf ihrer TA-Swiss-

Studie 2008): Die Gegner der AAM (vorwiegend der Geriater) sollten mit den Grundlagenforschern eine Joint Venture bilden, welche mit den jeweiligen Forschungsergebnissen in skeptischer und verantwortungsbewusster Weise umgeht, bevor sie im Überschlag des Neuen in der Praxis angeboten werden. Sie – die Autorin – brächte tatsächlich die Expertise für die Organisation einer solchen Plattform mit.

Mark Schweda und Anastasia Weiß (Medizinethik, Göttingen) schließen an A. Stuckelberger an und erläutern die biomedizinischen Ansätze der AAM anhand der Hormontherapie und Telomerase-Forschung (Verlängerung der Lebenszeit von Zellen). Sie stimmen in den Chor derer ein, die eine realistische Hoffnung mit Verantwortung verbunden sehen. So ist die ursprüngliche hoch gelobte Hormonersatztherapie im Abdriften begriffen, während der Telomerase-Ansatz noch nicht über Zwischenergebnisse hinausgekommen ist und sich erst in der ärztlichen Fürsorge bzw. im Verbraucherschutz bewähren muss.

Der Kölner Ethiker und Medizinhistoriker Daniel Schäfer wirft noch einmal einen Blick zurück auf Anti-Aging-Methoden der letzten Jahrhunderte (Protogeriatric), wobei eine Pathologisierung des Alters im Zentrum stehe. Über die Naturphilosophie im Altertum gehe eine Entwicklung über die Altersphysiologie hin zu einer Alterspathologie des 17. Jahrhunderts.

Der Freiburger Ethiker Tobias Eichinger formuliert seine Einwände gegen Anti-Aging als Medizin dahingehend, inwieweit eine solche den anerkannten Zielen der Medizin noch entspreche (Linderung, Heilung, Lebensverlängerung basierend auf Prävention, Hilfe beim Sterben und einem friedvollen Tod etc.). Tatsächlich sei die AAM aber nur mehr an Teilbereichen interessiert, die dem individuellen Patientenwillen entsprechen: eine käufliche „handwerkliche“ Leistung, ohne Verpflichtung auf das Wohl des Bedürftigen.

Frank Adloff, Soziologieprofessor (Erlangen-Nürnberg) wirft die Frage der Scham über das Altern auf: Wieweit ist der Mensch verpflichtet, sich

dem Altern zu entziehen und, wenn es nicht gelingt, sich dafür schämen zu müssen, weil er sich nicht der Medikalisierung seines Altwerdens unterworfen hat? Altern wird als Krankheit (womöglich selbstverschuldet) gesehen, die Hochaltrigen werden diskriminiert und weggesperrt. Scham scheint übrigens das stärkste Motiv bei Frauen zu sein, sich diversen teils invasiven Praktiken des Self-Amendments zu unterziehen. Natürliches Altern ist ein sozialer Prozess, der den Blick auf den Körper nicht ausklammern kann. Gerade in diesen Bereich arbeitet sich AAM vor – mit unabsehbaren Folgen.

Den Abschluss bildet der Beitrag von Claudia Bozzaro, Ethikerin in Freiburg, mit einer existenzphilosophischen Reflexion der AAM. Wird durch sie menschliche Endlichkeit verdrängt? Wie viel Anti-Aging verträgt eigentlich der Mensch? Es gehe hier eigentlich immer um den individuellen gelingenden Lebensvollzug. Eine AAM kann das Leiden an der verrinnenden Zeit nicht heilen. Damit bleibt es auch am Einzelnen hängen, in welchem Maße er sich im Laden der AAM bedient, teils unter echter medizinischer Indikation, teils mit einem spielerischem Unterton, wenn nicht sogar Selbstironie.

Hier liegt also ein ernstes, vielschichtiges Buch vor, das zwar nicht als Lebens-, schon gar nicht als Alternshelfer antritt, sondern in vorbildlicher Ausgewogenheit darlegt, welche Trends beim Pro-Anti- und Anti-Anti-Aging existieren und welche Rolle die Medizin dabei einnimmt. Die Besinnung auf Individualität, persönliche und soziale Verantwortung ist mehr denn je gefragt.

F. Kummer

## **Interkulturell kompetent**

**Michael Peintinger**  
**Facultas Verlag, Wien 2011**  
**460 Seiten**  
**ISBN 978-3-7089-0719-2**

In diesem im Facultas-Verlag erschienen Band wird auf rund 460 Seiten EIN Thema behandelt, dem zwei sich verzahnende Phänomene zugrunde liegen: zum einen die immer weiter in den Vorder-

grund tretende biopsychosoziale Zugangsweise der Medizin, zum anderen die Betreuung von immer mehr Patientinnen und Patienten aus den verschiedensten Kulturkreisen und mit den verschiedensten religiösen Bekenntnissen usw. Angesichts dieser immer wichtiger werdenden Aspekte kann das vorliegende Buch nahezu als Pflichtlektüre bezeichnet werden.

Der typisch westliche „kartesianische Dualismus“ zwischen krank und gesund, welcher die „westliche, naturwissenschaftliche“ Medizin (noch immer) dominiert, ist jedenfalls auf dem Rückzug. Dies wird in jedem der nahezu 30 Beiträge des Sammelbandes betont, in denen namhafte Ärzte, Bioethiker, Theologen, Juristen zu Wort kommen. Erfreulicherweise fehlt auch der Praxisbezug für den österreichischen Arzt/die österreichische Ärztin in nahezu keinem Beitrag.

Nach einer Einführung in die Themenstellung des Buches von Michael Peintinger, der auch für mehrere Unterkapitel verantwortlich zeichnet, gibt Karl Hunstorfer in seinem Beitrag einen Aufriss zur grundsätzlichen Problemlage. Er betont, die „Indikation“ zu einer medizinischen Intervention dürfe nicht kurzschlüssig nur anhand eines (ohnehin seitens eines Glaubenssystems des Arztes) vorgeprägten naturwissenschaftlich technischen Erkenntnishintergrundes abgeleitet werden, sondern die grundlegende Werthaltung des Patienten müsse jedenfalls Berücksichtigung finden, wenn eine für beide Seiten befriedigende, dauerhafte wie auch juristisch verantwortbare Behandlung erfolgen soll (einprägsames Beispiel: Ablehnung der Bluttransfusionen durch die Zeugen Jehovas).

In seinem Beitrag über die „Wertanamnese“ des Patienten stellt Michael Peintinger heraus, wie eine gelungene therapeutische Beziehung zustande kommen kann, nämlich durch ein besseres Kennenlernen der fremden wie auch eigenen Grundannahmen und auch Werthaltungen der Weltanschauung und des kulturellen Kontexts, in die Patient wie Behandler eingebettet sind. Es gilt die Biographie, die Krankheitsdeutung des Patienten selbst, seine

Erklärungsmodelle, seine Erwartungshaltung zu erfragen, je nach Kulturkreis auch die Erwartungen seiner Familie, Sippe usw. Dies gilt für ausländische Mitbürger ebenso (vgl. Ethnomedizin - z. B. Traditionelle Chinesische Medizin, TCM) wie für einheimische Patienten. Diese müssen nicht nur komplementären Methoden (traditionell europäische Medizin, Homöopathie) zuneigen. Auch für den klassisch-naturwissenschaftlichen Zugang gilt: Wenn sie sich in ihren eigenen Krankheitsdeutungen ernst genommen fühlen, mögen diese dem Arzt auch fremd erscheinen, so kann sich dies auf Mitarbeit wie auch Patientenzufriedenheit nur positiv auswirken - ein Wertebild des Patienten zu gewinnen, sei demnach ebenso wichtig wie ein Blutbild. Dies ist auch schon rein juristisch zwingend, da etwa die Europäische Menschenrechtskonvention zur Biomedizin (Oviedo) eine Intervention im Gesundheitsbereich jedenfalls erst zulässt, nachdem der betreffende Patient aufgeklärt wurde und in die Behandlung eingewilligt hat.

Dabei verschweigt der Autor nicht Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung, wie etwa die naturwissenschaftlich technisch betonte Strukturierung des Medizinstudiums, die bessere Abgeltung der „Maschinenmedizin“, zunehmende Anforderungen an die Dokumentation usw. Gleichzeitig betont Peintinger, dass mit einigen Grundfragen wie „Was führt Sie zu mir?“, „Was haben Sie bisher gegen Ihren Zustand unternommen?“, „Haben Sie schon jemanden um Hilfe gebeten?“ recht rasch Basisdaten abgefragt werden können, die dem Arzt in der Folge helfen, seine Behandlungspräferenzen mit Worten wie „Das sollte meines Erachtens nach am besten geschehen“, „Wie sehen Sie das?“, „Wie können wir im Hinblick auf dieses Vorhaben jetzt und in Zukunft zusammenarbeiten?“, seine eigenen Wertvorstellungen einzubringen und gleichzeitig in einem partnerschaftlichen Konzept von Medizin einen „informed consent“ zu gewinnen. Dass es auch Patienten gibt, die eine mehr direktiv paternalistische Zugangsweise bevorzugen, kommt ebenfalls zur Sprache, hier ist Fingerspit-

zengefühlgeliebt.

Walter Schaupp geht in seinem Beitrag auf Spiritualität als wesentliches Element der Arzt-Patienten-Beziehung ein und zeigt, dass die besprochenen Konzepte ursprünglich großteils aus der Palliativmedizin stammen. Er beleuchtet weiters den in jüngster Zeit immer mehr in den Vordergrund tretenden Begriff des „spiritual care“, auch dies ein Wegbereiter dieses „dialogischen Medizinmodells“.

In der Folge gehen mehrere Buchbeiträge konkreter auf Erfahrungen mit Migranten ein, etwa am Beispiel des „Schmerzes“, der kulturell höchst unterschiedlich konnotiert ist, auf den Philippinen etwa werde Blindheit als „schmerzhafter“ als eine Verbrennung eingestuft, türkische Patienten neigen zu eher extrovertiertem Präsentationsverhalten (Ganzkörperschmerz), schwarzafrikanische zu introvertiertem, depressive Symptome werden von lateinamerikanischen Patienten oft als Kopfschmerzen beschrieben, Türken verorten sie bevorzugt im Magen-Darm-Trakt, chinesischstämmige Patienten sprechen oft von einer „Allgemeinschwäche“.

Kulturelle Unterschiede sind bis zu den Untersuchungstechniken hin zu beachten, Angehörige gewisser Glaubensrichtungen (Islam, orthodoxes Judentum) bevorzugen bei der Behandlung weiblicher Patienten oft eine Ärztin oder bestehen auf dem Hinzutreten des Ehepartners, ein verschieden stark ausgeprägtes Schamgefühl beeinflusst das Ausmaß der möglichen körperlichen Untersuchungen. Patienten aus dem fernöstlichen Bereich erwarten sich oft eine „starke Behandlung“ mittels Antibiotika, erfolgt diese nicht, wird die Unzufriedenheit darüber dem Arzt aber nicht mitgeteilt, da dies in besagtem Kulturkreis als beschämend gilt. Dass derlei Beispiele immer reichlich schablonenhaft sein müssen und kulturelle Einflüsse oft von sozioökonomischen und höchst persönlichen Faktoren überlagert werden, wird beständig betont.

Beate Wimmer-Puchinger geht in ihrem Beitrag besonders auf die Situation von Migrantinnen ein.

Sie zeigt, dass hier der familiäre Zusammen- und Rückhalt oft ein Mythos ist (Angehörige im Heimatland) und dass speziell bei den Frauen, die oft der Sprache des Gastlandes nicht mächtig sind, der Wunsch nach muttersprachlichem Informationsmaterial besonders groß ist. In einem Exkurs wird auf die Beschneidung der weiblichen Geschlechtsorgane eingegangen, ein Sonderfall, wo die individuelle Patientenpräferenz keine Rolle spielt. Ein solcher Eingriff ist in Österreich in jedem Fall untersagt. Die Diskussion um die Beschneidung von Knaben hatte zum Erscheinungszeitpunkt noch nicht begonnen und wird daher im Buch nicht berührt.

Alfred Prinz widmet sich dem alten Menschen in einem fremden Kulturkreis und „dem Sterben in der Fremde“, Reinhard Topf dem Umgang mit kranken Kindern, zwei sehr kompakte Kapitel, die, wie die meisten des Buches, vorteilhaft bei dem doch recht umfangreichen Werk auch für sich gelesen werden können.

Beschlossen wird das Buch mit einem Überblick über Krankheitskonzepte, Diagnostik und Behandlungen im Umgang mit Patienten der verschiedensten Glaubenssysteme. Zusammenfassend ein Buch, dessen Lektüre den Horizont erweitert, das praktische Arbeiten erleichtert und jedem Arzt empfohlen werden kann.

K. Usar