

## Menschenwürde in der Medizin: Quo vadis?

Jan. C. Joerden, Eric Hilgendorf, Natalia Petrillo, Felix Thiele (Hrsg.)

Verlag Nomos, Baden-Baden 2012

489 Seiten

ISBN 978-3-8329-7044-4

Die als Band 52 der Interdisziplinären Studien zu Recht und Staat erschienene Arbeit einer Forschungsgruppe am Zentrum für interdisziplinäre Forschung in Bielefeld (D) enthält Beiträge von 27 Autoren zum Thema der Menschenwürde im Umfeld neuer medizinischer Technologien. Der Bogen der teils deutsch, teils englisch verfassten Aufsätze spannt sich von der Achtung bzw. Bedrohung der Menschenwürde in Klinik (Frühgeborene) und Pflege (Geriatric, Psychiatrie) über Anwendungen in der forensischen Medizin (Lügendetektoren, Fragen der Zurechnungsfähigkeit) und in der Behandlung neurologischer Erkrankungen (tiefe Hirnstimulation) bis hin zu eher futuristisch anmutenden Szenarien einer Verbesserung oder Aufrüstung des Menschen durch Schönheitschirurgie, Anthropotechniken (genetische Manipulation) und Eugenik. Behandelt werden auch prinzipielle Fragen der Menschenwürde im evangelisch-theologischen und interkulturellen Kontext. Ein von den Herausgebern verfasstes Memorandum am Schluss des Sammelbandes zieht daraus ein leider ziemlich einseitiges Resumé.

Die Vielzahl der angeschnittenen Themen und die große Zahl von unterschiedlich geistig geprägten Autoren vermittelt dem interessierten Leser einen guten Überblick über die verschiedenen heute vorherrschenden Strömungen und Zugänge zur Abgrenzung und Anwendung menschenwürdigen Verhaltens in den verschiedenen Disziplinen. Ausgeklammert bleibt der gesamte vorgeburtliche Bereich, teils wohl, weil er den Rahmen sprengen würde, teils aber auch, weil vorgeburtlichem Leben Würde und Persönlichkeit aberkannt oder zumindest in Frage gestellt wird. Daraus sich ergebende Widersprüche im Umgang mit lebensfähigen Feten und Frühchen gleichen Alters werden besprochen.

Ausgerechnet ein Beitrag über Menschenwürde in China thematisiert, dass Menschenwürde im Anderen zwar mit Füßen getreten, nicht aber vernichtet werden kann. Vielmehr vernichtet der Perpetrator seine eigene Würde. Dass das auch die zentrale christliche Botschaft ist, muss der Leser zwischen den Zeilen erraten, der evangelische Theologe verrät es jedenfalls nicht. Doch habe jeder Mensch – der Dialektik von „justus et peccator“ folgend – ein Recht auf Unvollkommenheit. Daraus kann der Respekt vor behindertem Leben abgeleitet werden.

Ein anderer Ansatz zur Begründung der Menschenwürde kommt aus der Phänomenologie, welche im Gegensatz zur Aufklärung den Menschen als bedürftiges Wesen interpretiert. Den Anderen in seiner Würde anerkennen heißt dann, ihn in seiner Bedürftigkeit zu akzeptieren. Autonomie und Selbstbestimmung als primäre Gründe der Menschenwürde werden so relativiert, was gerade bei der Frage nach der Würde vorgeburtlichen oder behinderten Lebens neue Horizonte eröffnet.

Im Übrigen bewegt sich der Mainstream der Autoren beim Thema Menschenwürde im Umfeld der Autonomie (Kant) und wie diese geschützt bzw. gefördert werden kann. Die ihr zugrunde liegende Willensfreiheit wird damit unvermeidlich ebenfalls – ambivalent – diskutiert. In einem dieser Beiträge klingt an, dass Autonomie auch die Dimension der Selbstverpflichtung beinhaltet. Darin inkludiert ist auch die Pflicht, die eigene Würde zu schützen.

Mehrfach bedauert wird, dass der Begriff der Menschenwürde zu schwammig sei und seine Verankerung im deutschen Grundgesetz kaum noch zeitgemäß. In der Tat wurde der einst einheitliche Fels im Laufe der Zeit zu Kiesel zermahlen, der unserer pluralen Gesellschaft ohne verbindenden Zement keinen Halt mehr bieten kann. Vielleicht sollte dort angesetzt werden, wo Würde auch ihren sprachlichen Ursprung hat: im Begriff der Potenz und damit verknüpft dem aristotelisch-thomistischen Erbe. Das leugnen jedoch alle anglophonen Autoren

und die zunehmende Zahl jener, die ihnen folgen, für die Dignity keine derartige Konnotation besitzt.

Es fällt schwer, in dem Buch einen roten Faden auszumachen. Zu heterogen sind die Themen und vorgegebenen Begründungen. Gerade das aber fordert den Leser heraus, sich selbst ein Urteil zu bilden. Keine leichte Lektüre, aber gewinnbringend für den, der gerne anderen zuhört, um seine eigene Position auf diesem höchst aktuellen und bedeutsamen Gebiet zu schärfen und besser zu fundieren.

W. Rella

### **Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken. Geschichte – Theorie – Ethik**

Monika Bobbert  
mentis Verlag, Münster 2012  
564 Seiten  
ISBN 978-3-89785-796-4

Das vorliegende Buch ist eine am Institut für Geschichte und Ethik an der medizinischen Fakultät in Heidelberg vorgelegte Habilitationsschrift, die einen klaren Schwerpunkt aufweist: historische, empirisch-sozialwissenschaftliche und theoretische Überlegungen zur Ethik der ärztlichen Praxis. Der Titel des Buches trifft streng genommen nur auf die letzten beiden Kapitel der zehn Kapitel zu.

So werden in fast sieben von zehn Kapiteln die Definition und Geschichte von schwerer Krankheit und Behandlungsbegrenzung, sowie die ethischen Normen für medizinische Maßnahmen des „Tuns“ und des „Unterlassens“ erläutert – all dies mit großer Sachkenntnis, einschlägigen Literaturzitate und ansprechender Diktion; vielleicht aber nicht ganz im Sinne dessen, was der Leser sich in diesem Hauptteil des Buches erwartet.

Die Autorin bekennt sich klar zur Ablehnung der intendierten Lebensverkürzung bzw. des assistierten Suizids, wobei sie – wo immer eine Therapiebegrenzung zur Sprache kommt – durchgehend den Ausdruck „Sterbehilfe“ verwendet, jeweils mit dem Versuch einer Präzisierung (aktiv, passiv, indirekt). Wenn schon die Unterscheidung zwischen

Sterbehilfe und Sterbebegleitung nicht explizit vertreten wird, so könnte mehr Raum der Differenzierung jener Handlungen mit Todesfolge gewidmet sein (intendiert? nicht intendiert?). Die kurze Erwähnung im Kapitel der begrifflichen Erklärungen unter Hinweis auf die „Fülle an ethischer Literatur“ aus den letzten 15 Jahren regt das Interesse auf mehr (z. B. zur Frage der bewussten bzw. unbewussten Intention). Die Erwähnung des Begriffspaars „Sterbehilfe-Sterben lassen“ wäre ausbaufähig gewesen.

Vergnüglich zu lesen und auch informativ ist der Rückgriff auf die Ärzte der griechischen Antike und deren differenzierenden Umgang mit chronisch Kranken und alten Menschen. Erschreckend erscheint aber der Umgang mit Sterbenden bis ins 19. Jahrhundert, als diverse Maßnahmen zur „Beschleunigung des Todeseintritts“ sogar gesetzlich verboten werden mussten, weil weit verbreitet.

In Kapitel 3 kommt erstmals die klinische Praxis zu Wort. Hier wird die Bandbreite von Überlegungen und Einstellungen der Ärzte zur Behandlungsbegrenzung dargelegt. Als problematisch und nicht effizient genug beurteilt die Autorin die Patientenverfügung (Akzeptanz in Deutschland wie in den USA etwa 15%) und schlägt sich eher auf die Seite derer, die in Angehörigen die maßgeblichen Entscheidungsstellvertreter sehen.

Die Moral von „Tun“ (Abbrechen einer Behandlung) und „Unterlassen“ (Nicht-beginnen) wird detailliert in Kapitel 6 erörtert (Fakt: beides prinzipiell gleichwertig, wenn auf Sterbenlassen entschieden wird). Es scheint der Autorin aber insgesamt schwer zu fallen, ihre philosophisch-theoretischen Erwägungen näher an die klinische Praxis zu rücken, wie das Kapitel 8 zeigt, in der es über Argumentationsformen um das „Natürliche“ gegenüber dem „Künstlichen“ an Therapien in Todesnähe geht, etwa den Einsatz der PEG-Sonde, die Trink- und Nahrungsverweigerung bei präterminalen Patienten, das fehlende Hunger- und Durstgefühl und das „Einfach-nicht-mehr-Wollen“.

Auch wird die Rolle der „ordentlichen“ und „außerordentlichen“ Mittel angeschnitten, aber ohne

eigene Schlussfolgerung der Autorin. Die Aussagen des katholischen Lehramtes werden erwähnt, doch fehlt gerade jenes Zitat von Johannes Paul II. vom 20. März 2004, in welchem er eine sehr restriktive Haltung zur Therapiebegrenzung bei Wachkomapatienten propagierte und eine wichtige Diskussion über die ärztliche bzw. pflegerische Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme entfachte (eine Bekräftigung seiner Aussage bzgl. Wachkoma erfolgte durch den Vatikan am 6. August 2005).

Zu Recht betont die Autorin, dass die ganze Frage nach „gewöhnlich“ und „außerordentlich“ nur im Lichte der Zielsetzung gesehen werden dürfte (Palliation? Lebensverlängerung? etc.).

Die Autorin wird im 9. Kapitel sehr konkret, wenn es um die Kommunikation zwischen dem Handlungsteam und Angehörigen geht. Hier erscheint sie in ihrem ureigensten Element: das Projekt des Arbeitskreises Ethikkonzil (AKEK), das vor 15 Jahren aus einem Anlassfall heraus begründet wurde (Bottom-up) und sich steigender Akzeptanz zu erfreuen scheint (zunächst Seelsorger, dann Stations- und Fall-bezogene Konsultationen eines interdisziplinär besetzten Teams). Die Beschreibung des praktischen Vorgehens erweckt allerdings leichte Beklommenheit angesichts des streng reglementierten Ablaufs von Erhebung, Diskussion, Einbindung von Expertenmeinungen etc., ohne den Verweis auf Evaluierung, Erfahrungsberichte oder gar bereits vorhandene Statistiken.

Die Schwächen des Buches: der oft sinnstörende Druckfehlerteufel, die Unausgewogenheit zwischen den drei Themen und das Fehlen eines Stichwortverzeichnisses (für die große Zahl von höchst unterschiedlichen Begriffen).

Zu rühmen ist allemal der große Einsatz der Autorin für eine umfassende Darstellung eines hochbrisanten Themas der klinischen Praxis, mit durchaus wertvollen (wenn auch breit elaborierten) Ausblicken in die verwandten Bereiche der Medizingeschichte und Philosophie.

F. Kummer

## **Spiritualität und Gesundheit. Ausgewählte Beiträge im Spannungsfeld zwischen Forschung und Praxis**

René Hefti, Jacqueline Bee (Hrsg.)

Peter Lang-Verlag, Bern 2012

242 Seiten

ISBN 978-3-0343-1168-7

Das Buch umfasst zehn Beiträge, die am Europäischen Kongress für Religion, Spiritualität und Gesundheit (2008 und 2010) präsentiert wurden. Sie widmen sich dem Zusammenhang von Spiritualität und Gesundheit, dessen Bedeutung außerhalb des akademischen Raumes einigermaßen anerkannt ist. Allerdings gibt es keine allgemeingültige Definition von Spiritualität, was dazu führt, dass dieser Begriff und die durch ihn bezeichnete Dimensionen des Menschlichen in der modernen Medizin, die sich empirisch-methodisch nur mit dem Messbaren beschäftigt, kaum relevant wird. Die Begriffe Religion oder Religiosität sind hier klarer. Einige Autoren verwenden Religiosität und Spiritualität als Synonyme, andere meinen, Spiritualität müsse nicht an Religion gebunden sein. In einer säkularisierten Gesellschaft scheint die Wissenschaft die Chiffre Spiritualität eher verwenden zu wollen, um nicht in die Nähe der Religion zu kommen. Hier liegt ein Unterschied in der Auseinandersetzung in den USA und in Europa.

In Übersee hat man im Gegensatz zum Alten Kontinent weniger oder überhaupt keine Hemmungen, über Religion in einem naturwissenschaftlichen Kontext zu sprechen. Das zeigt Harold G. Koenig von der Duke University in Durham, North Carolina in seinem Beitrag, der zu den prominentesten Forschern in den USA in diesem Gebiet gehört. Religion sei eine wichtige Hilfe in der Verarbeitung negativer Erlebnisse, darunter auch von Krankheit. Dazu wurde in der englischen Literatur der Begriff Religious Coping (RC) geprägt. Koenig hat die Relevanz von Religiosität in über 3.000 veröffentlichten quantitativen Studien untersucht. Der gesundheitsfördernde Einfluss von Religiosität z. B. bei verschiedenen psychischen Krankheiten wie Depression,

Selbsttötung, Angst und Sucht ist eindeutig, aber auch bei Herzkrankheiten oder bei Störungen des Immunsystems festzustellen. Ebenso fanden der Psychiater und sein Team einen hohen Einfluss von Religiosität auf Wohlbefinden, Optimismus und Lebenssinn. Weitere Studien zeigten den Einfluss von Religion auf soziale Werte, Partnerschaftsstabilität, Delinquenz und dergleichen. Koenig unterstreicht, dass noch viel Forschung notwendig sei, um in der Relation zwischen Religiosität und Gesundheit auch mögliche Kausalitäten herauszufinden.

Klaus Baumann (Freiburg) stellt in seinem Artikel fest, dass die Religiosität der Patienten in der Psychiatrie und Psychotherapie kaum beachtet wird. Er zeigt aber, dass sich eine neue Entwicklung abzeichnet, der Sichtwechsel in den USA könnte auch bald auf Europa übergreifen. Diese Entwicklung wird – so Baumann – noch weiter gehen, wenn die Forschung besonders auf die Schnittstellen von Psychiatrie und Religion fokussiert wird, denn hier gäbe es in beiden Bereichen viele überlappende, ja sogar gemeinsame Begriffe. Der Schweizer René Hefti, Leiter des Forschungsinstitutes für Spiritualität und Gesundheit und Mitherausgeber des Buches, geht der Frage nach, ob sich empirisch ein Zusammenhang zwischen Glaube und Depression dokumentieren lasse und falls ja, welche Wirkung dann vorherrschend: die salutogene oder die depressiogene Wirkung? Hefti fand dazu über 150 wissenschaftliche Arbeiten sowie eine Metaanalyse neuerer Datums, die Schlüsse zu seiner Fragestellung erlaubten. Sein Ergebnis: „Höhere Religiosität in Form von religiösem Engagement, Gottesdienstbesuch, intrinsischer Religiosität sowie positivem religiösen Coping“ geht mit einer niedrigeren Depressionsrate einher. Strenge, angst- und schuldbesetzte Formen der Religiosität sind davon auszunehmen. Außerdem lässt sich belegen, dass religiöse Menschen nicht nur weniger depressiv sind, sondern auch schneller genesen. Für Hefti eröffnen diese Befunde eine neue Perspektive für die Therapie.

Der Berner Professor für Herzchirurgie, Thierry Carrel, schöpft aus dem Fundus seiner langjährigen Erfahrung, wenn er anhand kli-

nischer Fallberichte aus seiner Praxis Beispiele für die heilende Kraft des Glaubens gibt: „Religion oder Religiosität können, wahrscheinlich mehr als irgendeine andere Kraft, engste Interferenzen und Wechselwirkungen mit dem Erleben der Krankheit auslösen“. Die heute überzogene naturwissenschaftliche Ausrichtung der medizinischen Versorgung hat den Raum für Religion und Religiosität, den die Krankenpflege schon immer gehabt hat, stark eingeengt und damit wichtige Bedürfnisse der kranken Menschen vernachlässigt.

Die Schweizer Psychoonkologin Monika Renz stellt die Frage: Psychotherapie oder Seelsorge? Ihre Antwort: Angesichts der Tatsache, dass Spiritualität so viel bewirken kann, hält sie die spirituelle Begleitung der Kranken und Sterbenden für alles andere als nebensächlich. Gleichzeitig sei ernsthafte Begleitung meist auch nicht möglich ohne ein gutes Stück psychotherapeutisches Fachwissen.

Schließlich sei exemplarisch noch kurz auf die Botschaft des Artikels des Bremer Religionswissenschaftlers Peter Kaiser eingegangen. Sie wäre sehr überraschend, würde man nicht berücksichtigen, dass sie eine typische europäische, szientistische und stark reduktionistische Position bezieht: Aus der Perspektive der Ergebnisse der kognitiven und evolutionären Religionsforschung sei der religiöse Glaube eine zwangsläufige Konsequenz der Gehirnentwicklung. Vermutlich wollte die Projektleitung mit diesem Beitrag eine Offenheit der Positionen signalisieren, die von jenen der Mehrheit der Autoren abweichen.

Diese lesenswerte Publikation bestätigt, was eingangs gesagt wurde: Vom Mainstream der Gesundheitswissenschaften, vor allem in Europa, wird die spirituelle bzw. religiöse Komponente bei Krankheit nicht beachtet. Dass es zur Publikation des Buches kam, könnte als Zeichen eines langsamen Umdenkens angesehen werden.

H. Weiden