

Imago Hominis

BAND III/Nr. 2 • 1996 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 73

AUS AKTUELLEM ANLASS

JOHANNES PAUL II

Zur Problematik von Freiheit und Wahrheit in der Wissenschaft 75

P. SCHEPENS

Überlegungen zur Euthanasiepraxis in Holland 77

FOCUS

J. VILAR

Was ist der Schmerz? 89

SCHWERPUNKT

Lebensqualität - Behandlungsabbruch

J. BONELLI

Grenzen des ärztlichen Heilauftrages - Überlegungen zum Behandlungsverzicht 101

E. PRAT

Lebensqualität als Entscheidungskriterium 107

W. SCHWEIDLER

„Lebensrechts-Debatte“ und Menschenrechte ... 117

FALLBERICHT

„Der Ausnahmestand“ 125

F. MONGE *Kommentar zum Fall* 126

NACHRICHTEN 129

*Zunehmender Drogenkonsum bei holländischen Schülern * Sind Ärzte keine Humanisten mehr? * Bedürfnisse der Sterbenden erkennen * USA kürzt radikal Zuschüsse zu internationalen Familienplanungsprogrammen * Euthanasie bei AIDS-kranken homosexuellen Männern * Abtreibungspolitik in den USA * Produktion tiefgefrorener Embryonen stoppen * Alternativmedizin am Beispiel Australiens*

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 132

BUCHBESPRECHUNGEN 134

IMPRESSUM 142



DVR: 002987(017)

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN

ISSN
1021-9803

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE - Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES
INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN

ISSN
1021-9803

DER Begriff „Lebensqualität“ wird gerne als Bewertungskriterium herangezogen. Auch in der Medizin wird damit hantiert und häufig hat er bewirkt, daß so manche Behandlungsstrategie hinterfragt wurde. Gerade in den Bereichen der Behandlung der sogenannten „malignen Erkrankungen“, also jenen, die eigentlich nicht heilbar sind, hat die Bedachtnahme auf die Lebensqualität des Patienten zu einem humaneren Vorgehen geführt. „Heroische“ Eingriffe oder Therapieschemata sind gelegentlich ja nichts anderes als ärztliche Selbstbestätigung, und der Triumph der Medizin, Leben erhalten zu haben, wird vom Patienten mit Leidensverlängerung teuer bezahlt. Die Neonatologie sucht ebenfalls in der voraussehbaren Lebensqualität eine Entscheidungshilfe in schwierigen Situationen. Dabei wird nicht nur die Lebensqualität des Kindes, sondern auch die der Familie beachtet. Damit wird aber schon deutlich, daß Lebensqualität als Begriff ein zweischneidiges Schwert ist, vor allem wenn man sie (wie es mancherorts geschieht) zum Maßstab für die Sinnhaftigkeit des Lebens selbst nimmt.

Einerseits muß gesagt werden, daß eine stark subjektive Komponente mitschwingt. Was dem einen gefällt und gut tut, muß nicht auch gleich für den anderen das Gute sein. Häufig ist sogar das Gegenteil der Fall. Das führt dazu, daß der Begriff kaum präzisierbar, und sein Gebrauch erschwert ist.

Auf der anderen Seite muß man sich aber prinzipiell fragen, ob eine bestimmte, mit der Zeit auch wandelbare Qualität, zum ausschlaggebenden Kriterium für Sinn oder Nichtsinn erhoben werden kann. Ist die Sinnhaftigkeit eines menschlichen Lebens an Situationen, Umstände, Äußerungen etc. gebunden? Kann man davon ausgehen, daß „Äußerlichkeiten“ über Wert und Unwert des menschlichen Daseins

entscheiden? Das Dasein des Menschen ist in einen zeitlichen Rahmen eingespannt, in einen Ablauf, der sich jeweils höchst individuell gestaltet, einzigartig und unwiederbringlich. Entgegen praktischen Auffassungen, daß dem Genuß höchste Bedeutung zukommt, muß man sagen, wer das Leben in seiner Fülle auszukosten vermag, stößt nicht bloß auf Lust – sondern auch auf Leidvolles. Es gibt eben eine Zeit für „alles“ – und alles hat seine Zeit und seinen Sinn. Die Utopie von ewiger Jugend und Gesundheit ist im wahrsten Sinn des Wortes unmenschlich. Das menschliche Dasein geht nicht ohne Begrenzungen und Begrenztheiten ab, die jedoch ihren Bedeutungsgehalt haben. Ihre Entschlüsselung kann oft mühsam und hart sein. Krankheit und Leid werden primär immer als Unbehagen in der ganzen Person erlebt. Sobald sie sich aber ein- und zuordnen lassen, verlieren sie einen Teil ihrer Last. Diese Bewußtmachung geschieht häufig in einem Prozeß, in dem die Anteilnahme der Angehörigen, der Ärzte und des Pflegepersonals eine wesentliche Rolle spielen. Im gemeinsamen Ringen um Wert und Sinngehalt offenbart sich die menschlichste Seite des Beistandes. Und im Annehmen der Krankheit – das heißt nicht in der Resignation – liegt eine weitere humane Größe. Bekanntlich stehen die Einstellungswerte an oberster Stelle in der Hierarchie der Wertekategorien. Schöpferisches und Erlebniswerte sind im Vergleich dazu zweitrangig.¹

Der bloße Hinweis auf Lebensqualität, bei Nichtberücksichtigung der eben geschilderten Wirklichkeit, ist platt, weil er der Wahrheit des Menschen nicht gerecht wird. Seine Wurzel ist in einer hedonistischen Weltanschauung zu suchen. Wer hingegen dem christlichen Menschenbild den Vorrang einräumt, muß seinem Handeln eine andere Werteskala zugrunde legen. Das Sein hat absoluten Vorrang vor dem

Haben und demzufolge die Person vor den Dingen.²

Die hier angeschnittenen Fragen sind nicht bloß theoretisch und ohne Relevanz für den Alltag. Früher oder später sieht sich jeder und im besonderen der Arzt damit konfrontiert. Der gängige Zeitgeist liefert oftmals erschreckende Antworten. Man denke nur an die zunehmende Brisanz der Euthanasiedebatte, die mancherorts bereits in der Praxis Fuß fassen konnte.³ Wie sehr dieses Gedankengut auch in unserem Land die Vorstellungen infiltriert, zeigt eine Befragung von 1.500 Studenten in Wien, die im vergangenen Herbst durchgeführt wurde. Für 65% der Befragten ist Euthanasie auf Verlangen des Patienten durchaus denkbar. 58% sind der Auffassung daß geistige Behinderung das Leben sinnlos werden läßt, und für 81% hat ein solches Leben in Invalidität keinen Wert.⁴

Ob hiermit bereits die Zukunft festgelegt ist? Wir hoffen das nicht. Kein anderer wie der Arzt setzt sich so intensiv mit dem Wunder des Lebens und der Würde der leib-seelischen Personalität des Menschen rationell auseinander. Aber es täuschen auch die Gefühle nicht, wenn man angesichts des zaghaften Lächelns eines behinderten Kindes dessen Würde intuitiv erfaßt. Sogar dem vielleicht schwachen, aber in-

nigen Händedruck eines Moribunden in seinen letzten Augenblicken kann ein großer Wert abgerungen werden. Entgegen allen Aufforderungen, die aus den Reihen der Philosophen, Soziologen und leider bestimmter Theologen⁵ kommen, das Sterben „humaner“ zu gestalten, so wie es etwa in Holland bereits praktiziert wird, sollte sich die Ärzteschaft berufen fühlen, der Gesellschaft die Wahrheit über den Menschen wieder in Erinnerung zu bringen. Kein Mensch ist dazu aufgefordert, über lebenswert oder unwert zu urteilen. Nicht einmal in bezug auf das eigene Leben ist das möglich. „Niemand von uns sollte sich täuschen: Wer die Menschheit spaltet, kann nicht sicher sein, in welchem Lager er selbst schließlich landen wird“.⁶

(Die Herausgeber)

Referenzen

1. Vgl. FRANKL V., „Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn“, Serie Piper, München-Zürich 1985, S 240
2. Vgl. JOHANNES PAUL II., Evangelium vitae Nr.98
3. Vgl. Kathpress Info Nr.87, 14.4.1996; laut Statistik sterben in den Niederlanden jeden Tag zehn Menschen durch ärztliche Hand.
4. Vgl. Studentenbefragung der KHG Wien, durchgeführt vom 2.10.-14.10.1995
5. Vgl. Kathpress Info Nr.87, 14.4.1996
6. Vgl. SCHWEIDLER, IH2/96, S121

Zur Problematik von Freiheit und Wahrheit in der Wissenschaft

Auszug aus einer Ansprache von Johannes Paul II. am 17. Februar 1996

DER wissenschaftliche und technologische Fortschritt stellt den Menschen täglich überraschenden Entdeckungen gegenüber, die seine Bewunderung hervorrufen und ihn zugleich veranlassen – manchmal mit Bestürzung –, nach dem Unvorhersehbaren der Zukunft zu fragen. Er entdeckt immer mehr, daß die ethische Dimension der auf das Leben ausgerichteten Forschung ein unentbehrliches Gut ist, um sein eigenes Überleben sicherzustellen.

Die Bioethik, die am Kreuzungspunkt großer menschlicher Wirklichkeiten, wie denen von Person, Familie, sozialer Gerechtigkeit und Umweltschutz, steht, weiß, daß sie, um die Achtung vor der Natur gemäß den ethischen Forderungen einer humanistischen Kultur zu garantieren, Fragen aufzugreifen hat, die die Grenzen des Lebens selbst berühren. Von den Beiträgen der juristischen, der sozial-ökonomischen und der Umweltdisziplinen und vor allem von denen der Anthropologie Gebrauch machend, hat sie die Aufgabe, der Welt der Medizin, der Politik und der Wirtschaft wie auch der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit die moralische Ausrichtung aufzuzeigen, die der menschlichen Tätigkeit und der Planung für die Zukunft das Gepräge geben soll.

Themen wie Gentechnik, Achtung vor dem menschlichen Genom, verantwortliche Weitergabe des Lebens sind – ebenso wie die Definition der Aufgaben und Ziele der Organisation des Gesundheitswesens und die mit biomedizinischen körperlichen Eingriffen beim Kranken und beim Sterbenden verbundenen Probleme – Gegenstand nicht nur kultureller und wissenschaftlicher Debatte, sondern lenken immer mehr die Aufmerksamkeit nationa-

ler Parlamente und internationaler Versammlungen auf sich – wie vor einiger Zeit bei den Konferenzen von Kairo, Kopenhagen und Peking deutlich wurde.

Angesichts des großen Umfangs und der Vielfalt der Fragen, die von den biomedizinischen Wissenschaften gestellt werden, wird in unserer heutigen Kultur der Anspruch auf zuverlässige Führer und vertrauenswürdige Lehrer immer dringlicher. Darum scheint es unbedingt notwendig, daß die Bioethik über die ontologischen und anthropologischen Wurzeln der Normen nachdenkt, an denen sich Entscheidungen von so ausschlaggebender Bedeutung ausrichten müssen.

Zu beachten ist in diesem Bereich, was die Offenbarung und, als Hüterin und Interpretin der Offenbarung, das Lehramt der Kirche zur bioethischen Forschung beigetragen haben. Wie das II. Vatikanische Konzil sagt, „klärt sich nur im Geheimnis des fleischgewordenen Wortes das Geheimnis des Menschen wahrhaft auf“ (*Gaudium et spes*, 22). In der Tat wird die entscheidende Antwort auf jede Frage des Menschen, insbesondere auf seine religiösen und moralischen Fragen, von Jesus Christus gegeben, ja Christus selbst ist die Antwort (*Veritatis splendor*, 2).

Hervorgegangen aus der trefflichen Absicht, gegenüber den ungeheuren Umwandlungskräften, die von der wissenschaftlichen und technologischen Forschung vorgebracht werden, das Überleben und die Entwicklung der Menschheit sicherzustellen, ist die Bioethik der bevorzugte Bereich für einen aufrichtigen und nutzbringenden Dialog zwischen der Kirche und der Wissenschaft. Tatsächlich können ja in der

Wahrheit über den Menschen und in seiner ontologischen Würde, wie sie von der Vernunft erkannt und von Christus voll offenbart ist, angemessene Antworten auf die ethische Frage gefunden werden, die sich aus der Genetik, aus den Vorgängen der Fortpflanzung, aus dem Leben, das dem Tode nahe ist, aus den Problemen der Umwelt und jenen über die Zukunft der Menschheit ergibt. Zu dieser Forschung möchte die Kirche den ihr eigenen Beitrag anbieten, wie sie es kürzlich mit den Enzykliken „*Veritatis splendor*“ und „*Evangelium vitae*“ getan hat, womit sie in einer vom Glauben erleuchteten Anthropologie und einer auf der transzendenten Würde des Menschen beruhenden Moral die tragfähige Basis für eine metaphysisch und sozial großzügig angelegte Bioethik aufwies.

Bei allem Respekt vor der legitimen Autonomie der wissenschaftlichen und philosophi-

schen Forschung fordert die Kirche die Wissenschaftler auf, stets aufmerksam auf die tiefsten Ansprüche der Menschheit zu hören und Lösungen vorzuschlagen, die dem Menschen und seiner Bestimmung volle Achtung zollen. Diejenigen, die auf diesem schwierigen Gebiet arbeiten, dürfen nicht Angst haben vor der Wahrheit über den Menschen, die die Kirche im Auftrag Christi unermüdlich verkündet. Die ehrliche und konstruktive Gegenüberstellung mit einer vom Glauben inspirierten Anthropologie wird dazu führen, die Zukunft für die Menschheit nicht auf dem Sand des moralischen Relativismus aufbauen zu wollen oder nach kurzlebigen, nützlichkeitsorientierten Übereinkünften zu planen, sondern sie auf sichere und objektive Fundamente zu stellen, die unweigerlich die Festigung einer dem menschlichen Leben gegenüber aufnahmebereiteren Welt begünstigt.

Überlegungen zur Euthanasiepraxis in Holland

Philippe SCHEPENS

Viele fragen sich, warum gerade in Holland die Euthanasie als eine Art „gute Medizin“ wahrgenommen und akzeptiert wird.

Wie kommt es, daß die Holländer, und insbesondere die holländischen Ärzte, der Euthanasie mutmaßlich mit mehr Wohlwollen gegenüberstehen als andere Europäer oder Bürger der westlichen Welt?

Zunächst muß man den Begriff Euthanasie definieren. Die Art und Weise, in der in den Medien und in bestimmten Expertenkreisen über Euthanasie gesprochen wird, wirkt häufig schreckenserregend und zwar deshalb, weil in diesen Kreisen nur allzu oft unterschiedliche Meinungen und Handlungsweisen verteidigt werden. Schon allein die Unterscheidung zwischen der sogenannten *aktiven* und *passiven* Euthanasie beweist meines Erachtens einen totalen Mangel an Einsicht in die Problematik der Medizin gegenüber dem Kranken und seinem Tode. Man wagt es, Fälle wie Mord durch abrupten Abbruch der Behandlung unter dem Decknamen „*passive Euthanasie*“ mit anderen Handlungen, die die geläufige gute ärztliche Praxis ausmachen, zusammenzubringen. Der Entschluß, eine bestimmte Behandlung (wie z.B. die Cytostatika zur Bekämpfung bösartiger Tumore) bei Sterbenden zu unterbrechen, ist Teil einer guten medizinischen Praxis. Und doch wird gelegentlich ein solcher Fall mit „*passiver Euthanasie*“ bezeichnet. Man stellt diese Vorgangsweise auf dasselbe Niveau wie das Vorenthalten von Essen und Trinken bei Sterbenden.

In beiden Fällen wird der Übergang zum Tode beschleunigt; aber eine sinnlose und aggressive Behandlung zu verweigern, von der man im voraus weiß, daß sie erfolglos sein wird, ist ohne Zweifel völlig verschieden von der Tatsache, einem Sterbenden die nötige Pflege (wie Essen und Trinken) zu verweigern.

Die Bezeichnung „*Passive Euthanasie*“ wurde übrigens zuerst von den Verfechtern der *aktiven Euthanasie* erfunden und angewandt, d.h. von Personen, die sich das Recht vorbehalten, andere Menschen vorsätzlich zu töten und dies nach eigenem Ermessen und unter immer lässigeren Umständen tun. Sie können unter dem Namen „Euthanasiasten“ gruppiert werden.

Wir wollen uns deshalb an die folgende Definition halten: Ein Arzt begeht Euthanasie, wenn er vorsätzlich das Leben eines Patienten beendet, wie z.B. durch Verabreichung chemischer Mittel oder durch die Verweigerung lebenswichtiger Substanzen wie Sauerstoff, Essen und Trinken.

Kurzgefaßt: Bei einem Kranken die Euthanasie anzuwenden, heißt ihn durch medizinische Handlungen oder das Verweigern lebensnotwendiger Bedürfnisse zu töten.

Die „World Medical Association“ hat aus Anlaß ihrer Generalversammlung 1987 in Madrid folgendes festgestellt: „Das Leben eines Patienten – selbst auf sein oder seiner Familie ausdrückliches Verlangen hin – durch eine vorsätzliche Handlung zu beenden, ist nicht vereinbar mit der medizinischen Ethik. Das soll jedoch den Arzt nicht daran hindern, den Willen des Patienten zu respektieren, dem Sterbeprozess während der Endphase seinen normalen Lauf zu lassen“.¹

Historische Entwicklung:

Bestimmte Kranke zu töten, ist eine kollektive Handlungsweise des Volkes, die schon seit langem besteht. Schon während der Renaissance kommen Stimmen in diese Richtung auf.

In seinem Buch „*Utopia*“² schildert Thomas MORUS das Folgende: Wenn ein Kranker unheil-

bar ist und leidet, oder sein körperlicher Verfall solche Ausmaße annimmt, daß es nicht mehr menschlich ist ihn zu betrachten, dann ist es besser, daß der Arzt das Leben dieses Kranken beendet.

Francis BACON wiederholt diesen Ansatz in seinem Buch „*Advancement of Learning*“³ (1605) in dem Kapitel „*De Euthanasia Exteriore*“. Aber die bekannteste Bestätigung ist zweifellos die von Martin LUTHER, der nicht zögerte, während seiner Tischreden (in einem Gespräch mit dem Prinzen von Anhalt, in Anwesenheit des Kurfürsten Johann Friedrich von Sachsen) die Euthanasie an Kindern mit ernststen Mißbildungen zu rühmen. „Wenn ich da Fürst oder Herr wäre, so wollte ich mit diesem Kind in das Wasser, in die Moldau, so bei Dessau fließt, und wollte das Homicidium daran wagen!“⁴

Wir stellen fest, daß die Bewegung zu Gunsten der Euthanasie Ende des vergangenen Jahrhunderts und Anfang dieses Jahrhunderts ihre festen Formen annimmt, und zwar hauptsächlich in den Ländern anglo-sächsischer Kultur und denen der deutschen Sprache.

Der erste, der dieses Thema wieder aufgriff, war S.D. WILLIAMS in seinem Essay, genannt „*Euthanasia*“⁵ Dieser Essay wurde innerhalb von 5 Jahren 4 Mal neu gedruckt.

In den deutschsprachigen Ländern richten wir unsere Aufmerksamkeit vor allem auf das Buch des Juristen A. JOST „*Das Recht auf den Tod – Soziale Studie*“⁶.

Es war die monistische Bewegung, hauptsächlich durch den Zoologen Ernst HAECKEL inspiriert, die den Grundstein zur heutigen Konzeption der Euthanasie und vor allem ihrer sozialen und politischen Dimension legte.

In seinem Buch „*Natürliche Schöpfungsgeschichte*“⁷ und insbesondere in „*Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über Biologische Philosophie*“⁸ plädiert HAECKEL für die Euthanasie Geisteskranker; eine nutzlose Last für die Gesellschaft. Die Krebskranken, sowie alle Kranken, die eine Quelle der Traurigkeit und

medizinischer Unkosten für ihre Umgebung bedeuten, sollten ebenfalls eliminiert werden.

HAECKELS Ideologie war nicht nur das Fundament der Nazibewegung in Deutschland, sondern inspirierte noch andere und sogar Zeitgenossen wie z.B. den französischen Gynäkologen Pierre SIMON in seinem Buch: „*De la Vie avant Toute Chose*“⁹ (Das Leben als höchster Wert aller Dinge) und den Herausgeber von „*California Medicine*“¹⁰. Beide vertraten die Meinung, daß der jüdisch-christlichen Ethik ein Ende gesetzt werden müsse.

Die Nazis und mehrere unserer Zeitgenossen, vor allem amerikanischer Herkunft, wurden außerdem durch ein anderes Werk mit demselben Gedankengang inspiriert, und zwar durch das Buch des Philosophen und Juristen Karl BINDING und des Psychiaters Alfred HOCHÉ („*Die Freigabe zur Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*“¹¹).

Wie der niederländische Arzt I. VANDERSLUIS zurecht deklamierte¹², waren es schließlich die kollektivistischen Ideen, die den fruchtbaren Boden für den Euthanasiasmus boten.

Das Aufkommen des „*Dritten Reiches*“ war die Krönung des Euthanasiegedankens. In der Tat, zum ersten Mal in der Geschichte wurde die Euthanasie von einer legalen Regierung als integraler Bestandteil der Gesundheitspolitik akzeptiert, wobei man jedoch mehr oder weniger versuchte, dies vor der Bevölkerung geheimzuhalten. Hat Adolf HITLER nicht erklärt: Deutschland sei die erste Biokratie¹³ der Welt? Leider hatte er hiermit nur zu recht: Die Grausamkeiten, die hieraus hervorgingen, sind weltbekannt, da Deutschland den Krieg verlor. Es ist die Verachtung gegenüber dem menschlichen Leben, die 1948 zur Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte führte¹⁴. Die Welt wollte hiermit die Wiederholung der Ereignisse, die sich in Deutschland abgespielt hatten, verhindern. *Jene, die aus den Geschehnissen der Geschichte nichts lernen, sind dazu verdammt, ihre Irrtümer zu wiederholen*, wie einst ein großer Historiker verkündete. Leider ist all dies

die Folge eines allgemeinen Denkschemas, das sich nicht nur auf Deutschland oder deutschsprachige Länder beschränkt. Der Beweis hierfür wird uns in den aktuellen Ereignissen gegeben. Tatsächlich befinden sich die großen Promotoren dieser Idee eher in Holland, England und den Vereinigten Staaten als in den deutschsprachigen Ländern.

Verbreitung des Euthanasiegedankens:

Die Art und Weise, mit welcher die Promotoren der Euthanasie der holländischen Gesellschaft ihre Ideen aufgezwungen haben, gleicht übrigens auf eine verblüffende Art den in der Vergangenheit und noch heute täglich praktizierten Methoden in anderen westlichen Ländern. Wir stellen fest, daß – wie überall – der „harte Kern“ der Euthanasiasten in den Kreisen der weltlich gesinnten Humanisten, der sogenannten „Freidenker“, wiederzufinden ist, das heißt in einem ebenso intellektuellen wie atheistischen Milieu. Die Folgen hiervon sind logisch, denn wenn der Mensch Gott aus seinem Leben und seinen Taten verbannt hat, dann wird er für sich selbst zum höchsten Wert. Sollte diese Sublimität in einem für ihn zu hohen Maße angetastet und vermindert werden, dann ersehnt er sein eigenes Ende, denn er lebte und lebt doch ausschließlich in der Funktion seines „Eigenen Ichs“, seine Mitmenschen nur aus Notwendigkeit dulnd. „*L'enfer c'est les autres*“, wagte Jean Paul SARTRE zu sagen.

Nun aber kann behauptet werden, daß für diese „weltlich gesinnten Humanisten“ das wichtigste Gut des Menschen die Gesundheit ist. Man kann unverzüglich den hohen Grad an Bedeutung feststellen, der unter diesen ideologischen Umständen der Ausübung der Medizin beigemessen wird, so wie Professor Emmanuel LÉVINAS aus Paris sagte: *Der Arzt ist der Levit der säkularisierten Gesellschaft geworden*. Er übernimmt mehr und mehr die Funktion des Geistlichen. So scheint es von nun an die Aufga-

be der Medizin zu sein, eine Leere zu füllen, entstanden durch die Weigerung des modernen Menschen länger die Existenz eines allmächtigen Gottes zu akzeptieren. In seinem Buch „*Médecine et Éthique*“¹⁵ sagte Emmanuel HIRSCH hierzu folgendes: „*Bis jetzt wünschten sich die Menschen die Unsterblichkeit der Seele, und es war die Aufgabe der Geistlichen, ihnen diesbezüglich beizustehen. Heute verlangen sie nach der Unsterblichkeit ihres Leibes und richten sich dementsprechend an die Medizin. Man könnte von nun an die Ärzte als „neue Priester“ bezeichnen, da die Fähigkeit, den Menschen neue Hoffnungen zu überbringen, nun in ihren Händen liegt. Wir können daher von einer wissenschaftlichen Religion sprechen.*“

Auf diese Weise beginnt der Einflußbereich der Medizin plötzlich unglaubliche Ausmaße anzunehmen. „*Noch nie hat der Arzt über so viel Macht verfügt*“ erklärt Emmanuel HIRSCH¹⁶.

Der Arzt überschreitet seinen hippokratischen Aufgabenbereich, Kranke zu heilen, indem er sie „auf seine Weise vertröstet“, wenn er sie nicht mehr heilen oder ihnen auch sonst keine konkreten Hoffnungen auf eine Besserung ihres Zustandes mehr machen kann. Der Arzt entwickelt sich mehr und mehr zu einem Richter über Leben und Tod und wird zu einer Art „*Hohepriester*“ der Gesundheit.

Er ist jedoch nicht imstande, eine so unermesslich große Macht allein auszuüben. Er ist gezwungen, bei der Kaste, die – de jure – die politische Macht besitzt, Unterstützung zu suchen. Der Arzt hat einen sehr konkreten Anteil an der Macht der Politik. Um dies zu veranschaulichen, berufe ich mich auf Werke gewisser weltlicher Humanisten: Schon HAECKEL lenkte die Aufmerksamkeit auf die Macht des Arztes als Vollstrecker staatlicher Beschlüsse. Aber es ist Pierre SIMON, der in seinem Buch „*De la Vie avant Toute Chose*“¹⁷ (Das Leben als Maßstab aller Dinge heutzutage) die Rolle des Arztes als eher im Dienste der Gesellschaft als des Individuums stehend beschreibt. Edgar MORIN drückt sich zu demselben Thema fol-

gendermaßen aus: „Die Macht und die Erfindungen der Wissenschaft entgleiten mehr und mehr den Händen ihrer Urheber. Während auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Untersuchungen sich die Macht zersplittert, vereint sie sich auf dem Niveau der Ökonomie und der Politik.“¹⁸

Die Entwicklung der Gesetzgebung, die ich eher „amtliche Toleranz“ nennen möchte, da die Euthanasie in Holland noch gesetzlich verboten ist, wurde 1987 in einem Artikel: „Die Euthanasie in Holland – unsere eigene Zukunft“¹⁹ beschrieben. Außerdem finden Sie eine Zusammenfassung in einer Broschüre mit dem Titel: „Euthanasie – Gnadentod oder Endlösung“, einem Vortrag, der im Jahre 1988 im Konrad Adenauerhaus in Bonn vor Parteimitgliedern der CDU/CSU gehalten wurde.²⁰

Aktuelle Situation in Holland:

Hier noch einige Überlegungen und Informationen in bezug auf die Situation der letzten Jahre :

Die Euthanasie ist bis heute in Holland noch gesetzlich verboten, aber es herrscht eine allgemeine Toleranz. Wenn der Arzt die Euthanasie für nötig erachtet, dann beruft er sich auf die „Grundlage des Notstandes“, eine Gesetzgebung, die jedoch viel restriktiver ist als sie tatsächlich vom Arzt in Holland angewandt wird. Anschließend muß der Arzt in einem schriftlichen Rapport beweisen können, daß er sich an die Richtlinien des Gesundheitsrates gehalten hat: „Richtlinien, betreffs der Sorgfaltspflichten in Sachen Euthanasie“²¹. (Zorgvuldigheidseisen euthanasie). Der Arzt muß eigenhändig die Formulare ausfüllen, in denen er die Art und Weise, in der er sich seiner „legalen Aufgaben“ entledigt hat, beschreibt. Es versteht sich von selbst, daß er sich hüten wird, sich den vorgeschriebenen Richtlinien gegenüber strafbar zu machen, was jedoch keines allzu großen Aufwandes bedarf, wenn man in Betracht zieht, daß der Hauptzeuge, das heißt das Opfer, doch nicht mehr aussagefähig ist. Übrigens ist eine

solche Kontrolle eigentlich geradezu lächerlich, wenn man bedenkt, daß jener, der kontrolliert werden müßte, diese Kontrolle selbst ausübt. In gewissen Fällen, wie z.B. dem des Doktors CHABOT aus Assen,²² ist es der Arzt selbst, der ihm unterlaufene Fehler – wie die Verletzung der Richtlinien des Gesundheitsrates – zugegeben hat. Es wurde aber trotzdem keine strafrechtliche Verfolgung gegen ihn eingeleitet. Der Sachverhalt in diesem Falle war folgender: Der Arzt hatte nach eigenem Gutdünken und ohne den Rat eines Kollegen einzuholen, dem Leben eines Menschen, welcher in keiner Hinsicht physisch krank war, ein Ende gesetzt. Es handelte sich um eine Frau, die lediglich infolge des Todes ihrer zwei Kinder und ihrer Ehescheidung unter Depressionen litt. Trotz dieser Tatbestände wurde der Arzt ohne weiteres vom Gericht freigesprochen.

Die Tatsache, daß in Holland die Euthanasie noch immer offiziell verboten ist, gleicht einem makabren Scherz. Man müßte eine Regierung, die es wagt, auf eine solche Weise die Demokratie mit Füßen zu treten, zwingen können, sich vor einem internationalen Gericht zu verantworten.

Interessant ist, daß die Regierung den Oberstaatsanwalt REMMELINK um einen Rapport über den Stand in Sachen Euthanasie in Holland, gebeten hat. Diese Studie, genannt „Ärztliche Entscheidungen rund um das Lebensende“²³, (Medische Beslissingen rond het levenseinde) ergibt folgende Resultate (Tabelle 1).

Da die Gesamtquote der Sterbefälle in Holland 129.000 im Jahr, auf eine Bevölkerung von ± 16 Millionen Einwohnern beträgt, läßt sich schließen, daß 15% aller Sterbefälle in Holland der Praktik der Euthanasie, und fast 9% der Euthanasie ohne Einwilligung des Kranken, zuzuschreiben sind.²⁴

Außerdem fällt auf, daß in der Presse nur die 2.300 Opfer der Euthanasie zur Sprache kommen, die auf eigenen Wunsch getötet wurden. Jene Fälle, die mit dem Decknamen „Gnadentod“ bezeichnet wurden und an denen Ärzte be-

1. Kranke, deren Leben auf ihren eignen Wunsch hin beendet wurde:	2.300
2. Hilfe zum Selbstmord	400
3. Kranke, deren Leben ohne ihre Einwilligung beendet wurde	1.000
4. (Medizinische) Überdosis:	22.500
mit festem Vorsatz zu töten:	1.350
mit einem mehr oder weniger festen Vorsatz zu töten:	<u>6.750</u>
Total mit dem Vorsatz zu töten:	8.100
5. Einstellung der Behandlung ohne die Einwilligung des Kranken:	22.500
mit festem Vorsatz zu töten:	3.600
mit einem mehr oder weniger festen Vorsatz zu töten:	<u>4.275</u>
Total mit dem Vorsatz zu töten:	7.875
<hr/>	
Totale Anzahl der Handlungen mit dem Endziel, einen Kranken zu töten:	19.675

Die Anzahl ärztlicher Aktionen *ohne Einwilligung* des Patienten sieht folgendermaßen aus:

3. Kranke, deren Leben ohne ihre Einwilligung beendet wurde:	1.000
4. (Medizinische) Überdosis, mit dem Vorsatz zu töten (ohne Einwilligung):	2.700
5. Einstellung der Behandlung mit dem Vorsatz zu töten (ohne Einwilligung):	7.875
<hr/>	
Ärztliche Handlungen mit tödlichem Ausgang, ohne Einwilligung der Kranken:	11.575

Tabelle 1

teiligt waren, die es nicht für nötig hielten, zuvor mit ihren Patienten über ihr Vorhaben zu sprechen, wurden nicht als „Euthanasie“ anerkannt. Dies ist ein „schönes“ Beispiel von internationaler *Desinformation* in einer Angelegenheit, in der es in der Tat buchstäblich um Leben und Tod geht.

Abschließende Überlegungen:

1. Die von den Verfechtern der Euthanasie angewandten Methoden sind absolut identisch mit jenen, die von den Befürwortern der Abtreibung praktiziert wurden. Es sind sehr oft ein und dieselben Menschen, die diese Gruppen von Promotoren bilden. Im Parlament sind die Verfechter der Euthanasie meistens jene, welche auch für die Abtreibung gestimmt hatten: Diese Strategie scheint uns das Resultat eines Komplotts von weltweitem Niveau zu sein.²⁵

2. Derartige Taktiken beruhen unter anderem auf einer irreführenden Semantik: Abtreibung wird „*Unterbrechung der Schwangerschaft*“ genannt, Euthanasie bezeichnet man in Holland als „*lebensbeendende Maßnahmen*“. Es werden vorzüglich mildernde, unschuldige Ausdrücke benutzt. Verwirrende Euphemismen werden angewandt, um die Natur dieser Aktionen gegen die Menschheit vor der großen Öffentlichkeit zu verschleiern.²⁶ (War es nicht Johannes der Evangelist, der uns vor jenem warnte, der ursprünglich den Lügner und Mörder zugleich in sich trug?)²⁷

3. Überall, sei es im Falle der Abtreibung oder der Euthanasie, versucht man, indem man uns „Extremfälle“ und „Grenzfälle“ vorführt, die Normen zu ändern. Denken Sie zum Beispiel an den Fall des Doktor HACKETHAL aus Karlsruhe... Selbst der Nazi-propagandafilm „*Ich klage an*“²⁸, ein Film der für die Euthanasie plädiert, indem er einen Ex-

tremfall mit dem „jeder einverstanden wäre“ wiedergibt, kennt heute ein identisches „Remake“, welches natürlich zuerst in Holland auf dem Bildschirm erschien und nun in allen europäischen Fernsehstudien läuft.⁽³⁶⁾

4. Schließlich stellen wir fest, daß die Verfechter der Abtreibung und auch der Euthanasie einen Block der Negation gegenüber dem dritten Artikel der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ bilden. *„Jeder Mensch hat ein Recht auf Leben...“*

Wenn man einem menschlichen Wesen das fundamentale Recht auf Leben verweigert,

Anhang: Einige Überlegungen zur Frage: Euthanasie- warum gerade in Holland?

Viele fragen sich, warum sich gerade Holland auf diesem Gebiet in der Frontlinie befindet.

Da mich diese Frage persönlich sehr berührt hat, habe ich versucht, der Sache nachzugehen.

Es ist wichtig zu wissen, daß Holland und Belgien in der Geschichte Nordwest-Europas ein Land formten. Es war die Reformation, die dieses Land, bisher die Spanischen Niederlande genannt, in zwei auf die Religion begründete politische Entitäten aufteilte. Holland ist ein wirklich ganz besonderes Land, völlig verschieden von allen anderen Ländern.

Um dies zu verstehen, ist es notwendig, die Geschichte Hollands zu kennen, eine Geschichte, die auf eine unwiderrufliche Weise mit der Geographie dieses Landes verbunden ist. Der niederländische Professor Peter HOEFNAGELS versuchte eine Analyse von Holland und seinen Bewohnern unter dem Titel „Geo-Psychiatrie“ zu machen³¹.

„Gott schuf die Welt, aber die Holländer haben Holland geschaffen“ sagt ein holländisches Sprichwort. Ein amerikanischer Tourist erklärte einst Professor HOEFNAGELS: „Holland ist nicht für die Menschen geschaffen, aber sein Entstehen verdankt es dennoch dem Volke“³². Dies ist größtenteils wahr, denn bis zur Renaissance waren Holland und der nordwestliche Teil Belgiens nichts als ein großes Moorgebiet – eine Verschlungung zwischen dem Meer und dem Lande. In seinem Buch „Commentarii de Bello Gallico“ beschrieb Julius CAESAR „das Land der Menapiers“ als

*dann verläßt man das demokratische Zeitalter, um eine neue Ära zu betreten: die Ära des Totalitarismus.*³⁰ Wenn wir nicht auf der Hut sind, dann wären alle kollektivistischen Regime, inspiriert vom Marxismus-Leninismus oder vom Nationalsozialismus, nur sehr bescheidene Vorboten von dem, was noch auf uns wartet.

Glücklicherweise gibt es überall in der Welt Menschen, die die Gefahr erkannt haben, sie denunzieren und die sich bemühen, die Welt zu mobilisieren, damit sie sich gegen diese Form des Todes, die von Ideologen erfunden und programmiert, von den Regierungen genehmigt und angeordnet, und „*horresco referens*“ von den Ärzten ausgeführt werden, wehrt.

eine Region, in der es einem schwerfiel, die Grenze zwischen Land und Meer wahrzunehmen. Man kann auch auf DANTE ALIGHIERI's „*Inferno*“ – den ersten Vers des fünfzehnten Liedes – verweisen, um anschaulich zu machen, welchen infernalischen Eindruck dieser – durch Belgien und Holland geformte wüste Teil der Welt – auf einen der größten Dichter unserer Zeit machte: („*Quali Fiamminghi tra Guizzante e Bruggia / Temendo 'l fiotto che 'nver' lor s'avventa / fanno lo schermo perchè 'l mar si fuggia*“) (So daß zwischen Cadzand und Brügge die Flamen, durch das brausende Meer bedroht, Deiche bauen müssen, um ihr Land zu schützen). Wir finden dieses Thema einer „höllischen Sicht“ von Holland in der heutigen Zeit wieder, indem wir zur Kenntnis nehmen, was der große französische Schriftsteller Albert CAMUS in seinem Roman „La Chute“ schildert³³: „*Haben Sie bemerkt, wie die nach einem Punkte strebenden Grachten Amsterdams-Höllenkreisen ähneln?*“. „*Eine Hölle des Bürgerstandes, bewohnt von beängstigenden Träumen*“. „*Je tiefer man von außen in den inneren Kreis vordringt, desto mehr wird das Leben mit seinen Verbrechen düsterer und undurchsichtiger*“. Es ist also keineswegs verwunderlich, daß wir gerade hier die Euthanasie wiederfinden.

Es sind diese Tatsachen, die HOEFNAGELS auf eine eindringliche Art und Weise zu der Ansicht kommen ließen, daß man den Holländer durch die „*Soziologie des Moorgebietes*“ definieren kann.³⁴

Die relative Unzugänglichkeit des holländischen Territoriums für den Besucher hat zwei wichtige Fakten zur Folge: einerseits eine ziemlich in sich selbst gekehrte Gesellschaft und andererseits ein

Land des Willkommens für Immigranten und Verbannte. Die Reform und die Religionskriege, die hieraus hervorgingen, bedeuteten für dieses Land einen „wahren Segen“. Holland erlebte nicht nur das Aufkommen seiner Unabhängigkeit, sondern es wurde auch der Zufluchtsort einer unglaublich hohen Anzahl Intellektueller, verbannt durch europäische Monarchen, welche die bekannte Politik des „*Cuius regio eius religio*“, praktizierten. Dieser Begriff von einer „Nation als Zufluchtsort“ für Andersdenkende gilt nicht nur für Holland: Die Schweiz, der Libanon und Afghanistan befinden sich in einer ähnlichen Situation. Ursprünglich geht es hier ebenso um Länder, die den Streitkräften der Großmächte weniger zugänglich sind. Wir stellen fest, daß im sechzehnten Jahrhundert vor allem die Protestanten, die die Pamphlete von LUTHER, CALVIN, ZWINGLI, KNOX und anderen Promotoren der Reformbewegung lesen konnten, in die intellektuellen Kreise aufgenommen wurden. In der Tat haben diese die holländische Gesellschaft auf eine außerordentliche Art und Weise bereichert, da sie hier weit umfangreichere Gemeinschaften als im Lande ihrer Herkunft bildeten. Das erklärt den hohen Grad an Intellektualismus in der holländischen Gesellschaft.

Aber auch der Biotop ist sehr wichtig, um die Geschehnisse in einem Land wie Holland es ist, verstehen zu können.

Wichtig ist unter anderem die Tatsache, daß zwei Drittel des holländischen Territoriums sich unter dem Meeresspiegel, das heißt unter dem Niveau der Flut, befinden. Diese Erdteile, „*Polders*“ genannt, formten die ökonomische Suprematie dieses Landes; jedoch zu einem Preis, von dem nur wenige Fremde eine Ahnung haben: zwei Drittel des heutigen holländischen Territoriums mußten in einem endlosen und undankbaren Kampf mit dem Meer wiedererobert werden – einem Kampf, der mehr als zehn Jahrhunderte dauerte.

Die Instandhaltung der Polders unterliegt einem unerbittlichen, immer fortdauernden Ritual. Nordwest-Europa liegt in einer ozeanischen Klimazone und ist dementsprechend sehr feucht. Die Polders sind von eindrucksvollen Deichen umgeben, die zum ersten Mal von DANTE ALIGHIERI (wie schon oben angedeutet) beschrieben wurden. Bei hohem Niederschlag steigt der Stand des Wasserspiegels. Dieses Hochwasser kann nur auf zwei Weisen evakuiert werden und zwar, indem man es während der Ebbe abfließen läßt, oder durch intensive Pumparbeiten. Diese zwei, oft miteinander kombinierten Arbeitsweisen, erfordern einen fortdauernden, wichtigen menschlichen Einsatz. Ohne Unterbrechung mußte man sich um die Instandhaltung und

Bedienung der Schleusen kümmern, die alle sechs Stunden geöffnet und geschlossen werden mußten. Die Pumpanlagen, die sich meistens in Windmühlen befanden, mußten ebenfalls unter konstanter Beaufsichtigung stehen. Jede, auch nur die kleinste Nachlässigkeit wurde gnadenlos durch eine feindliche Natur bestraft, die in ein paar Stunden das Gebiet, das die Holländer durch jahrelangen harten Kampf dem Meer abgerungen hatten, wieder überflutete. Außerdem war das äußerst feuchte, aber nicht kalte Klima häufig die Ursache des Ausbruchs vieler verschiedener Krankheiten; so waren z.B. das bekannte „Polderfieber“ – eine Art Malaria des Nordens, die übrigens erst nach dem zweiten Weltkrieg überwunden werden konnte –, aber auch Rheumakrankheiten, und nicht zu vergessen die vielen Infektionskrankheiten, wie die Tuberkulose und die Poliomyelitis – die meist verbreiteten unter ihnen. Aus diesen Gründen war Holland bis zum Beginn unseres Jahrhunderts ein relativ unterbevölkertes Land. Im Jahre 1830 hatte es nur 2 Millionen Einwohner, Belgien hingegen 4 Millionen. Heute ist die Zahl der Einwohner Hollands schon auf fast 16 Millionen angestiegen, im Gegensatz zu Belgien mit nur 10 Millionen, obwohl beide Länder eine fast gleich große Oberfläche haben.

In dieser holländischen Gesellschaft, zusammengewürfelt aus sehr verschiedenen religiösen Minderheiten (wie z.B. den portugiesischen Juden, Anabaptisten, Mennoniten, reformierten Protestanten, Calvinisten, Lutheranern und anderen) mußte jedoch ein allgemeiner Konsens gefunden werden, um dieser Gesellschaft eine Funktionsfähigkeit zu ermöglichen. Die Gegner des damaligen Hollands waren die Könige des katholischen Spaniens (und auch, jedoch in einem geringfügigeren Maße, die französischen Revolutionäre unter Napoleon und die Deutschen während des zweiten Weltkrieges)... und das Meer. Um diese beiden Gegner zu bezwingen, mußten sich alle Holländer, ungeachtet ihrer kulturellen und theologischen Meinungsverschiedenheiten, zu einem gemeinsamen Block vereinigen. Sonst hätte es vorkommen können, daß, während die Polderbewohner sich aus theologischen Gründen stritten und hierbei vergaßen, die Schleusen während der Flut zu schließen, sie vom Meer überrascht wurden, das sie alle – samt ihren Differenzen und ohne Distinktion der Religionen oder Sekten – ertrinken ließ. Vergaßen Sie, die Schleusen während der Ebbe zu öffnen, so wurden sie vom Regenwasser überflutet. Sich zu vereinigen, um zu überleben, war also eine unbedingte Notwendigkeit. Die Devise der Provinz Zeeland lautet übrigens sehr zutreffend „*Luctor et emergo*“, (Ich fechte und siege). Die Union, mehr

oder weniger von dem Biotop – und zweitrangig durch die Könige Spaniens – geprägt, legte den Grundstein zur größten holländischen Tugend: eine auf Gegenseitigkeit beruhende *Toleranz*.

Auf diese Weise kam es zu einem wahren Erblühen der holländischen Gesellschaft, die dank des Zustroms protestantischer und jüdischer Intellektueller aus allen Ländern Europas zu einem wohlhabenden Staat heranwuchs und sogar ein „Goldenes Jahrhundert“ (das siebzehnte Jahrhundert) erlebte. Berühmte Maler, wie Franz HALS, Johannes VERMEER und vor allem der unvergeßliche Rembrand VAN RIJN, haben dies durch ihre eindrucksvollen Werke auf eine eklatante Weise veranschaulicht. Die undankbaren Umweltbedingungen hingegen hatten trotz allem etwas Positives an sich. So verschiedenartige Maler wie der Franzose Eugène FROMENTIN³⁵ und sein katalanischer Kollege Salvador DALÍ³⁶ teilten dieselbe Meinung, daß man das schönste Licht der Welt in den Niederlanden bewundern könne!

Aber der Konsens, auf dem sich die holländische Gesellschaft aufbaute, stützte sich in Wirklichkeit auf den kleinsten gemeinsamen Nenner der verschiedenen, in diesem Lande vorhandenen Religionen, reformierte und jüdische Religionen. Dieser „gemeinsame Nenner“ ist die steinerne Tafel mit den zehn Geboten; der Dekalog, den Moses vom Berge Sinai dem Erwählten Volke mitbrachte.

Das achtzehnte Jahrhundert, das Aufklärungsalter genannt, fand sein Echo in Holland so wie überall in Europa. Der Herausgeber ELZEVIER war bereit, Werke, die bei dem örtlichen Prinzen in Ungnade gefallen waren, sowie jene von Voltaire zu drucken. Die Tugend der Toleranz entwickelte sich schnell, denn der Holländer war nicht fähig, subversive Ideen „in seiner eigenen Mitte“ zu bekämpfen. Je stärker er sich auswärtigen Feinden wie Spanien, den „*Sans Culottes*“, NAPOLEON, den Nazis und selbst dem Meer gegenüber behaupten konnte, desto ohnmächtiger stand er seinem Mitbürger gegenüber, der in seinem eigenen Lande durch subversive Ideen Verwirrung stiftete.

Dies alles erklärt, daß Holland heutzutage zu einem Paradies (ein künstliches Paradies, wie BAUDELAIRE sagen würde) für Drogen und Drogenhandel, aber auch für die Befürworter der Euthanasie geworden ist.

Wie schon oben angedeutet: „*Gott schuf die Welt und die Holländer Holland*“. Das Aufblühen und vor allem der sozioökonomische Erfolg dieser absolut originalen Gesellschaft, entwickelte bei den Holländern eine übermächtige Vaterlandsliebe, verankert in einem Gefühl von innerem, tief eingewurzelt Stolz, und viel mehr auf Intellektualismus beruhend

als der Patriotismus und der Chauvinismus anderer Länder Europas. Darum ist meines Erachtens der Stolz des Holländers weitaus fundamentaler als der irgend eines anderen Europäers. Es ist dieser Stolz, der den ehemaligen Außenminister und Generalsekretär der NATO Jozef LUNS veranlaßte zu behaupten, sein Land gehöre zu den mittelgroßen Staaten, obwohl es mit seinen 33.500 Quadratkilometern doch nur ein kleines europäisches Land ausmache.³⁷ Dieser außergewöhnliche Stolz verblendet oft die Holländer, die sich nicht scheuen, die Großen dieser Welt zurechtzuweisen. Um sich hiervon zu überzeugen, sollte man die Vorträge noch einmal durchlesen, welche die von den Vereinten Nationen bevollmächtigten Holländer in den Vereinigten Staaten hielten. In der Tat, der Holländer ist sehr sicher und selbstbewußt: Er hat sein Land dem Meer abgerungen, sich von den Spaniern befreit und schließlich eine kolonialistische Herrschaft in Asien und den Karibischen Inseln aufgebaut. Seit dreißig Jahren ist Holland im Besitz des größten Naturgasreservates Europas.

Eine der Konsequenzen dieses ökonomischen Erfolges ist die absolute Selbstsicherheit des Holländers, seine Überzeugung, immer das Richtige zu tun, so daß er es nie für nötig hält, etwaige Ratschläge von Außenstehenden anzunehmen. Diese Art von Hochmut veranlaßte einen von ihnen, folgende Behauptungen aufzustellen: „*Nehmen Sie einen Holländer, und Sie haben einen Theologen, nehmen Sie zwei, so haben Sie eine Kirche, aber nehmen Sie drei, dann haben Sie ein Schisma*“. Ein anderer erklärte mit beißendem Spott: „*Der Unterschied zwischen Gott dem Allmächtigen Vater und einem Holländer wäre: Wenn Gott alles wisse, dann wisse der Holländer es noch besser*“. Eine Reihe von Aussendungen des holländischen Fernsehens über das Thema genetische Manipulationen mit dem Titel „*Beter dan God*“ (Besser als Gott) bestätigt diese dem holländischen „Hochmut“ zugrundeliegende Idee!

So wie überall in Europa, hat die französisch-enzuklopädische Bewegung des achtzehnten Jahrhunderts einen enormen Einfluß auf die holländische Gesellschaft gehabt. Das „*Freie Denken*“ erblüht in völligem Einvernehmen mit den doch sonst sehr gläubigen Regierenden.

Die Holländer haben heute die Greuelthaten des Eutha-nazismus des damaligen Deutschlands mehr oder weniger vergessen. Die humanistische und atheistische Tradition ist lebendiger und besser akzeptiert als irgendwo anders. Die Euthanasistenbewegung ist diesen Traditionen entsprungen. Die Verbindung „Toleranz-Stolz“, wie wir sie in Holland feststellen können, ist meines Erachtens der

Katalysator, der die Akzeption der Euthanasie in diesem Lande beschleunigt hat. Denn die Selbstgefälligkeit des Holländers gibt ihm die Illusion, alles selbst regeln zu können, oder eben mit Hilfe seiner Landgenossen, der Experten in Theologie, Philosophie, Rechtswissenschaften, politischen Wissenschaften und in der Medizin, um die prinzipiellen Disziplinen zu nennen, die nur diesem Bericht zugrunde liegen. Der Holländer nimmt sich auf eine selbstherrliche Weise das Recht heraus, über sein eigenes Leben und seinen Tod zu bestimmen und spricht dieses Recht auch allen anderen Holländern zu. Jene, die nicht imstande sind, von diesem Recht über ihr „Eigenes Ich“ Gebrauch zu machen, werden durch einen gesetzlichen Vormund vertreten, der eine Entscheidung zu ihrem sogenannten „eigenen Wohl“ trifft.

Bis in die sechziger Jahre war die holländische Gesellschaft tief gläubig. Heute hat die Religion nur noch einen marginalen Einfluß, die Praxis des Atheismus ist mit einem fast uneingeschränkten Wert an ihre Stelle getreten. Man wird verstehen, daß in einer solchen Gesellschaft der Mensch – in diesem Fall der Holländer – eine Art von Souveränität erlangt hat: „Der Mensch ist das Maß aller Dinge“, wie der griechische Philosoph PROTAGORAS sich ausdrückte. Der Holländer erlaubt es sich, auf eine souveräne Weise über sein eigenes Leben und seinen Tod zu entscheiden, aber auch über jenes seiner minderjährigen oder behinderten Kinder, seiner unter zunehmender Dementia leidenden Eltern und schließlich über das Leben jener, die einen mehr oder weniger fundierten Wunsch zum Ausdruck bringen, ihrem Leben ein Ende zu setzen.

Natürlich ist dieses menschliche Verhalten nicht alleine für die Holländer zutreffend. Aber in diesem Lande ist es eine ganze Gesellschaft, die in ihrer Totalität diese Art von Selbstgefälligkeit zutage fördert. Jene, die diesem Sein und Tun – meist aus religiösen Gründen – nicht zustimmen, reagieren meistens auf eine viel zu schüchterne Art und Weise, sind sie doch selbst von der nationalen Tugend „Toleranz“ durchdrungen.

Bis hierhin also die Ergebnisse meiner Studien auf die Frage: Warum gerade in Holland die Euthanasie einen so größeren Erfolg als in anderen Ländern Europas und der Welt hat. Meine „Diagnose“ beruht nicht allein auf einer Analyse der Geschichte der Niederlande und Nordwesteuropas (das Gebiet, in dem ich wohne), sondern auch auf der Lektüre zahlreicher, durch Holländer geschriebener Texte über die Euthanasie, sowie auf den vielfachen Gelegenheiten, die ich hatte, mit Holländern – seien es nun Verfechter oder Gegner der Euthanasie – über dieses Thema zu diskutieren.

Referenzen

1. World Medical Association, Madrid (Spanien), 5. Oktober 1987.
2. MORUS Thomas, „*De Optimo Reipublicae Statu; deque Nova Insula Utopiae*“ Löwen (Belgien) 1548, Seite 128-129. Es muß betont werden, daß diese Sichtweise nicht die eigene des Thomas MORUS ist, sondern eine kritische Stellungnahme zu damals aufkommenden Tendenzen.
3. BACON Francis, „*Advancement of Learning*“ and „*New Atlantis*“ (1605), wieder herausgegeben durch den Verlag Arthur Johnson, Clarendon Press, Oxford, 1974, Seite 110-111.
4. LUTHER Martin, „*Tischreden*“, 29, Weimarer Ausgabe V, Seite 8 (n°5207).
5. WILLIAMS S.D., „*Euthanasia*“ in „*Essays by Members of the Birmingham Speculative Society*“ Seite 212, London, Williams & Norgate, 1870.
6. JOST Dr. jur. A., „*Das Recht auf den Tod – Soziale Studie*“ Göttingen, Dieterich'sche Verlagsbuchhandlung, 1895.
7. HAECKEL Dr. zool. Ernst, „*Natürliche Schöpfungsgeschichte*“ Seite 154, Sechste verbesserte Auflage, Berlin, Verlag Georg Reimer, 1895.
8. HAECKEL Dr. zool. Ernst, „*Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über Biologische Philosophie...*“, Alfred Kröner Verlag, Stuttgart 1904.
9. SIMON Dr. med. Pierre, „*De la Vie avant toute Chose*“ Éd. Mazarine, Paris, 1979, ISBN 2-86374-023-7.
10. „Editorial column“ in „*California Medicine*“, offizielles Organ der „California Medical Association“, September 1970, Volumen 11, Nummer 3, Seite 67-69.
11. BINDING Dr. jur. Karl & HOCHE Dr. med. Alfred, „*Die Freigabe zur Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*“ Verlag von Felix Meiner, Leipzig, 1920, 2. Auflage, 1922.
12. VAN DER SLUIS Dr. med I., „*Het recht om grootmoeder te doden*“ (Das Recht, die Großmutter zu töten) Buijten & Schipperheijn, Amsterdam, 1977, ISBN 90-6064-300-3.
13. Es ist Professor Robert Jay LIFTON, der in seinem Buch „*The Nazi Doctors-Medical killing and the psychology of Genocide*“ (Edition Macmillan, London, 1986, ISBN 0-333-43262-2) die beste Beschreibung von dem, was den biokratischen Nazistaat ausmachte, abgab. (Seite 17). Diese Vorstellung der Biokratie wurde ebenfalls von dem Arzt Pierre SIMON (siehe Notiz n°9) mit Nachdruck gerühmt, indem er erklärte „*Die Ärzte haben von nun an einen sehr konkreten Anteil an der Macht*“. (Seite 16) und „*Nein, die Medizin... war eine der Möglichkeiten, die Welt aufzurichten und die alte Ordnung ins Wanken zu bringen*“ (Seite 37): „*Die medizinischen Praktiken zu ändern, gleich schon ein wenig einer Weltveränderung*“ (Seite 40).

14. United Nations „*Universal Declaration of Human Rights*“, New York, December 10th 1948.
15. HIRSCH Emmanuel, „*Médecine et Éthique*“, Éditions du Cerf, Paris, 1990, ISBN 2-204-04025-8, Seite 72.
16. HIRSCH Emmanuel, op.cit., Seite 62.
17. SIMON Dr. med. Pierre: siehe Notiz 9.
18. MORIN Edgar, „*Science avec Conscience*“, Fayard, Paris, 1982, Zitate vom HIRSCH, op. cit., Seite 118.
19. SCHEPENS Dr. med. Philippe, „*Die Euthanasie in Holland*“, Spezialrapport, erschienen in „*News Exchange der World Federation of Doctors Who Respect Human Life*“, Nr. 97 und Nr. 99 (Oktober 87 und April 88).
20. SCHEPENS Dr. med. Philippe „*Euthanasie, Gnadentod oder Endlösung*“, Präsentation für den Studententag der Gruppe „*Christdemokraten für das Leben/Initiative in der CDU/CSU*“, Samstag, den 16. April 1988 im „Konrad Adenauer-Haus“, Bonn.
21. GEZONDHEIDSRaad „*Zorgvuldigheidseisen euthanasie*“, 1887/RvZ/ir, Den Haag (Holland), 26. März 1987.
22. Vom Bezirksgericht in Assen in Holland wurde am 21. April 1993 folgender Urteilsspruch gefällt: Freispruch für den Arzt Boudewijn CHABOT (Folgnummer 19.00822-91). Dieser hatte einer 50-jährigen, geschiedenen Frau, die ihre beiden Söhne verloren hatte und seitdem unter einem depressiven Syndrom litt, ein tödliches Gift verabreicht. Dieser Freispruch, (am 21. Juni 1994 vom obersten Gerichtshof bestätigt) (Text erschienen im „Niederlandse Juristenblad“ 1994, Jahrgang 69, Nr. 26, Seite 893-895), ist um so erstaunlicher, wenn man bedenkt, daß dieser Doktor CHABOT sich nicht an alle „Grundlinien des Gesundheitsrates hinsichtlich Euthanasie“ gehalten hat (siehe vorhergehende Notiz Nr. 28), und daß die von diesem Arzt getötete Person sich keineswegs im Endstadium ihres Lebens befand und außer ihrer Depression an keiner Krankheit litt. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesem Fall erschien im „*In Perspectief*“ Jahrgang 7, Nr. 7, September 1994, publiziert durch das „Prof. Dr. G.A. LINDEBOOM Instituut“, ein bioethisches Institut in Holland von großem Renommee.
Am 17. Januar 1995 kam der Fall CHABOT auch vor das „*Medisch Tuchtcollege*“, einem medizinischen Disziplinarat, in Holland gleichbedeutend mit unserer Ärztekammer. Trotz der Aussagen des Doktor P. BRUINS, Hausarzt des Opfers, der bezeugte, daß CHABOT immer wieder betont hätte, Euthanasie sei die einzige Art, das Problem der exogenen Depression seiner Patientin zu lösen, haben die als Experten hinzugezogenen Psychiater sich alle solidarisch mit CHABOT erklärt, indem sie seine Handlungsweise, das heißt, einen Menschen zu töten, der weder im Endstadium einer tödlichen Krankheit noch körperlich krank war, als eine gut ausgeübte medizinische Behandlung begutachteten. („DE TELEGRAAF“, 18-1-95, Seite 9). Der oberste Gerichtshof („Hoge Raad“) von Holland hatte übrigens am 21. Juni 1994 sehr deutlich statuiert: Die Euthanasie sei nicht strafbar, wenn die medizinischen Ursachen ihrer Ausführung somatischer oder psychischer Art seien, und der Euthanasiekandidat müsse sich nicht unbedingt in der Endphase seiner Krankheit befinden. In einem Brief von Justizministerin Frau SORGDRAGER, co-signiert von dem Volksgesundheitsminister und an die 2. Kammer der Parlamentsvertreter Hollands gerichtet, lesen wir: „*Wir respektieren die Ansicht jener, welche aus prinzipiellen Gründen die Euthanasie unter allen Umständen ablehnen, aber wir teilen diese Meinung nicht*“ (Wij respecteren de opvatting van degenen die om principiële gronden euthanasie onder alle omstandigheden afwijzen, maar wij delen haar niet.) „*Euthanasie in Opmars*“ („Euthanasie im Aufmarsch“) von Dr. Th.A.M. VAN DER HORST im „KATHOLIEK NIEUWSBLAD“, 20-1-95, Seite 20-21. Unsere hieraus hervorgehende Folgerung ist: Die Welt der Medizin sowie auch der Justiz und der Politik in Holland betrachtet die Euthanasie als eine gute Ausübung der Medizin. All dies stimmt genau überein mit dem, was während seines Prozesses in Nürnberg am 4.2.1947, Doktor Karl BRANDT, Privatarzt Adolf HITLERS, erklärte. (Nürnberg Medical Case, transcript, Seite 2409-2410).
Andererseits hat die „Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst“ (KNMG), (Königlich Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Heilkunde) deren exekutives Komitee stark für die „Pro-Euthanasie“ ist, eine Kommission gebildet, die den Auftrag hat eine Studie zu diesem Thema zu erstellen. Dieser Ausschuß hat den bezeichnenden Namen: „Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigd handelen“ (CAL) (Kommission zwecks Genehmigung lebensbeendender Handlungen). Er veröffentlichte 4 Studien, unter welchen die letzte mit dem Namen „CAL 4“ (*Discussiepunten hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten*). Das Thema der Diskussionen betrifft die Hilfe zur Selbsttötung bei psychiatrischen Patienten, November 1993), der Rechtfertigung des Dr. CHABOT gewidmet ist. Das KNMG, durch diesen Ausschuß ermächtigt, vertritt die These der Selbsttötungshilfe bei unter Neurose leidenden Patienten. Es preist „eine exklusive Rolle des Arztes in der Gesellschaft“ an und zwar jene, die den Kranken durch den Tod befreit (exclusieve maatschappelijke rol voor de arts). Eine ausgezeichnete Kritik über „CAL 4“ finden wir in „*Pro Vita Humana*“ Jahrgang 1, Nr. 3, Seite 97-102 sowie auch in der Nr. 4, Seite 129-133.
23. „*Medische Beslissingen rond het Levensende*“ (Medizinische Beschlüsse rund um das Lebensende) Rapport, publiziert durch die „Commissie onderzoek medische praktijken inzake euthanasie“ (Untersuchungskommission medizinischer Praktiken, be-

- treffend die Euthanasie) unter der Verantwortung des Oberstaatsanwaltes REMMELINK, Verlag SDU, La Haye, 1991. Ein hervorragender Kommentar über dieses Dokument erschien in der amerikanischen Revue „*Issues in Law & Medicine*“ (Volumen 7 Nr. 3, 1991, Seite 339-344), geschrieben von Doktor Richard FENIGSEN, Experte in Sachen Euthanasie und mit einer langen ärztlichen Praxis in holländischen Krankenhäusern. Die Reaktion des „Prof. Dr. G.A. LINDEBOOM Instituut“, ist ebenfalls hochinteressant: „*In Perspectief*“, Jahrgang 4, Nr. 10, Oktober 1991, Seite 3-6.
24. GUNNING Dr. K.F. „*Commissie Remmelink trekt onjuiste conclusie uit onderzoekrapport euthanasie*“ (Die Kommission R. zieht Fehlschlüsse aus dem Untersuchungsrapport in Sachen Euthanasie) Katholiek Nieuwsblad, 8. Oktober 1991.
„*Euthanasie-de kans is groot dat U deze feiten niet kent*“ (Euthanasie – Die Möglichkeit, daß Sie diese Tatsachen nicht kennen, ist groß) Verlag von dem Nederlands ArtsenVerbond, 1994.
25. Um sich hiervon zu überzeugen, wäre es empfehlenswert, insbesondere folgende Bücher zu lesen: „*Bioéthique et Population: le Choix de la Vie*“ von Prof. Dr. Dr. Dr. Michel SCHOYANS, Éditions Fayard, 1994, ISBN: 2-86679-169-X sowie vom selben Autor: „*Droits de l'Homme et Technocratie*“, Éditions C.L.D., Paris, 1982, ISBN: 2-85443-002-6.
26. SCHEPENS Dr. med. Philippe, „*Die Desinformation*“, Artikel erschienen in „*News Exchange of the World Federation of Doctors vbo Respect Human Life*“, Nr. 100, Juli 1988, Seite 9-16.
27. Jean R., 44: „*Ihr habt den Teufel zum Vater; und nach eures Vaters Gelüste wollt ihr tun. Der ist ein Mörder von Anfang und steht nicht in der Wahrheit; denn die Wahrheit ist nicht in ihm. Wenn er die Lüge redet, so redet er von seinem Eignen; denn er ist ein Lügner und der Vater der Lüge*“.
28. „*Ich klage an*“, 1941, Film gesponsert von Dr. Karl BRANDT, und inspiriert durch den Roman des Arzt – Schriftstellers Helmut UNGER: „*Sendung und Gewissen*“ (Mission and conscience), (Brunnen Verlag, Berlin, 1935). Robert Jay LIFTON (siehe Notiz 13) beschreibt den Film wie folgt: „*Ich klage an*“ ist von einem hohen artistischen Wert und nachdem ich Ausschnitte hiervon gesehen hatte, konnte ich verstehen, warum die Ärzte, die ich interviewte, noch immer unter seinem Einfluß standen und warum der Film eine Quelle für tiefgehende problematische Diskussionen zwischen ihren Kollegen und den Medizinstudenten war, Diskussionen über die moralische Verantwortlichkeit des Arztes, der unheilbar Kranken Hilfe verleibt, indem er ihnen zu dem von ihnen so lang ersehnten Tode verhilft. („*But „I accuse*“ is of respectable artistic quality; and after viewing portions of it, I could understand why doctors I interviewed still felt its impact and re-
- membered the extensive discussion it stimulated among their colleagues and fellow students about the morality of a doctor's aiding incurable patients achieving the death they long for“), (LIFTON, op. cit., Seite 49).
29. NEDERHORST Maarten, „*Dood op Verzoek*“ (Chronik eines erwünschten Todes), Fernsehfilm am 10. Oktober 1994 im holländischen Fernsehen und am Mittwoch, dem 11. Januar 1995 um 20h10, von der der belgischen Fernsehstation RTBF1 übertragen. Dieser Film berichtet über die Lebensbeendigung des Herrn Cees VAN WENDEL, der unter progressiver, muskulärer Dystrophie litt, mit Hilfe des Arztes Wilfried VAN OIJEN.
Dieser Fall, sowie der Freispruch des Doktor CHABOT (siehe oben) trägt heute die Zulassung und vielleicht morgen die Verpflichtung des Arztes zu Beistand und Hilfe zur Selbsttötung in sich. Als Reaktion hierauf hat der Schriftsteller Willem Jan OTTEN einen 200 seitigen Roman geschrieben. Der Titel lautet: „*Ons mankeert niets*“ („Wir sind nicht krank“) (Verlag G.A. van Ooirschot 1994). Seine Schlussfolgerung ist: Diese „Erlaubnis“ versetzt den Arzt in die Rolle einer griechischen Tragödie. Das inspirierte den Kommentator dieses Buches in dem Journal „*DE TELEGRAAF*“ (17. Dezember 1994, Seite 21) dazu, seine Erläuterung: „*Le médecin sur le siège de Dieu*“ („Der Arzt auf dem Stuhl Gottes“) zu nennen. Der Arzt B. XHENSEVAL, medizinischer Direktor einer klinisch psychiatrischen Einrichtung in Lüttich-Belgien, nennt die Handlung des Doktor CHABOT eine „*Thanatochemopraxie*“, (B.M.A. n°450, 12-1-1995, Seite 4).
30. Für mehr Einzelheiten über diese These empfiehlt es sich folgendes zu lesen: von Prof. Dr. Dr. Dr. Michel SCHOYANS „*L'Avortement: enjeux politiques*“ (Die Abtreibung: Politisches Schachspiel), Éditions du Préambule Québec, 1990, ISBN:2-89133-110-3, und vom gleichen Autor: „*Maîtrise de la Vie, Domination des Hommes*“ (Herrschaft des Lebens, Beherrschung der Menschen), Éditions Lethielleux, Paris, 1986, ISBN: 2-283-61150-4.
31. HOEFNAGELS Prof. Dr. jur. Peter, „*De Moerasmens of het Gezicht van de Nederlander*“ (Der Moormensch oder das Gesicht des Niederländers) in der Revue „*Ons erfdeel*“ (Unser Erbteil) 37. Jahrgang, Nr.1, Januar-Februar, 1994, Seite 3-8.
32. HOEFNAGELS Prof. Dr. jur. Peter, op. cit., Seite 3.
33. CAMUS Albert, „*La Chute*“ Éditions Gallimard-Paris 1956, Éd. Folio, 1992, ISBN 2-07-036010-5, Seite 18.
34. HOEFNAGELS Prof. Dr. jur. Peter, op. cit. Seite 4 „de Nederlander is verklaarbaar uit de sociologie van het moeras“.
Die Geschichte der niederländischen und insbesondere der holländischen Gesellschaft ist der Schlüssel zu einem besseren Verständnis der Mentalität dieses

in Europa so einzigartigen Volkes. Von ganz besonderem Interesse ist die Periode der „Mitose“, in der Holland als Entität entsteht, getrennt von den Territorien, die später Belgien ausmachen werden. Umfangreiche Studien wurden diesem Thema gewidmet. Leider hat der aus der enzyklopädischen Bewegung des 18. Jahrhunderts sowie auch aus der sogenannten französischen Revolution entstandene Gedankengang die historischen Geschehnisse stark verfärbt und sogar verfälscht. Unter den Schriftstellern, welche wir noch als objektiv bezeichnen können, sind folgende zu erwähnen: Der englische Historiker Geoffrey PARKER („*Spain and the Netherlands 1559-1659*“, Williams Collins Sons & Co. Ltd, London, ins Spanische übersetzt unter dem Titel „*España y los Países Bajos 1559-1659*“, Ediciones (Herausgeber) Rialp, Madrid 1986, ISBN 84-321-2309-9) und ebenso der holländische Historiker K.W. SWART („*Willem van Oranje en de Nederlandse Opstand 1572-1584*“, Verlag SDU, Den Haag, 1994, ISBN 90-12-081351). In bezug auf die Objektivität und die Glaubwürdigkeit dieser Spezialisten finden wir es ganz und gar nachteilig, daß vor allem während der Periode zwischen 1566 und 1585, Spanien systematisch als Unterdrücker dargestellt wurde, während „Willem van Oranje“, (Wilhelm der Schweigsame genannt), (als Anekdote hinzuzufügen wäre, daß er ebenso oft die Religionen wie die Frauen wechselte) als einziger tadelfreier Held gelobt wurde. Gestehen

wir aber dieser Periode objektivere Normen zu, dann müssen wir feststellen, daß es auf beiden Seiten eine große Anzahl Helden und genialer Persönlichkeiten, aber auch eine nicht zu unterschätzende Menge von Banditen und dubiosen Gestalten gab; und dies ebenso während der Anfangsperiode der religiösen Spaltung, als auch während der darauf folgenden Zeitspanne der Trennung von Tisch und Bett. Demzufolge gilt unsere Sympathie den Anhängern beider Parteien: Wilhelm dem Schweigsamen wie auch dem König Spaniens und der unterschätzten Persönlichkeit des Alexander FARNESE, unumstrittener Verbote der Menschenrechte und vieler moderner Friedenstraktate, – um nur einige unter den Protagonisten, welche diese Periode in Nordwesteuropa so interessant machten, zu erwähnen...

35. FROMENTIN Eugène, „*Les Maîtres d'Autrefois – Belgique – Hollande*“, Librairie Plon, Paris 1875, 22. Edition 1912. Der Autor, von Beruf Maler, bemüht sich in diesem Werk in den Orten, die er Ende des 19. Jahrhunderts besuchte, den Geist, die Mentalität und die Stimmung, geschaffen von berühmten Malern während der Periode, die sich vom Ende des Mittelalters bis zum Barock hinzieht, wiederzufinden.
36. DESCHARNES Robert „*The World of Salvador Dalí*“, Macmillan & Co. Ltd London, & Edita S.A. Lausanne, 1962.
37. PLAS Michel van der „*LUNS, ik herinner mij*“, Verlag A.W. Sijthoff, Leiden, 1971.

FOCUS

WAS IST DER SCHMERZ?

Johannes VILAR

ZUSAMMENFASSUNG

Zum Verständnis des Schmerzvorganges muß man neben den Vorstellungen der klassischen Anatomie auch anthropologische Erkenntnisse beachten, da der Schmerz den ganzen Menschen in seiner körperlich-seelischen Einheit trifft. Verschiedene Systeme sind an der Schmerzempfindung beteiligt, auch individuelle Faktoren spielen eine große Rolle. Eine genaue Definition scheint unmöglich, da nicht der Schmerz existiert, sondern der Mensch, der Schmerzen hat und leidet. Der Schmerz läßt sich von ähnlichen Gefühlsregungen wie Überdruß, Trauer, Traurigkeit, deutlich abgrenzen. Er ist dem Genuß entgegengesetzt, ist aber mit der Freude durchaus vereinbar.

Schlüsselwörter: Schmerzreiz, Schmerzempfindung, Beziehung Leib – Psyche, Freude

ABSTRACT

In order to understand the Pain Process in human beings one must take into consideration anthropological perceptions as well as classic anatomy as pain in human beings involves total entity of body and soul. Various systems are involved in the way humans feel pain and individual factors play an important role thereby. An exact definition of pain seems impossible as pain per se does not in reality exist; it is the individual who has pains and suffers. It is rather easy to differentiate between pain and emotions such as disgustedness, mourning or sadness. Pain is contrary to pleasure but it is quite possible to reconcile pain and a feeling of joy.

keywords: pain stimulus, pain perception, relation body – psyche, pleasure

WER auf der Suche nach einer Definition von „Schmerz“ ein Wörterbuch aufschlägt, wird meistens enttäuscht sein: über die Erwähnung einer unlustbetonten, quälenden, antriebsgeladenen Empfindung hinaus findet der Suchende meistens nichts.¹ Es wird berichtet, daß EPIKUR seine Schulmeister verachtet habe, weil sie ihm den Begriff „Chaos“ nicht erklären konnten. Deswegen entschloß er sich, selber Philosoph zu werden. Es kann nicht überraschen, daß manche der Versuchung erliegen, als Neu-Epikuräer zu reagieren, wenn sie die von den „Meistern“ angebotenen Definitionen über die Natur des Schmerzes zur Kenntnis nehmen.

Von der Vorstellung der klassischen Anatomie her wurde die Notwendigkeit eines anatomischen Substrats für organische Prozesse gefordert, so daß ihre Abwesenheit, z.B. das Fehlen von spezifischen Schmerzrezeptoren in der Haut, Unsicherheit unter den Forschern verursachte. Als Folge dieser Vorstellung nehmen einige Autoren seelische Empfindungen nur in übertragenem Sinne als Schmerz an – sie ziehen das Wort *Leid* vor -, aber das Leid steht dem Wesen des Schmerzes näher als jeder organische Schmerz, der von Rezeptorstrukturen des Leibes abhängig ist.

Zum Verständnis des Schmerzvorganges kann paradigmatisch die Beschreibung des Reizes der Haut herangezogen werden. Die Schädigung von Geweben aktiviert die neuronalen Afferenzen. Das nozizeptive System wird gereizt. Die Schmerzfasern des Körpers (mit Ausnahme des Kopfes) übertragen die Impulse bis zum Hinterhorn des Rückenmarks. Synaptische Verbindungen ermöglichen dort direkte Antworten anderer Systeme wie z.B. die Reizung motorischer Neurone, die bereits vor jeder Wahrnehmung des Subjektes einen Reflex hervorrufen. Die sensitiven Neurone des Rückenmarkes übertragen die Schmerzreizung durch ihre Axone, die den Tractus Spinothalamicus bilden, bis zum Thalamus hin. Außerdem sind weitere synaptische Verbindungen in

der *Formatio reticularis* des Stammhirnes zu erwähnen, die vegetative Veränderungen hervorrufen (Änderungen der Atmung, Schweißsekretion usw.) und den Wachzustand beeinflussen. Der Thalamus ist für die Wahrnehmung des Schmerzes bereits von Bedeutung. RENÉ LERICHE² hat ihn als *Schmerzhirn* bezeichnet, obwohl eine globale Beeinflussung des Schmerzes im schmerzempfindlichen Subjekt erst noch von der weiteren Übertragung ins limbische System und in die verschiedenen Regionen der Großhirnrinde abhängig ist.

Die Qualität der Wahrnehmung ist u.a. von der Art der Fasern abhängig: leicht markhaltige A-d-Fasern übertragen den Reiz schnell (zwischen 5 und 25 m/sek) und sind für eine blitzartige Empfindung zuständig, während die myelinischen C-Fasern mit ihrer langsamen (zwischen 0,6 und 2,5 m/sek), stumpfen, tiefen und nachhaltigen Schmerzübertragung den sogenannten zweiten Schmerz bilden. Nicht alle C-Fasern leiten Schmerz, aber einige davon spielen eine wichtige Rolle bei der Lokalisierung und Qualifizierung des Schmerzes. Hier wird von einem epikritischen und einem protopathischen Schmerz gesprochen. Der erste, unmittelbare Schmerz provoziert eine schnelle Abwehrreaktion und läßt die motorischen Reflexe entstehen. Der zweite, der stumpfe und langsame Schmerz hat diffusen Charakter, tendiert zur Irradiation, ist effektbetont und ist nachts am stärksten. Wenn er motorische Reaktionen hervorruft, sind sie Kontraktionen, die eine schonende Immobilisierung verursachen. „Der Erstschmerz ist gewissermaßen das Frühwarnsystem, der Zweitschmerz der ‘Verletzungsnachsall’.“³ Es ist sogar möglich, vorwiegend nur den einen oder den anderen Schmerz zu verursachen. So läßt z.B. ein Nadelstich in die Haut epikritischen Schmerz entstehen, während die Quetschung der Muskulatur oder ein stumpfer Schlag gegen die Knochen protopathischen Schmerz hervorruft.⁴

Die körperliche Verletzung allein ist nicht das einzige, was Schmerz verursachen kann.

Kälte und Wärme spielen hierbei auch eine Rolle. Dasselbe klinische Bild, dasselbe Brenngefühl kann von relativer Ischämie oder von einer Ausbreitung der Gefäße begleitet werden. Gegenteilige Gefäßzustände verursachen denselben Schmerz. LERICHE berichtete über einen dreißigjährigen Mann, der posttraumatische diffuse Schmerzen hatte, die von Gefäßveränderung und Atrophie begleitet wurden. Die Handtemperatur war um 5 Grad C gesunken. Nach dorsaler Gangliotomie stieg die Temperatur wieder und die Schmerzen verschwanden. Nach Normalisierung während fünf Wochen erschien eine Hyperthermie von 4,5 Grad C und derselbe Schmerz kam wieder. Das Eintauchen der Hand in kaltes Wasser während 36 Stunden brachte die Heilung für immer.⁵

Auch das endokrine System ist beim Schmerz beteiligt. Die Poliarthrititis mit Hyperkalciämie setzt die Gelenke in fortschreitende Ankylose. Die Entfernung einer oder zweier Nebenschilddrüsen (Parathyreoidektomie) bewirkt, daß in wenigen Stunden der Schmerz verschwindet und sich die Gelenke ohne Ankylosis frei bewegen können.

Die Intensität des Schmerzes hängt nicht nur vom Reiz der Axone des Tractus Spinothalamicus ab, sondern vorwiegend von der Aktivierung hemmender Systeme; so hemmen z.B. die Impulse, die aus dem periaquäduktalen Grau (PAG) und den Raphé-Kernen stammen und durch die rückenmarkabsteigenden Bahnen fließen, die synaptischen Verbindungen. Substanzen wie Endorphin, 5-Hydroxytryptamin (5-HT) oder Substanz P hemmen die Erregungsüberleitung im Bereich der Synapsen zwischen der nozizeptiven peripheren Afferenz und den Neuronen, deren Axon im Tractus Spinothalamicus bis zum Thalamus aufsteigt. Man ist aber der Meinung, daß vor allem absteigende Bahnen für den hemmenden Effekt verantwortlich sind. „Opiatrezeptoren finden sich zwar im gesamten zentralen und peripheren sowie vegetativen Nervensystem, jedoch sind die Opiatrezeptoren besonders in jenen Hirngebieten kon-

zentriert, die für die Schmerzverarbeitung wesentlich sind“.⁶ „Die Existenz verschiedener absteigender Hemmsysteme läßt sich pharmakologisch belegen. Die Effekte bei PAG-Stimulation werden durch 5-HT gefördert, was aber die Reizung der lateralen Formatio reticularis nicht beeinflusst. Diese Reizung kann durch Noradrenalin verstärkt werden. Wahrscheinlich ist der erste Mechanismus von endogenen Opiaten abhängig, denn Mikroinjektion von Morphin in das PAG kann ebenfalls eine absteigende Hemmung wie bei elektrischer Stimulation auslösen. Morphininjektion hat hingegen in der lateralen Formatio reticularis keinen Effekt“.⁷

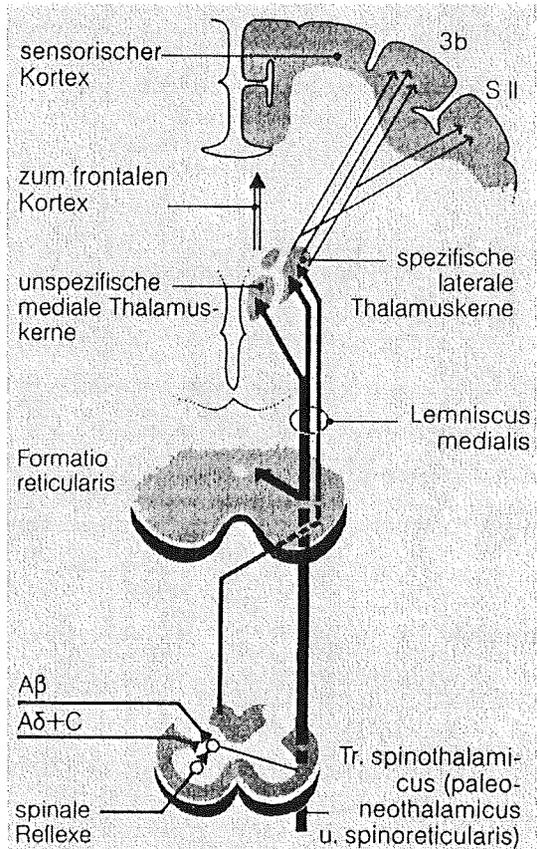


Abb. 1: Schmerzbahnen

Dieser anatomisch-physiologischen Verankerung des Schmerzes liegen einige Definitionen zugrunde:

- Der Schmerz ist eine Überreizung bestimmter Rezeptoren des afferenten Nervensystems des Körpers (SKRAMLIK, WOODWORT, SCHLOSBERG⁸).
- Der Schmerz ist die Überreizung jedes körperlichen Gewebes (WRIGHT⁹). Dafür sind differenzierte anatomische Rezeptoren nicht notwendig (LERICHE).
- Um physischen Schmerz zu provozieren, ist eine äußere Verwundung der Organe nicht nötig, es genügt dafür eine Dysregulierung der inneren Homöostase, wie z. B. eine Disfunktion der endokrinen Drüsen (GARCÍA BUÑUEL¹⁰).
- Entgegengesetzte Zustände können denselben Schmerz verursachen (LERICHE).

Beziehung Leib-Psyche

Geht man vom Ausgangspunkt aus, *wie* oder *wo* Schmerz entsteht, und richtet man die Aufmerksamkeit auf das tragende Substrat des Schmerzes im Körper, dann findet man Aussagen wie:

- Schmerz ist eine Mischung von Objektivem (*laesio physica*) und etwas Subjektivem (Gesimmtheit des Menschen) (BALCELLS¹¹). Unter Schmerz werden zwei verschiedene Bestandteile bezeichnet, die eng zusammenhängen, nämlich die Empfindung und die innere Resonanz im Menschen (GARCÍA-VALDECASAS¹²).
- Im subjektiven Sinn tendiert man dazu, alle unangenehmen Erlebnisse unter dem Begriff Schmerz einzuordnen (LERICHE¹³).

Nicht erst die moderne Medizin hat sich mit der Frage nach dem Substrat des Schmerzes im Menschen beschäftigt. Die klassische philosophische Anthropologie ordnete den Schmerz unter den *Passiones* ein. Für den Zweck dieser

Abhandlung ist es besonders ergiebig, den konzeptuellen Wandel zu erforschen, den THOMAS VON AQUIN in diesem Bereich vollzogen hat; er gelangte zu einem Konzept des Schmerzes, das heute weiterhin durchaus aktuell ist.

In seinen ersten Schriften definierte THOMAS den Schmerz als Wahrnehmung einer Schädigung¹⁴, so daß der Schmerz als eine Sinnesempfindung dargestellt wurde. Nach einer solchen Auffassung beteiligt sich die Seele nur durch die Kenntnisnahme eines vorhandenen Schmerzes. In späteren Werken vertritt THOMAS eine völlig andere Meinung. Der Schmerz ist eigentlich nicht eine sinnliche Wahrnehmung, sondern eine wirkliche innere Resonanz der Gefühle, sodaß die sensitive Empfindung nur ein Vorspiel des Prozesses ist: Der Schmerz ist eine Gefühlsregung, eine Regung der Psyche, die bei sensitiven Empfindungen hervorgerufen wird. Der Kern seiner Aussage liegt jetzt in der Psyche, d. h. in dem, was von der Seele ausgeht, sofern diese den Körper bewegt und im Körper ihr Ziel findet.¹⁵

Solche Definitionen vermitteln eine deutliche Einordnung des Schmerzes im somatischen Sinn. Trotzdem kann dies allein nicht zum Verständnis der Natur des Schmerzes führen, da der Schmerz nicht mit jeder beliebigen Gefühlsregung „gleichgestellt“ werden kann. Der Mensch weiß, daß der Schmerz ihn viel tiefer trifft als eine bloße Gefühlsregung. Der Schmerz trifft den ganzen Menschen in seiner körperlich-seelischen Einheit und verändert die subjektive Verankerung in seiner Umwelt, bzw. die Beziehung Mensch-Umwelt. In diesem Zusammenhang stehen auch die Aussagen über den Schmerz als Alarmsignal. Hier sei an die Deutung erinnert, die Charles Scott SHERINGTON seinerzeit gegeben hatte: Der Schmerz ist der Schutzalarm des Körpers vor einem Aggressor, der Reflexe zur Verteidigung hervorruft.¹⁶

Trotz des Wahrheitsgehaltes dieser Aussage fehlen nicht Autoren, die diese Auffassung relativieren:

- Der Schmerz ist ein Zuspätfunktionieren dieses Alarmes (VON GEBSATTEL¹⁷),
- Er ist eine unwirksame lokale Reaktion, eine wegen der Unfähigkeit, sich der Schmerzen zu entziehen, vergebliche Bemühung (BERGSON¹⁸).

LERICHE weist darauf hin, daß schlecht regulierte Schmerzen – Kausalgie, übertriebene Zahnneuralgie, Peritonitis, schmerzlose Neoplasien usw. – in Zweifel ziehen, daß er ein Schutz für den Organismus sein soll. „Wie kann man annehmen, daß der Schmerz eine Verteidigung ist – ein sechster Sinn, wie man gesagt hat -, wenn man die Misere einer Trigeminalneuralgie oder einen schmerzlichen Stumpf beobachtet? Was für einen Schutz vor einer Neoplasie bringt der Schmerz? Der Schmerz schützt den Menschen nicht. Er beeinträchtigt ihn. Man muß den Irrtum vermeiden, experimentellen Schmerz mit dem klinischen Schmerz zu verwechseln; dieser verhält sich nicht wie ein experimenteller Eingriff, es erfolgt nicht das Gesetz der Anpassung.“¹⁹

Verständlicherweise haben andere Autoren Konsequenzen aus dieser auffallenden Widersprüchlichkeit gezogen:

- Der Schmerz schützt den Menschen nicht, sondern er verringert ihn in seinen Möglichkeiten (LERICHE).
- Durch den Schmerz wird der Mensch, sogar in seinem Denken, beeinträchtigt (BUYTENDIJK²⁰).
- Der Schmerz hat keinen Sinn (SCHOPENHAUER²¹).

Körperliche Integration und individuelle Unterschiede

Verschiedene Systeme sind in der Schmerzempfindung beteiligt: Sinneswahrnehmung, Affekte und Verteidigungsreaktionen. Der Schmerz wird häufig mit neurovegetativen Reaktionen (Schweiß, Zittern, Übelkeit usw.) begleitet, die ein Beweis der psychosomatischen Einheit sind. Jeder Aspekt beeinflusst die anderen Aspekte

und wird umgekehrt von den anderen beeinflusst. Wutsymptome und Aggressivität können vorhanden sein, aber auch Lähmungen, von Angst, kaltem Schweiß und Panik begleitet, wenn der Aggressor überlegen ist. Wenn dieser Zustand länger anhält, kann er Unruhe, Appetitlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und sogar Zukunftsangst verursachen.

Die Wirkung des endothymenten Grundes manifestiert sich in Veränderungen der Körpertemperatur, der hormonellen Sekretion, des Atemrhythmus, des Blutkreislaufes oder sogar des Denkens. Dabei verändert sich die Physiognomie des Gesichtes, die Graphologie usw. Alfred ADLER bemerkte, daß der Mensch nicht nur mit seinem Gehirn denkt, sondern auch mit seinen Drüsen, seinem Magen, seinem Herz und seinen Lungen. Dieser Einfluß der Organe in die Gesamtperson nannte er „Dialekt der Organe“.²²

Persönliche Reaktionen können stattfinden, auch wenn der Schmerz nicht in all seiner Intensität präsent ist. Es genügt, daß die Person ihn in irgendeiner Form gegenwärtig hat, aber die bloße Erinnerung ist unzureichend, um eine vitale Reaktion hervorzurufen. Die unangenehmen Prozesse werden sogar aus dem Bewußtsein leicht verdrängt, leichter als die angenehmen, aber wenn eine integrale bedrohliche Situation vorkommt, dann werden alle ähnlichen Prozesse wiedererlebt.

Individuelle Faktoren spielen dabei eine große Rolle. Sogar verschiedene animische Zustände in einer Person beeinflussen die Wahrnehmung und Verarbeitung des Schmerzes. Noch verschiedener ist die Ungleichheit, wenn man Personen unterschiedlicher ethnischer oder sozialer Herkunft vergleicht. Für einige kann eine Krankheit Schlaf, Lebenshaltung und berufliche Leistung beeinflussen. Für andere bedeutet sie nichts. Einige Individuen reagieren mit starken theatralischen Äußerungen ihren Schmerzen gegenüber, die es schwierig machen, das reale Fundament der Symptome zu entziffern.

„Der Schmerz als Erlebnis ist mehrdimensional, er ist, wie ein Forscher feststellte, nicht nur ein Problem, sondern auch ein Geheimnis. Dem reichen Spektrum seiner Wirkungen entspricht die Skala der Empfindungen, die der Schmerz in uns auslöst. Der eine empfindet ihn als stechend, reißend und hämmernd, der andere als brennend, pochend und schneidend, dieser von uns erfährt ihn als marternd, erschöpfend und lähmend, jener als durchstoßend und mörderisch. Auch hier belegt die Sprache, wie variabel die Empfänglichkeit unserer Sinne ist. (...) Es überrascht nicht, daß er im Laufe der Jahrhunderte verschiedenartig bestimmt wurde und daß der Ausdruck, den man dem Schmerz in einer Epoche gab, nicht für immer Gültigkeit hatte. Fast kann man sagen, daß der Umgang mit dem Schmerz auch seine eigene Geschichte hat.“²³

Natur des Schmerzes

Das Unbefriedigende der erwähnten Definitionsversuche erfordert die Erweiterung des Blickwinkels und legt nahe, den Schmerz in bezug auf die gesamte Person zu betrachten. Dabei handelt es sich nicht nur um den Einfluß des Schmerzes auf die Persönlichkeit, sondern um die Beteiligung von Strukturen personalen Charakters bereits bei der Hervorrufung des Schmerzes schlechthin.

Die anthropologische Bedeutung der Schmerzerfahrung liegt in der Trennung zwischen dem Ich und seinem Körper. „Darin liegt das Wesen des Schmerzes“, schreibt Frederich BUYTENDIJK, „daß er die Innerlichkeit des Menschen in ihrer ganzen vitalen und psychischen Struktur mit einer – mit nichts sonst vergleichbaren – Gewalt desorganisiert“²⁴. Die von chronischen Schmerzen betroffenen Körperteile bekommen ein Eigenleben. Sie bekommen riesige Bedeutung, aber das Ich fühlt sich gleichzeitig fremd und versucht sich in Bewegung zu setzen, um sich von seinem eigenen schmerzenden Kör-

per zu distanzieren. So meint Viktor Emil VON GEBSATTEL ausdrücklich: „Wenn die ichlose Kreatur sich in den Fängen der Schmerzgewalt findet und in wildes Geschrei ausbricht, so scheint sie in diesem Geschrei aus ihrem Schmerz gewordenen Leib ausfahren zu wollen, wobei das Schwinden eine diffuse Fluchtreaktion um den beharrenden und unentrinnbaren Mittelpunkt des Schmerzes darstellt. Der Tendenz nach setzt sogar die ichlose Kreatur im Schmerz sich von ihrem Leib ab, nur daß ihr blindes Eingesenktsein in ihn eine Distanzierung faktisch nicht zuläßt.“²⁵

Vielleicht noch bildhafter sagt es Miguel DE UNAMUNO: „Habt ihr einen Stummen gesehen, der vor Schmerzen schreit und sich krümmt? Den eigenen Schmerzen wird der Schmerz hinzugefügt, sich nicht äußern zu können.“²⁶ Das Beispiel ist expressiv genug, damit man verstehen kann, was BUYTENDIJK mit der Distanzierung des Ich meint: „Allein im Schmerz erfahren wir die Spaltung der natürlichsten aller organischen Einheit, der Einheit nämlich zwischen unserem persönlichen und unserem körperlichen Sein.“²⁷ Schmerz ist ein Widerstreben gegen die Teilung, ein Gefühl, das sich der Spaltung widersetzt, lehrte Aurelius AUGUSTINUS in seiner Zeit²⁸, und Philipp LERSCH schreibt heute: „Auch derjenige, der einen seelischen Schmerz erlebt – etwa den Tod eines geliebten Menschen oder eine unglückliche Liebe –, erlebt ihn als Beeinträchtigung und Bedrohung in jenem Seinsgrund, durch den wir Gefäß des Lebens sind und in dem wir das Pathos der Lebendigkeit erfahren. Eben dies macht die endo-thyme Qual, die aktuelle Gestimmtheit des Schmerzes aus.“²⁹

TORRÁS I BAGES schrieb seinen Hirtenbrief *La ciencia del patir* auf dem Sterbebett. Als großer Kenner von Thomas VON AQUIN bemerkt er darin, daß die eigentliche Ursache des Schmerzes nach THOMAS die Liebe sei.³⁰ Thomas baut die Quaestio 36 der I-II der *Summa Theologia* über die Ursache des Schmerzes folgendermaßen auf: zuerst richtet er die Aufmerksamkeit auf das

Objekt, das Schmerz verursacht, und stellt fest, daß eher das gegenwärtige Übel als das abwesende Gut seine Ursache ist (a.1), dann studiert er das Ziel und sagt, daß die Liebe bzw. das Streben nach einem Gut Ursache des Schmerzes sei (a.2). Im Artikel 3 ist die Bedrohung gegen die Einheit das, was eigentlich Schmerzursache ist. Zuletzt beobachtet er den Kampf des Willens gegen das Objekt des Schmerzes und bejaht, daß der Mangel an Wirksamkeit beim Sich-dagegen-Wehren Schmerz verursacht (a.4).

Die wesentliche Aussage befindet sich im Artikel 3, dessen Titel lautet: „Das Streben nach der Einheit als Ursache des Schmerzes“. Im Korpus dieses Artikels wird gesagt: „Das Gut eines jeglichen Dinges besteht in einer gewissen Einheit“ und „ein Ding strebt naturhaft nach Einheit, wie auch nach Gutheit.“ Eine aufmerksame Lektüre läßt nicht nur den Wert der Einheit entdecken, sondern auch, daß die Einheit im tiefsten Substrat des Menschen verankert ist. Jede Bedrohung gegen diese Einheit trifft dementsprechend den Kern der Persönlichkeit, da sie ein Verlust an Ich bedeutet. Der Versuch des Menschen, sich vom Schmerz zu befreien, ist nichts anderes als vehement um die eigene Einheit zu ringen.

Eine Definition geben zu wollen ist ein Wagnis. Etienne GILSON sagte den Studenten von Harvard 1927: „Ich bin mir bewußt, daß die Definitionen nicht immer notwendig und manchmal sogar unmöglich sind. Aber seit den alten Zeiten von Sokrates wissen wir, daß sie, obwohl nicht immer notwendig, doch immer nützlich sind. Ohne eine allgemein gültige Aussage geben zu wollen, soll der Versuch gemacht werden: **Der Schmerz ist eine qualitative spezifische innere Resonanz, die das Subjekt beim Sich-bedroht-Fühlen, bedroht in seiner eigenen Integrität, hervorruft.**“ Der Schmerz ist die thymogene Algesie, wenn der Mensch sich bedroht fühlt. Diese schmerzspezifische innere Resonanz ist eine besondere Passio der Seele, in der eine Mitteilung der gesamten Person mitschwingt als ein Zustand,

der von innen her hervorgerufen wird, sobald der Mensch sich in seiner körperlich-seelischen Integrität bedroht fühlt und mit Leiden reagiert. Die körperlichen Prozesse sind also nur ein Vor-Schmerz, d.h. Prozesse auf dem Weg, Schmerz hervorzurufen. Von der Genesis des Schmerzes aus ist daher die Unterscheidung zwischen Schmerz und Leid nicht mehr angebracht. Beide sind dieselbe Passio der Psyche.

Das Wesentliche ist nicht gleich die Gesamtwirklichkeit, aber das Ganze kann nicht verstanden werden, wenn das Wesentliche fehlt. Die integralen Teile des menschlichen Schmerzes sind viel mehr als ihr Wesen. Sie fügen bei jedem Schmerz die eigentlichen Schattierungen hinzu. Besonders der physische Schmerz breitet sich auf Gebiete aus, die sehr weit von denjenigen entfernt sind, die in einer Definition gefaßt werden können. Aber auch der physische Schmerz ist eine Passio der Psyche. Wenn diese fehlt, wenn die thymogene Algesie fehlt, kann man es nicht als Schmerz bezeichnen.

Für eine Reflexion über den Wert des Schmerzes genügt das Ringen um die Definition seiner Struktur nicht. Es existiert nicht der Schmerz, sondern der Mensch, der Schmerzen hat und leidet. Im Wesen des Schmerzes ist jene Hinordnung auf die Person enthalten, die den „status algidus“ des Subjektes ausmacht. Der chronische Schmerz verändert das Subjekt selbst und bestimmt seine Persönlichkeit.

Dieselben Fakten können eine Persönlichkeit bereichern oder sie zum Absturz und zur Entzweiung führen. Dasselbe Leiden führt zur Hoffnungslosigkeit, zum Aufgeben im Kampf um die eigene Existenz, oder zum Vertrauen, zur Entscheidung, um das Leben zu kämpfen. Dasselbe Leid kann als absurd bewertet – dieses Urteil ist auf die ganze Existenz ausdehnbar – oder als Gelegenheit aufgenommen werden, einen tieferen Sinn zu gewinnen, wie ein Fenster des Ich, um hinaus... in die Transzendenz zu schauen.

Die Schwierigkeiten spielen eine entscheidende Rolle für die Selbsterkenntnis sowohl

der eigenen Fähigkeiten als auch der eigenen Grenzen. Leid und Drangsal sind stark auslösende Faktoren für die Reifung der Persönlichkeit, 1.) weil sich der Mensch durch sie bewußt wird, daß er eine Aufgabe zu bewältigen hat; 2.) weil sie die Bausteine zur Bewältigung dieser Aufgabe liefern. Adalbert STIFTER teilt mit: „Glücklich die Menschen, die diesen Schmerz nicht kennen! Und doch auch unglücklich, sie kennen das Höchste des Lebens nicht. Ich gebe den Schmerz nicht her, weil ich sonst auch das Göttliche hergeben müßte.“³¹

Vergleich des Schmerzes mit ähnlichen Gefühlsregungen

Um die Grenzen des Begriffes „Schmerz“ zu zeigen und einige Phänomene wie die Resonanz und die Konversion des Schmerzes besser zu verstehen, scheint es angebracht zu sein, einige Gefühlsregungen zu besprechen.

Der *Überdruß* beeinträchtigt jene Mechanismen, die eine freie Handlung ermöglichen. Sein negativer Charakter fördert die Unzufriedenheit und Bitterkeit des Lebens. Er ist eine Steigerung der Langeweile und beinhaltet eine gewisse Aggressivität gegen die äußere Welt. Da sie eine negative Antwort ist, führt sie zum Ressentiment. In diesem Prozeß spielen die Tendenzen des Egoismus und des Geltungsdranges und das Streben zur Macht eine Rolle.

Im Horizont des *Trauerns* ist ein Mangel an Fülle und Daseinssinn. Der gewünschte Gegenstand ist nicht mehr da. Ein schicksalhaftes Gefühl der Unwiderrufflichkeit verdunkelt den Horizont des Lebens, das seinen Sinn verloren hat. Die Leere, etwas, das nicht da oder nicht mehr da ist, erfüllt die eigene Existenz. Theodor STORM hat dies in einem Gedicht *Einer Toten* ausgedrückt:

Das aber kann ich nicht ertragen
daß so wie sonst die Sonne lacht,
daß wie in deinen Lebenstagen,

die Uhren gehen, die Glocken schlagen,
einförmig wechseln Tag und Nacht;
daß, wenn des Tages Lichter schwanden,
wie sonst der Abend uns vereint;
und daß, wo sonst dein Stuhl gestanden,
schon andre ihre Plätze fanden,
und nichts dich zu vermissen scheint.³²

Wenn dazu eine zugespitzte Spannung und feindselige Gegenstellung zur Umwelt kommt, dann spricht man von *Ärger*.

Die *Traurigkeit* ist diffuser und stabiler als die Trauer, manchmal kann ihr Gegenstand nicht identifiziert werden. Ihr Objekt muß nicht gegenwärtig sein, sondern kann in der Vergangenheit oder in der Zukunft verankert sein, denn ihre Wahrnehmung wurzelt in den inneren Sinnen. Nach Lersch gehört die Trauer zu den Gefühlsregungen des lebendigen Daseins, während Traurigkeit als stationäre Gestimmtheit des endothymen Grundes angesehen wird. Die Traurigkeit, wie die Angst, kann gegenstandslos sein, einer diffusen Haltung des Subjekts entsprechend.

Die Traurigkeit integriert sich in der Person und ist immer präsent als Hinterkulisse in allen ihrer Taten. Man lebt die eigene Existenz nicht als Entfaltung, sondern als Last, das Herz wird eng und man fühlt sich niedergeschlagen. Man nennt sie Schwermut, Trübsinn und Depression und sie entspricht einer Weltarmut und Lebensleere.

Beziehung zum Genuß und zur Freude

Wenn der Schmerz zum Guten zielt, insofern er von seiner Verhinderung produziert wird, ist es selbstverständlich, daß er mit der gegenteiligen Tendenz verknüpft ist: dem *Genuß*. Die Tendenz des Genusses beinhaltet eine endothymische Qualität und erfüllt den vitalen Impuls, dessen Frucht die Freude ist. BUYTENDIJK stellt fest: „In jeder Lust wird uns etwas geschenkt, das eine Leere füllt“. Dort läßt sich eine Teil-

nahme am Fluß des Lebens feststellen; das Leben wird bejaht und mit Freude genossen. „Der Genuß hat – ebenso wie die rein spielerisch funktionale Tätigkeit – zweifellos eine wichtige Rolle innerhalb des seelischen Haushalts, und zwar im rhythmischen Wechsel mit Arbeit und Anstrengung.“³⁴

Ausgehend davon, daß der Genuß die erste Tendenz des lebendigen Daseins im allgemeinen Sinn des Wortes ist, wurde er manchmal als regulierende Norm der ganzen menschlichen Aktivität eingestuft. In der Gestalt der Libido und ihrer Entfaltung wird von Sigmund FREUD das Genußverlangen studiert. Nach seiner Meinung sind die Tendenzen nicht ursprünglich frei, sondern voneinander gänzlich abhängig. Er folgt dem Gedankengang DARWINS, nach dem alles Neue in der phylogenetischen Skala Entwicklung, Evolution, d.h. Sublimation primitiver Formen ist. Für FREUD ist alles Entfaltung der Libido³⁵. Weil die Libido auch für FREUD durchaus unpersönlich ist, fällt die Beziehung Du-Ich auf eine Ebene von Es zu Es, in der das personale Ich untergegangen ist. Wenn die Entfaltungsspanne des menschlichen Lebens nach dem Lustprinzip ausgerichtet ist, degeneriert diese Obsession in Manie und atrophiert alle Thematiken des Füreinanderseins.

In einem Kommentar über die Gestalt des Dorian GRAY von OSCAR WILDE sagt LERSCH: „Für ihn fallen alle Strebungen des Über-sich-hinaus-seins aus, da sich seine Thematik ja konzentriert auf das Innewerden wechselnder Zuständigkeiten. Er kennt keine Bindung an Dinge und Menschen, keine Verantwortung und Verpflichtung ihnen gegenüber.“ Deshalb kann LERSCH hinzufügen: „Je weniger ein Mensch den Anspruch des Genusses stellt, desto weniger kennt er die Last der Langeweile; in dem Maße, in dem der Arbeits- und Leistungsmensch vom Genußmenschen verschieden ist, ist ihm auch die Gefahr der Langeweile fremd.“³⁶

Die Langeweile des Zwangsläufigen führt zur Unruhe, zur Hektik, immer wieder ein neu-

es Erlebnis zu finden. „Warum aber kann sich keiner ununterbrochen freuen? Ermüdet man?“, fragt sich ARISTOTELES, „denn alles Menschliche ist unfähig, kontinuierlich in Tätigkeit zu sein: also auch Lust zu empfinden. Denn sie folgt der Tätigkeit. Einiges erfreut, weil es neu ist, und später nicht mehr so, aus eben diesem Grunde. Denn zuerst wird die Aufmerksamkeit wachgerufen und beschäftigt sich andauernd damit, wie wenn man einen Gegenstand genau betrachtet; danach ist die Tätigkeit keine solche mehr, sondern sie läßt nach, und da verkommt dann auch die Lust.“³⁷ Um dies zu umgehen, postuliert Sören KIRKEGAARD die Alternanz: „Das Geheimnis besteht nicht darin, den Boden zu wechseln, sondern darin, sich ständig zu ändern.“³⁸

Freilich ist damit noch nicht alles gesagt. Es könnte ja sein, daß man einerseits das Lustprinzip vertritt, ihm aber andererseits im Zuge der intellektuellen Mode einen Widerpart zugesellt; und in der Tat ist dem Gegenpart das dialektische Spiel von „Pflicht und Neigung“ – eine terminologische Variante – durchaus vertraut. Da man Handlungen sah, die das Streben nach Lust auf den ersten Blick nicht enthalten, hat man sich gedacht, das sei nur möglich, weil auf einer höheren, sublimeren Ebene in solchen Fällen ein größerer Genuß zu erfahren wäre. Handlungen, deren Telos nicht unmittelbar zur Befriedigung führen, dienen gleichsam als dialektische Antithese zum Lustprinzip und steigern nur seine Geltung. Sogar Immanuel KANT riet: „Versage dir die Befriedigung, wenn auch nicht in der stoischen Absicht, ihrer ganz entbehren zu wollen, sondern in der feinen epikureischen, um einen immer noch wachsenden Genuß im Prospekt zu haben.“³⁹

Aber Genuß läßt sich nicht intendieren. Viktor E. FRANKL stellt dar, wie man genau den gegenteiligen Effekt erreicht von dem, was man eigentlich verfolgt, wenn die Folge zum Ziel erhoben wird: „Also, Glück kommt nämlich dann gerade nicht zustande, wenn es zum Ziel gesetzt wird, vielmehr nur dann, wenn es eben

nicht im Sinne eines Zieles angepeilt wird, wenn es also nicht intendiert wird, sondern sich nach Art einer bloßen Nebenwirkung von selbst ergibt. Lust ist primär eigentlich auch in keinen bzw. nur in Ausnahmefällen das Ziel menschlichen Handelns; primär zielt es vielmehr auf Sinnerfüllung und Werteverwirklichung ab. (...) Je mehr es einen Menschen um Lust geht, um so mehr vergeht sie ihm auch schon.⁴⁰

Man darf sagen, daß das Lustprinzip als Prinzip kein psychologisches, sondern ein pathologisches Prinzip ist. Der normale Mensch hat mit dem Genuß nicht genug; er sucht einen Sinn in seinen Handlungen, lautet die Hauptthese von FRANKL. „Der Wille zur Lust tritt erst dann auf den Plan, wenn der Mensch in seinem Willen zum Sinn leer ausgeht.“⁴¹ Auch der Wiener Psychiater Rudolf ALLERS unterscheidet zwischen Ziel und Folge des Handelns: „Das Ziel eines Handelns ist Verwirklichung eines Wertes und nicht Lust. Lust kann nur Ziel eines Handelns sein, weil auch sie einen Wert bestimmter Art und bestimmter Stellung innerhalb der Wertordnung darstellt. Und jene Lust, die uns erfüllt, wenn wir das Richtige getan haben, ist, das lehrt jede Introspektion in solche Verhaltensweise, nicht das Ziel der Handlung. Das Ziel ist vielmehr, das Richtige zu tun. Die dabei auftretende (übrigens durchaus nicht immer auftretende) Lust ist zu dem ganzen Komplex von Erkenntnis, Zielsetzung und Ausführung akzessorisch. Die Lust ist eine Prämie.“⁴²

Etwas anderes geschieht bei der *Freude* als stationärer Gestimmtheit. Einige Autoren nennen sie *Heiterkeit*. Diese ist das Gegenteil von der Traurigkeit, aber nicht vom Schmerz und ist kompatibel mit diesem. Die Freude überflutet alle psychologischen Ebenen der Person, beeinflusst alle Impulse, Gefühle, Gedanken und Affekte und breitet sich sogar auf andere Menschen aus. Sie ist wie der Sonnenschein der Welt. Die Lust fühlt man in den Dingen, die kaum Anstrengung verlangen. Die Freude ist innerlicher. Sie kann mit Anstrengung, Arbeit

und sogar mit Leiden vereinbar sein.⁴³ LERSCH bejaht: „Aus dem Reich werden unserer Innerlichkeit an der Welt, das wir in der Freude erfahren, wird es verständlich, daß ihr – und dies macht die Antriebsgestalt der Freude aus – wesensmäßig die Gebärde des Sichöffnens, des Umfassens und des Sichverschenkens zugehört, ganz im Sinne jener Worte in SCHILLERS Gedicht *An die Freude*:

Seid umschlungen Millionen!

Diesen Kuß der ganzen Welt!⁴⁴

Genuß und Freude verhalten sich bereits in der psychologischen Ebene wie Oberfläche und Tiefe zueinander, aber nicht alle Freude ist allein psychologisch. Die geistige Freude führt viel weiter, in die Transzendenz hinein. Deshalb ist sie mit dem Schmerz vereinbar. Sowohl der Schmerz wie der Genuß können in die Freude oder in die Traurigkeit einmünden, je nach der Resonanz in der Integrität der Gesamtperson.

Referenzen

1. Vgl. z. B. *Psychologie* von Wilhelm HEHLMANN. A. Kröner, Stuttgart 1965; *-dtw-Lexikon*. Deutscher Taschenbuch Verl., München 1972; es ist bemerkenswert, daß *Klinisches Wörterbuch* von Willibald PSYCHIREMBEL kein Wort über den Schmerz verliert. Walter de Gruyter, Berlin 1964.
2. *Qu'est-ce que la douleur?*, in: Alajouanine, Th.: *La douleur et les douleurs*. Masson, Paris 1957.
3. STRIAN, Friedrich: *Schmerz (Ursachen, Symptome, Therapie)*. Beck, München 1996, 10.
4. Aus praktischen Gründen verzichten wir hier darauf, spezifische Schmerzunterschiede der Organe, wie viszeraler Schmerz, Schmerz der Gelenkkapseln, der Gefäße usw. zu differenzieren.
5. LERICHE, René: *Qu'est-ce que la douleur?*, 1f.
6. STRIAN, Friedrich: *Schmerz*, 16.
7. THODEN, Uwe: *Neurogene Schmerzsyndrome (Differentialdiagnose und Therapie)*. Hippokrates, Stuttgart 1987, 17.
8. SKRAMLIK, E. von: *Beiträge zur Psychophysiologie der Sinnesleistungen*. Akad. Verl., Leipzig 1937; -Woodwort, Robert -Schlosberg, Harold: *Psicología experimental*. Eudeba, Buenos Aires 1964.
9. WRIGHT, Samson: *Fisopatología general*. Labor, Madrid 1956.
10. GARCÍA-BUÑUEL, Luis: *La neurofarmacología del dolor*.

- Tribuna Médica Revisión 14 (1972) 7-12.
11. BALCELLS, *Patología general y fisiopatología*. Salamanca 1964.
 12. GARCIA-VALDECASAS, *Farmacología*. Daes, Barcelona 1962.
 13. LERICHE, *La chirurgie de la douleur*. Masson, Paris, 2.Aufl 1949.
 14. THOMAS ordnet den Schmerz den Passiones des Körpers unter und erklärte, was er darunter verstand, folgendermaßen: Uno modo ita quod passio incipiat a corpore et terminetur in anima, secundum quod unitur corpori ut forma, et haec est quaedam passio corporalis... Alio modo ita quod incipiat ab anima, in quantum est corporis motor, et terminetur in corpus; et haec dicitur passio animalis. *De veritate*, q.26, a.2. Über den Schmerz sagt Thomas ausdrücklich: Dolor, secundum quod proprie accipitur, non debet computari inter animae passiones, quia nihil habet ex parte animae nisi apprehensionem tantum. *De veritate*, q.26, a.4, ad 4. So unterscheidet er Schmerz von Trauer; nur die letzte erkennt er als Passio der Psyche. Dieselbe Meinung vertritt Thomas in *Scrip. super Sent.* III, d.15, q.2, a.3, sol.2.
 15. THOMAS VON AQUIN, Dolor, secundum quod est in appetitu sensitivo, propriissime dicitur passio animae. *S. Theol.* I-II, q.35, a.1 in c.
 16. SHERINGTON Ch.S., *The central Nervous System*. M. Mac-Millan, London 1897.
 17. GEBSATTEL VON V.E., *Prolegomena zu einer medizinischen Anthropologie*. Springer, Berlin 1854, 172.
 18. BERGSON, *Matière et mémoire. (Essai sur la relation du corp a l'esprit)*, in: *Oeuvres*. P.U.F., Paris 1959, 159-379.
 19. LERICHE, *Qu'est-ce que la douleur?*
 20. BUYTENDIJK, *Over de pyn*; dt.: *Über den Schmerz*. H. HUBER, Bern 1948.
 21. SCHOPENHAUER, *Die Welt als Wille und Vorstellung*, in: *Werke*. Brockhaus, Wiesbaden, 3.ed. 1972, Bd.2.
 22. ADLER A., *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. Bergmann, München, 4.Aufl. 1930.
 23. LENZ, Siegfried: *Über den Schmerz*. Vortrag im 102. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, April 1996. Pro Manuskript, S.7 und 13f.
 24. BUYTENDIJK, *Over de pyn*, 138.
 25. GEBSATTEL VON V.E., *Prolegomena zu einer medizinischen Anthropologie*. Springer, Berlin 1954, 172.
 26. UNAMUNO D.M., *Del dolor, de la soledad y de la lógica con otras cosas (Monólogo divagatorio)*. Aguilar, Madrid 1951.
 27. BUYTENDIJK, *Over de pyn*, 25, vgl. auch 170. Dieser Autor will im Schmerz den individuellen Ausdruck von kosmischen Dimension sehen, eine Art Teilnahme an einem objektiven Geschehen des Weltalls. Vgl. Ders. *Über den Schmerz*. *Psyche* IX(1955/56) 436-452.
 28. AUGUSTINUS A., *De libero arbitrio* I.III, c.23, n.69. PL 32, 1305.
 29. LERSCH P., *Aufbau der Person*. J. A. Barth, München, 10.Aufl. 1966, 231.
 30. Vich 1916.
 31. Brief an Gustav HECKENAST vom 13.5.1854, in: *Briefe*. Reiner WUNDERLICH - Hermann Leins. Tübingen - Stuttgart 1947, 160. Siehe diesbezüglich das Studium von Ida Cermak über verschiedene Persönlichkeiten in ihrem Werk „*Ich klage nicht*.“ Diogenes, Zürich 1983.
 32. STORM G., *Gedichte*, in: *Gesammelte Werke I*. Reclam, Leipzig o.J., S.57.
 33. BUYTENDIJK, *Over de pyn*, 20.
 34. LERSCH, Philipp: *Aufbau der Person*, 139.
 35. Vgl. FREUD, Sigmund: besonders *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, in: *Gesammelte Schriften*. Intern. psychoanal. Verlag, Leipzig-Wien-Zürich 1925. Auch beim Marcuse finden wir dieselbe Theorie wieder: vgl. *Eros and Civilisation. (A philosophical Inquiry into Freud)*. The Bacon Press, Boston 1956, 16.
 36. LERSCH, *Aufbau der Person*, 139f.
 37. ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Darmstadt 1960, 10-1175 a1.
 38. KIRKEGAARD S., *Gesamte Werke*. Jena 1914, Bd.1, 266.
 39. *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*, in: *Sämtliche Werke*. K. ROSENKRANZ und F.W.SCHUBERT, Leipzig-Voss 1938, Bd.8, 25.
 40. FRANKL V., *Die Psychotherapie in der Praxis*. F. Deuticke, Wien, 2.Aufl. 1961, 216.
 41. FRANKL V. in: LUKAS, E.: *Von der Tiefen- zur Höhenpsychologie*. Herder, Freiburg 1983, 320. Vgl. auch Frankl: *Homo patiens*. F. Deuticke, Wien 1950, S.21f. und passim.
 42. ALLERS R., *Das Werden der sittlichen Person*. Herder, Freiburg 1929, 35f.
 43. Vgl. CORMAN, Luis: *La educación en la confianza*. Aguilar, Madrid 1961, 164.
 44. LERSCH, *Aufbau der Person*, 237.



SCHWERPUNKT *LEBENSQUALITÄT* – *BEHANDLUNGSABBRUCH*

Grenzen des ärztlichen Heilauftrages Überlegungen zum Behandlungsverzicht

Johannes BONELLI

ZUSAMMENFASSUNG

In der öffentlichen Meinung wird zunehmend die gesetzliche Freigabe der Euthanasie unter gewissen Umständen gefordert. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß die heutige Medizin in den Menschen Hoffnungen erweckt, die in Wirklichkeit nicht erfüllt werden können. Der Auftrag an den Arzt besteht seit jeher nicht nur in der unbedingten Heilung, sondern immer auch in der Linderung und Tröstung. Wenn eine Behandlung sinnlos ist, weil keine Chance auf Heilung besteht, wenn ein Patient im Sterben liegt oder aber wenn der therapeutische Aufwand in keinem Verhältnis zum erwartbaren Erfolg steht, so ist die Beendigung einer kurativen Therapie zu rechtfertigen und darüberhinaus geboten.

Schlüsselwörter: Aktivismus, Behandlungsabbruch, Kriterien, Palliation

ABSTRACT

Public Opinion is increasingly requesting the legalization of euthanasia in certain circumstances. This is partly due to the fact that today's medicine has awakened hopes in individuals which can in reality not be fulfilled. The mandate of the physician has always been not only in absolute healing but also always in alleviating and consoling. When treatment becomes senseless because there is no chance of healment, when a patient is dying, or if the expence of therapy is out of relationship to the success to be expected, then an end to the curative therapy is not only justifiable but also necessary.

keywords: activism, end of treatment, criterion, palliation

DER bekannte Medizinethiker Gonzalo HERRANZ meinte vor kurzem, daß „das gesamte Schicksal der Medizin von der Fähigkeit der Ärzte abhängen wird, Kurs zu halten zwischen den trügerischen Klippen der Euthanasie einerseits und dem anderen Extrem, nämlich den bewußt unnützen Behandlungseingriffen andererseits“.¹

Zunächst einmal muß man feststellen, daß auch von Medizinern zunehmend die gesetzliche Freigabe der Euthanasie unter gewissen Umständen gefordert wird. Die medizinwissenschaftlichen Top-Zeitschriften sind voll von einschlägigen Artikeln zu diesem Thema.

Es gibt sicher eine ganze Reihe von Gründen für das Aufflackern dieser Euthanasiedebatte heute.

Ich möchte hier, entsprechend meinem Thema, nur einen Aspekt herausgreifen:

Ist es nicht so, daß die heutige Medizin in den Menschen Hoffnungen erweckt, die sie in Wirklichkeit gar nicht erfüllen kann? So hat die WHO die vollständige Ausrottung aller Krankheiten und die Überwindung des Todes für alle Menschen als das erklärte Ziel der Medizin proklamiert. Eine medizinische Wissenschaft, die in die eigene Macht über die Natur ein solches Vertrauen setzt und derartige Hoffnungen schürt, darf sich nicht wundern, wenn ein Mensch angesichts einer unheilbaren Krankheit in Verzweiflung gerät, und wenn der eine oder andere das versprochene Ziel, nämlich die vollständige Herrschaft über Krankheit und Tod doch noch zu erzwingen sucht, wenn auch nur mehr – so paradox es klingt – um den Preis des eigenen Lebens mit Hilfe der Euthanasie. Ich darf bemerken, daß der Gedanke, Krankheiten auszurotten, indem man den Kranken selbst eliminiert (also Heilen durch Töten) tiefer verwurzelt ist, als wir das vielleicht wahrhaben möchten. Als Beispiel sei die heute übliche Praxis der pränatalen Diagnostik erwähnt, wo beim Nachweis einer Erbkrankheit anschließend fast schon automatisch eine Abtreibung vorgenommen wird.²

Von alters her hat die Medizin freilich ihren Auftrag nie nur in der unbedingten Heilung, sondern immer auch in der Linderung und Tröstung gesehen.³ Insofern kommt für uns Ärzte ein Behandlungsabbruch im strengen Sinn ohnehin nicht in Frage und wir sollten uns ernstlich gegen die Verwendung dieses Begriffes wehren.

Von der Tröstung will ich hier nicht viel sprechen; aber vielleicht sollte doch gesagt werden, daß ihre Kunst darin besteht, den Patienten einerseits niemals ohne Hoffnung alleine zu lassen, ohne aber auf der anderen Seite durch sinnlosen Aktivismus und Täuschung falsche Hoffnungen zu erwecken, um so den Patienten über den Tod gleichsam hinwegzutäuschen.

Das Gebot der Stunde scheint zu sein, daß der Arzt rechtzeitig erkennt, wann sein Auftrag zu heilen endet, nicht aber um dann die Flucht zu ergreifen, sondern um sich in angemessener Weise der Linderung, also der Palliation zuzuwenden.

Grundsätzlich kann gesagt werden, daß die Beendigung einer kurativen Therapie unter drei Bedingungen gerechtfertigt oder eigentlich sogar zu fordern ist.

- 1) Wenn die Behandlung sinnlos ist: und damit ist gemeint, daß durch sie weder eine echte Chance auf Heilung, noch auf Lebensverlängerung besteht
- 2) Wenn der Aufwand in keinem Verhältnis zum erwartbaren Erfolg steht (Prinzip Verhältnismäßigkeit)
- 3) Wenn der Patient im Sterben liegt, das heißt wenn der Tod unmittelbar und unausweichlich bevorsteht und jede Lebensverlängerung eigentlich eine Verlängerung des Sterbeprozesses bedeutet.

Im letzten Fall würde ich meinen, tun wir Ärzte uns relativ noch am leichtesten, wobei hier die Erfahrung und die Unmittelbarkeit des Geschehens eine wesentliche Rolle spielen.

Anders liegen die Verhältnisse bei den beiden anderen Bedingungen. Ich fürchte, daß heute eine ganze Reihe von therapeutischen und dia-

gnostischen Maßnahmen am Patienten durchgeführt werden, die auf Heilung oder Lebensverlängerung ausgerichtet, in Wirklichkeit aber gar nicht mehr zielführend sind, oder zumindest in keinem Verhältnis mehr zum erwartbaren Erfolg stehen, wobei dies meist weder dem Arzt noch dem Patienten so richtig bewußt ist.

Die medizinische Wissenschaft hat sich mit den Grenzen der kurativen Medizin und den Kriterien, die diese Grenzen abstecken, relativ wenig beschäftigt. Es dürfte nicht sein, daß Entscheidungen über die Durchführung oder Beendigung einer Therapie ziemlich willkürlich oder gefühlsmäßig getroffen werden müssen, oft auf Drängen der Patienten oder ihrer Angehörigen zu deren Beruhigung, auf Druck von außen, durch die Medien z.B. oder weil eine Selbsthilfegruppe eine bestimmte Therapie einfordert, ohne daß dafür wissenschaftlich gesicherte und nachvollziehbare Daten vorliegen, die die Sinnhaftigkeit oder Verhältnismäßigkeit einer Therapie für den konkreten Fall beurteilen lassen.

Es kann auch nicht sein, daß die zunehmende Spezialisierung dazu führt, daß der behandelnde Arzt bzw. der Hausarzt, der den Patienten als ganzen vor sich hat und nicht nur als Tumor oder Coronararterie, zum Erfüllungshelfen von undurchschaubaren Spezialistenvorschriften degradiert wird.

Auf den ersten Blick scheinen solche Forderungen unrealistisch, ich denke aber doch, daß ein gangbarer Weg gesucht werden sollte.

Dazu kurz einige provokante Anstöße:

Zunächst ein nicht untypischer Fall aus dem medizinischen Alltag: eine 73-Jahre alte Patientin kommt zur Durchuntersuchung wegen Gewichtabnahme ins Krankenhaus. Sie hat sonst keine wesentlichen Beschwerden. Im Ultraschall findet man einen Pankreastumor, der in die Leberpforte einwächst. Die Leber ist mit Tumormetastasen durchsetzt. In Anbetracht des noch guten Allgemeinzustandes der Patientin werden nach einem onkologischen Konsilium palliative Maßnahmen je nach Beschwerde-

bild vorgeschlagen und den Angehörigen angeboten, die Patientin vorerst nach Hause zu nehmen und eventuell eine Iscatorkur (wenn auch nur als Placeboeffekt) einzuleiten. Am Tag nach dem Gespräch erscheinen die Angehörigen neuerlich ziemlich erbost beim stationsleitenden Oberarzt. Sie seien bei einem anderen Onkologen gewesen. Dieser sei der Meinung, die Mutter hätte seiner Erfahrung nach sehr wohl noch eine „Chance“, ein Bett auf seiner Abteilung stehe bereit, und es erfolgte noch am selben Tag die Transferierung. Dort erhält die Patientin einen Leberarterienkatheter und es werden diverse Chemotherapeutika infundiert. Dabei treten eine ganze Reihe von Komplikationen auf und die Patientin stirbt letztlich nach zwei Monaten Krankenhausaufenthalt, ohne je wieder zu Hause gewesen zu sein.

Anhand dieses Falles lassen sich einige prinzipielle Forderungen für unsere Fragestellung ableiten:

- 1) Es scheint dringend an der Zeit, daß der Dialog zwischen den Ärzten und besonders zwischen Spezialisten und behandelnden Ärzten gerade in so kritischen Situationen wieder mehr gepflegt wird.
- 2) Behandlungsempfehlungen aufgrund von statistischen Daten oder sonstigen Überlegungen, wie dies heute vielfach üblich ist, ohne einen Patienten überhaupt gesehen oder sich zumindest mit dem behandelnden Arzt in Verbindung gesetzt zu haben, sind besser zu unterlassen.
- 3) Es scheint sehr gefährlich, aufgrund von fragwürdigen Einzelbeobachtungen dem Patienten Hoffnung auf Heilung oder Lebensverlängerung zu machen; denn angesichts des Todes ist jeder Patient zu jeder Art von Therapie bereit.
- 4) Statistische Daten sollten von den diversen Verantwortlichen so vorgelegt werden, daß daraus nicht nur Signifikanzen, sondern auch deren Relevanz abgelesen werden kann. Remissionsraten z.B., die zu keiner Lebensverlängerung führen und daher bestenfalls

palliativ wirken können, sollten als solche ausgewiesen werden.⁴ Keinesfalls sollte man lediglich Tumorzellen behandeln, zum *Schaden* der Patienten, wie im vorliegenden Fall.

- 5) Auch die sogenannten echten kurativen Maßnahmen sollten in ihrer Aussagekraft exakt präzisiert bzw. in ihrem wahren Ausmaß quantitativ ausgewiesen werden. Der lapidare Hinweis, der Patient „hätte eine Chance, die ihm gegeben werden soll“, wie dies häufig geschieht (auch im geschilderten Fall), reicht meiner Meinung nach nicht aus, um eine aufwendige und für den Patienten belastende Therapie einzuleiten. Es ist z.B. ein Unterschied, ob eine echte Chance auf Heilung besteht oder ob der Patient vielleicht einige Jahre, vielleicht nur Monate, Wochen, oder in Wirklichkeit gar nichts gewinnt.

Dazu ein anderes Beispiel: In der Zeitschrift „Lancet“⁵ wird aufgrund einer Metaanalyse bei Patienten mit nicht mehr operablem, nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom eine Chemotherapie empfohlen. Schaut man sich die Daten dieser Studie genauer an, so zeigt sich, daß die Grundlage für die Therapieempfehlung darauf beruht, daß die Mortalität drei und sechs Monate nach Therapiebeginn, zwar signifikant reduziert werden konnte, doch bereits nach neun Monaten war dieser Unterschied wieder ausgeglichen. Mit anderen Worten, im Durchschnitt starben nach neun Monaten gleich viele Patienten, unabhängig davon, ob sie behandelt wurden oder nicht. Dabei liegt die mittlere Überlebenszeit solcher Patienten ohnehin nur bei ca. 12 Monaten, d.h. im Durchschnitt sterben *alle* Patienten nach einem Jahr. Hier stellt sich in der Tat die Frage der Verhältnismäßigkeit; und zwar nicht nur in bezug auf das Ungemach, das man diesen Patienten noch in ihren letzten Lebenstagen zumutet, sondern auch in bezug auf den Einsatz von Personal und Kosten, die hier für einen mehr als fraglichen Erfolg initiiert werden.

- 6) Weiters wäre zu prüfen, ob eine ins Auge gefaßte Therapie bei dem jeweiligen Patienten überhaupt noch zum Tragen kommen kann: es gibt Behandlungsstrategien – und zwar auf allen Gebieten der Medizin – die sich erst nach mehreren Jahren z.B. auf die Überlebensrate signifikant auswirken, während anfangs noch keine Unterschiede zu erwarten, bzw. zu erkennen sind (meist handelt es sich dabei um präventive Maßnahmen). Auch zu dieser Frage müßten klare Aussagen verlangt werden. Denn bei der Entscheidung, ob jemand eine Behandlung bekommen soll oder nicht, muß ja auch die jeweilige Lebenserwartung des einzelnen Patienten als solche mitberücksichtigt werden. Wenn diese niedriger ist als die Zeitspanne, in der eine ins Auge gefaßte Therapie überhaupt wirksam werden kann, dann ist ein solcher Therapieansatz sinnlos. Einen 80-Jährigen, um ein banales Beispiel zu sagen, mit dem Cholesterinspiegel zu quälen ist ziemlich unsinnig.⁶

Ich rede hier nicht einem sogenannten „Ageing“ das Wort, aber einer möglichst exakten Abschätzung der Prognose bzw. Lebenserwartung eines Patienten vor Einleitung einer Therapie; und da spielt das Alter sehr wohl eine Rolle. Es ist z.B. durch Studien belegt, daß alte Krebspatienten in den allermeisten Fällen aus ganz anderen Ursachen sterben und nicht an ihrer Krebserkrankung. Deshalb wird man eine einschneidende Therapie oder riskante Operation bei älteren Patienten viel kritischer beurteilen müssen als bei einem jugendlichen Menschen. Aber auch dazu fehlen großteils die Daten.

- 7) Auch die Angaben über sogenannte Ansprechraten bzw. Überlebens- oder Rezidivraten sollten genauer präzisiert werden, denn hier können die tatsächlichen Verhältnisse in mehrfacher Hinsicht verschleiert werden. Ich nehme als Beispiel die adjuvante Therapie des Mammakarzinoms mit Tamoxifen bei unter 50-Jährigen.⁷ Sicher hat die moder-

ne Onkologie in den letzten Jahren gerade hier viel geleistet. Dennoch sollte man sich hüten, einen überzogenen Optimismus an den Tag zu legen, denn sonst ist nachher die Enttäuschung umso größer. Es heißt, die Verbesserung der Todesrate mit Tamoxifen beträgt signifikant 6%. Das klingt ganz gut. Man könnte meinen, daß von 100 behandelten Frauen 6 profitieren. In Wirklichkeit beziehen sich die 6% auf die Sterberate (d.h. auf 30 von 100) und nicht auf alle behandelten Fälle. Dies bedeutet, daß von 100 Frauen nur 1,8% profitieren, während 98,2% umsonst behandelt werden. Dabei ist nicht ersichtlich, worin der Profit nun eigentlich besteht. Der Terminus Überlebensrate suggeriert eine dauerhafte Lebensrettung im Sinne einer echten Heilung, wovon ja keine Rede sein kann. Vielleicht werden 1 – 2 Jahre gewonnen. Beim Mammakarzinom ist es im Einzelfall sicher gleichgültig, ob die Patientin nun Nolvadex umsonst einnimmt oder nicht. Meistens wird dieses Medikament ganz gut vertragen. Aber das ist nicht immer so: In einer derzeit laufenden Studie über die adjuvante Chemotherapie des Dickdarmkarzinoms bekommt die eine Gruppe der Patienten nur 5-Fluourazil alle 4 Wochen, die andere zusätzlich 3 mal pro Woche Interferon. Für Patienten, die diese Kombination erhalten, ist die Behandlung wegen der erheblichen Nebenwirkungen derart belastend, daß sie praktisch mit einem Jahr Berufsunfähigkeit rechnen müssen. Wenn ein solcher Patient darüber informiert wird, daß die zusätzliche Gabe von Interferon nach den derzeit vorliegenden Daten mit höchster Wahrscheinlichkeit keinen Gewinn⁸ bringt, und daß ein Patient, sollte er entgegen allen Erwartungen dennoch profitieren, sicher nicht geheilt wird, sondern möglicherweise gerade nur das Jahr gewinnt, das er vorher im Zuge der Therapie verloren hat, dann wird die Entscheidung für oder gegen eine Interferontherapie nach Abwägung

aller anderen persönlichen Umstände und Faktoren (z.B. Berufsausfall) vielleicht anders ausfallen als wenn er nach Schema F fast automatisch in eine Studie eingeschleust wird, vielleicht nur mit der lapidaren Information: er hätte dadurch mehr Chancen (laut Patienteninformation), ohne auf die damit verbundenen Konsequenzen zu verweisen.

- 8) Zur Beurteilung der Verhältnismäßigkeit müßte nicht nur der Nutzen, sondern auch das Risiko einer bestimmten Maßnahme genau abgeschätzt und auch offengelegt werden. Vor kurzem wurde eine derart aggressive präoperative, also neoadjuvante Chemotherapie beim großzelligen Bronchuskarzinom vorgestellt, daß deren Mortalitätsrisiko 15% beträgt, während der Gewinn äußerst fraglich erscheint.

Herztransplantationen werden offiziell bis zum 70. Lebensjahr durchgeführt. Das Risiko, die Operation nicht zu überleben, steigt allerdings mit zunehmendem Alter drastisch. Davon hört man leider nichts, wenn die diversen Paradedepatienten in den Medien vorgeführt werden. Überhaupt bergen Medienauftritte erheblich die Gefahr in sich, falsche Hoffnungen in der Bevölkerung zu wecken, die dann im klinischen Alltag nur mit größter Mühe wieder ausgeräumt werden können.

- 9) Letztlich werden wir uns auf längere Sicht auch über die Verhältnismäßigkeit der Kosten Gedanken machen müssen, wenngleich es sich hier wahrscheinlich um das schwierigste und heikelste Thema handelt. Als Beispiel führe ich nur eine Kostenrechnung für die erwähnte adjuvante Therapie des Mammakarzinoms mit Tamoxifen an: Dabei ergeben sich aus der Tatsache, daß nur 1,8% der behandelten Patienten profitieren – wobei wie gesagt nicht klar ausweisbar ist, worin der Profit besteht – (ein bis zwei Jahre?) alleine Medikamentenkosten von öS 2,3 Millionen für einen positiven Fall. Weiters verweise ich auf die heute üblichen aufwendig-

gen Nachsorgeuntersuchungen mit CT, Knochenscan, Mammographie, Endoskopie, Tumormarkern, auf die Hysterie um die Osteoporoseprophylaxe mit Hormonen, die Herzinfarktprophylaxe mit Beta-Blockern und ACE-Hemmern. All das geht in die Milliarden und wird – unterstützt durch eine entsprechende Medienpropaganda – wie selbstverständlich eingefordert.

Ich glaube kaum, daß uns Ärzten und schon gar nicht den Patienten bewußt ist, welche Beträge heute für Behandlungen aufgewendet werden müssen, deren Erfolg verhältnismäßig bescheiden, ja sogar fraglich ist.

Zusammenfassend möchte ich den eingangs zitierten Satz von Herranz abwandeln und sagen, daß das Schicksal der Medizin von der Fähigkeit der Ärzte abhängen wird, die trügerischen Klippen einer überzogenen Kurativmedizin rechtzeitig zu erkennen, um sich der Palliativmedizin zuzuwenden, die nicht mehr auf Heilung oder Lebensverlängerung, dafür umso intensiver auf Linderung und Begleitung ausgerichtet ist.

Um sinnlosen Aktivismus oder vorschnelle Resignation, aber auch die sinnlose Verschwendung von Geldmitteln zu verhindern, genügt es nicht, daß jeder Arzt gleichsam sein eigenes Süppchen kocht (nach dem Motto: ich lege mir hier meine eigenen Prinzipien zu recht) – sonst bleibt der *Patient* auf der Strecke, wie in dem geschilderten Fall – sondern es müßten naturwissenschaftlich abgesicherte Daten nach ganz bestimmten Kriterien eingefordert bzw. erarbeitet werden, die es ermöglichen, die Grenzen einer bestimmten Therapie

möglichst exakt abzustecken. Eine Entscheidung für oder gegen eine Behandlung muß so transparent und nachvollziehbar sein, daß wir Ärzte – zum Wohle unserer Patienten – auch in diesen schwierigen und heiklen Fragen wieder eine gemeinsame Sprache finden. Dies setzt allerdings voraus, daß auch unsere Patienten wieder bereit sind, die Wirklichkeit eines zu Ende gehenden Lebens anzunehmen, sodaß wir nicht Heilung vortäuschen müssen, wo nur Palliation geleistet werden kann.

Referenzen

1. HERRANZ G., „Euthanasie – Gebote und Verbote der Sterbehilfe“ in „Menschlichkeit in der Medizin“, Hans THOMAS (Hrsg.), Verlag Busse Seewald GmbH, Herford, (1993), S 221ff
2. POPOV C., „Ethische Fragen in der Neonatologie“, Wiener klinische Wochenschrift, (1996), 106/3:53-58
3. TORELLO J.B., „Saluti et solatio aegrorum. Über die Tröstung des Kranken in der heutigen Medizin“ in „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, J.BONELLI (Hrsg.), Springer Verlag, Wien – New-York, (1992), S 229ff
4. RADERER M., SCHEITHAUER W., „Treatment of colorectal cancer with 5-fluorouracil and interferon-a“, *Eurocancer*, 1995
5. SOUQUET P.J. et al, „Polychemotherapy in advanced non small cell lung cancer: a meta-analysis“, *The Lancet*, (1993), Vol.342, July 3, S 19ff
6. PEDERSEN T.R., „Lowering Cholesterol with drugs and diet“, *The new England Journal of Medicine*, Vol.333, No.20, Nov.16, 1995, S 1350f
7. HARRIS J.R. et al, „Breast cancer“, *The new England Journal of Medicine*, Vol.337, No.5, 1992
8. RECCHIA F., NUZZO A., LOMBARDO M. al, 5-fluorouracil (5FU) and high dose folinic acid (HDFA) chemotherapy (CT) with or without alfa 2b interferon (IFN) in advanced colorectal cancer (ACC). Preliminary report of a randomized trial. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1992; 11:162 (abstract)

Lebensqualität als Entscheidungskriterium

Darf Lebensqualität zu einem Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverlängerung oder -verkürzung werden?

Enrique H. Prat

ZUSAMMENFASSUNG

In der Medizin ist der Begriff „Lebensqualität“ seit den Siebzigerjahren in zunehmender Verwendung. Lebensqualität wird mittels der Eigenschaften definiert, die das Leben und die Person voraussetzen. Die Würde des Menschen gründet in der Würde der Person und nicht im Wert der Eigenschaften die die Lebensqualität dieses Menschen ausmachen. Deshalb ist zu folgern, daß nicht die Lebensqualität, sondern die Menschenwürde der Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverlängerung oder Behandlungsabbruch ist.

Schlüsselwörter: Lebensqualität, Behandlungsabbruch, Würde des Menschen, Verhältnismäßigkeitskriterien, Euthanasie

ABSTRACT

The term „Quality of Life“ has been used more and more in Medicine since the nineteenseventies. Quality of life is defined as the properties which Life and the Person presuppose. The dignity of the human being is based on the personal dignity or dignity of person and not in the value of any of the properties of which quality of life is composed. Therefore we conclude that not quality of life but Human Dignity must be the key-term when a decision on prolonging or shortening life has to be made.

keywords: quality of life, terms determination, human dignity, decision criterion, euthanasia

1. Zum Begriff Lebensqualität

Manche¹ behaupten, man könne den Begriff „Lebensqualität“ bis in die Antike zurückverfolgen, die meisten² kommen nur bis zum achtzehnten Jahrhundert. Es herrscht jedoch allgemeine Übereinstimmung darüber, daß erst der Entwurf einer neuen Wirtschaftspolitik in den USA in den Sechzigerjahren, die auf die Steigerung der Lebensqualität abzielte, den Start zu einer inflationären Verwendung dieses Begriffes signalisiert. Seitdem wird in der Ökonomie auf Lebensqualität gesetzt, um das stagnierende Wirtschaftswachstum einer Gesellschaft anzukurbeln, die an der Sättigungsgrenze angelangt ist.

Der Begriff ist nach und nach von vielen wissenschaftlichen Disziplinen – z.B. Philosophie, Theologie, Soziologie, Wirtschaftswissenschaften, Psychologie und Medizin übernommen worden. Diese haben in den letzten drei Jahrzehnten intensiv darüber geforscht. Die Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, die sich als erste mit „Lebensqualität“ beschäftigten, versuchten Lebensqualität zunächst so zu konzipieren, daß sie zumindest theoretisch, entsprechend dem Ideal eines naturwissenschaftlichen Kanons, objektiv meßbar wird. Damit aber werden „Lebensqualität“ und quantifizierbare Lebensbedingungen gleichgesetzt. Diese Auffassung von Lebensqualität erwies sich bald als unbefriedigend, weil die empirische Glücksforschung das, was jeder weiß, eindeutig bestätigte, nämlich, daß sich Menschen unter objektiv guten Bedingungen schlecht fühlen können („Unzufriedenheitsdilemma“) und Menschen in objektiv schlechter Lage glücklich und zufrieden sein können („Zufriedenheitsparadox“).³ Die subjektive Komponente darf also bei der Bestimmung der Lebensqualität nicht ausgeklammert werden.

So hat sich Lebensqualität zu einem zweidimensionalen Konstrukt entwickelt, das die objektive und subjektive Komponente in sich zu vereinigen versucht. Dies bedeutet allerdings eine beträchtliche Steigerung der Komplexität

des Begriffes und bringt zusätzlich beachtliche Meßprobleme mit sich. Dazu kommt noch die Ideologiefälligkeit des Terminus, die seine wissenschaftliche Verwendung erschwert. Die verwandten Begriffe Lebensqualität, Wohlbefinden und Glück werden von Studie zu Studie anders verwendet und immer wieder umdefiniert. Allen intensiven Bemühungen zum Trotz bleiben sie also in der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Glücksforschung bis heute sehr unscharf.

2. Lebensqualität in der Medizin

In der Medizin ist der Begriff „Lebensqualität“ seit den Siebzigerjahren in Verwendung und er ist auch hier zum Schlagwort geworden. Die Medizin hat sich diesen Begriff zu eigen gemacht, als in manchen medizinischen Fächern, ganz besonders in der Onkologie, Behandlungsfortschritte im Sinne von Heilungs- bzw. Remissionsraten stagnierten und die Frage aufwarfen, ob der therapeutische Schaden zum potentiellen Nutzen im richtigen Verhältnis stehe.⁴ Die Verwendung des Begriffes Lebensqualität hat in der Medizin in den letzten zwanzig Jahren rasch zugenommen. Hier kann man etwa drei Etappen unterscheiden:

In der ersten Etappe bemühten sich einzelne Fächer „Lebensqualität“ bei der Therapie vorwiegend als Ziel zweiter Wahl zu verwenden. Die Ziele ihrer Forschung auf diesem Gebiet bestanden darin, die Fähigkeit zur optimalen Bedürfnisbefriedigung nicht durch Krankheit zu beeinträchtigen und den durch Krankheit bedingten Verlust zur optimalen Bedürfnisbefriedigung zu minimieren oder gar aufzuheben. So wird beispielsweise versucht, in der klinischen Pharmakologie Lebensqualität als Vergleichskriterium zwischen hinsichtlich ihres Heilwertes annähernd ähnlichen Präparaten zu verwenden. In der Onkologie und Geriatrie wird sie zur Bewertung der Nebenwirkungen von Therapiealternativen, um zwischen diesen

eine auszuwählen, herangezogen. In der Palliativmedizin wird Lebensqualität überhaupt zum Ziel jeder Maßnahme.

In einer zweiten Etappe wird „Lebensqualität“ zum neuen medizinischen Konzept, das die Gesundheitsdefinition um den Parameter „Lebensqualität“⁶ erweitert und bedeutende nicht-somatische Dimensionen des Menschlichen systematisch in die Heilkunst integrieren will. Die Medizin als Naturwissenschaft soll durch „eine Medizin als Kulturwissenschaft“ ergänzt werden und so wird sie „zur Kunst einer äußerst behutsamen Lebensführung“. Es ist kein neues Paradigma im wissenschaftstheoretischen Sinn, weil die herkömmliche Medizin durch das neue Konzept in keiner Weise in Frage gestellt wird, aber doch eine neue Strategie in der Forschung, Lehre und Praxis, die als Regulativ die Fehlentwicklungen der Übertechnisierung⁷, der Ökonomisierung⁸ und der Politisierung⁹ der Medizin, d.h. ihrer Entmenschlichung korrigieren¹⁰ soll: Die neuorientierte Medizin soll mehr auf Lebensqualität als auf Lebensstandard abzielen. Die Begrenzungen dieses Konzeptes sind unter anderem wegen der bereits erwähnten begrifflichen Unschärfen so groß, daß kaum praktische Anwendbarkeit besteht.¹¹

In der dritten Etappe, vor allem im Zuge der Euthanasiediskussion wird der Begriff Lebensqualität zunehmend mit dem Lebensrecht in Zusammenhang gebracht. Bekannte Fälle¹², die in den letzten Jahren für öffentliches Aufsehen gesorgt haben, dokumentieren, daß bei der Suche nach Legitimationskriterien für Behandlungsabbruch, bzw. -verzicht in der pränatalen und neonatalen Medizin sowie bei Terminalpatienten, nicht nur in der medizinischen Fachliteratur immer mehr auf den Begriff „Lebensqualität“ zurückgegriffen wird.

Die Fragestellung, der wir uns nun zuwenden, lautet: Kann Lebensqualität sinnvoll in Zusammenhang mit dem Lebensrecht gebracht werden, sodaß etwa die Pflicht des Staates zum Lebensschutz gegenüber einem Menschen mit der Abnahme seiner Lebensqualität auch klei-

ner wird, wie das Urteil des Gerichtes in New Jersey (1976) im Fall „Karen Ann Quinlan“ behauptete? Oder noch pointierter formuliert: Gibt der Begriff Lebensqualität so viel her, daß er die Bedingungen eines lebensunwerten Lebens zu bestimmen vermag? Diese Fragen weisen unmittelbar auf die Begriffe von Person und Menschenwürde hin.

3. Menschenwürde und Lebensqualität

Der Zusammenhang zwischen Würde und Lebensqualität kann vielleicht an Hand der Eigenschaft des Behindertseins verdeutlicht werden: Auch der Behinderte will nicht in seiner Eigenschaft als Behinderter anerkannt und respektiert werden, sondern als diese eine, unvergleichliche Person, deren Würde nicht auf eine oder mehrere Eigenschaften reduziert werden kann, auch nicht auf die des Behindertseins¹³.

Sozialhistorische Forschungen¹⁴ haben deutlich gezeigt, daß Glück und Lebensqualität bis vor gar nicht so langer Zeit noch Ziele waren, die für breite Schichten der Bevölkerung als unerreichbar und utopisch galten und außerhalb jeder Diskussion standen. Neu ist jetzt eine Mentalität, die das Glück als einen prinzipiell im Diesseits realisierbaren Wert ansieht, auf den es überdies geradezu ein Recht gibt. Diese Mentalität des zeitgenössischen Hedonismus und Materialismus schreibt nur demjenigen einen Wert zu, was sich auf der Ebene des *Habens*¹⁵ abspielt, d.h. Dingen, Ereignissen und Eigenschaften, die sich in Kategorien des Nutzens, der Qualität oder des Reichtums ausweisen lassen. Das Leben ist so viel wert, wie das wert ist, was ich damit erreichen kann, d.h. es wird von außen und nicht von innen her bewertet. Wertlos hingegen erscheint das, was auf der Ebene des Seins liegt, d.h. was der Mensch an sich ist; seine innere Dimension, wird ausgeblendet.¹⁶

In dieser Mentalität wird die anthropologische Tatsache verdeckt, daß es, wenn man vom

Leben und von Lebensqualität spricht, eigentlich um die Person und um personales Leben geht. Der Begriff Lebensqualität suggeriert, daß das Leben eines Menschen verschiedene Qualitäten aufweisen kann, je nach Quantität und Prägungsstärke der Eigenschaften, die die Lebensqualität ausmachen. Damit wird das Mißverständnis nahegelegt, daß man rein funktional den Wert des Lebens ermitteln könne. Mit anderen Worten, das Leben wird auf die Eigenschaften reduziert, die zum Vollzug gewisser Funktionen notwendig sind, und infolgedessen wird dem Leben gerade so viel Wert zugeschrieben (Lebensqualität), wie seine Eigenschaften ausmachen. Auf dieser Argumentationslinie kann das Leben lebensunwert werden, weil infolge des Verlustes von Eigenschaften die Lebensqualität unter unzumutbare Grenzen sinkt.

Es ist jedoch nicht das Leben, sondern die Person das Subjekt (der Träger) der Eigenschaften, die die Lebensqualität ausmachen, und es wäre absolut falsch, die Person auf diese Eigenschaften zu reduzieren bzw. zu unterstellen, daß Personsein selbst eine Eigenschaft sei.¹⁷ Ein allgemeines Gedankengut der abendländischen Kultur, an der seit der Antike, über die christliche philosophische Tradition¹⁸ bis hin zur Charta der Menschenrechte festgehalten wird, schreibt der Person eine Würde zu, die sie vor allen anderen Lebewesen und Dingen unvergleichbar hinaushebt. Und es ist die Würde des Menschen und nicht die Lebensqualität, die das Lebensrecht begründet.

Wenn man vom Leben im Sinne von Person spricht, d.h. als Subjekt verschiedener personaler Eigenschaften, wie es bei der Rede von Lebensqualität der Fall ist, dann müßte man eigentlich vom Leben das gleiche wie von der Person aussagen, nämlich, daß es eine dem menschlichen Leben selbst inhärente, inkommensurable (d.h. unvergleichbar, unmeßbar, unabwägbar) Qualität hat, die nicht als Ergebnis einer Bewertung feststellbar ist, sondern selbst die Voraussetzung jeder Wertzuschreibung ist. Das Leben ist nicht der höchste Wert, aber dem Menschen

muß sein Leben als solches immer kostbar und wertvoll sein, damit einzelne Eigenschaften, Ereignisse oder Erfahrungen überhaupt für ihn Bedeutung bekommen können.¹⁹

Die Menschenwürde ist inkommensurabel²⁰, d.h. sie kann weder mit quantifizierbaren noch mit anderen Größen verglichen bzw. gegen sie abgewogen werden.²¹ Sie ist daher etwas ganz anderes als die Lebensqualität und ihre Eigenschaften, sie läßt sich nicht auf sie reduzieren und wird mit den Veränderungen der letzteren weder größer noch kleiner. Sie bleibt inkommensurabel, solange der Mensch lebt. Dies ist an Hand der Dimensionen²² der Menschenwürde leicht zu sehen: der personalen Einzigartigkeit des Menschen, der personalen Selbstbestimmung, der personalen Dimension des menschlichen Herzens, der Dimension der personalen Tat, der Dimension der menschlichen Geschöpflichkeit, der transzendenten Dimension. Keine dieser Dimensionen wird durch Einschränkungen der Lebensqualität prinzipiell verändert, solange der Mensch lebt.

4. Behandlungsverzicht, Behandlungsabbruch und Lebensqualität

Nach diesen Vorüberlegungen kann man die gestellte Frage (s.o.), mit „nein“ beantworten: Nicht die Lebensqualität, sondern die Menschenwürde wird der Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverkürzung bzw. über Lebensverlängerung sein. Oder anders gesagt, ein Eingriff, der auf Lebensverkürzung abzielt,²³ sowie ein Verzicht auf eine wirksame lebenserhaltende bzw. -verlängernde und verhältnismäßige Maßnahme wären Verstöße gegen die Würde des Menschen, wenn sie wegen des Mangels an Lebensqualität erfolgten. Das Konzept der Lebensqualität führt im Zusammenhang mit dem Lebensrecht geradewegs zum Gedanken des Wegwerflebens, weil es – konsequent gedacht – danach verlangt, Standards für lebenswertes Leben festzulegen und dement-

sprechend die Menschen in zwei Gruppen einzuteilen, nämlich in jene, deren Lebensrecht anerkannt wird, und in jene, für die es nicht gilt.²⁴

Wenn ein positiver Lösungsansatz bezüglich der gestellten Frage angedeutet werden soll, dann auf die Art, daß das auf der Würde des Menschen begründete Recht auf Leben in sich auch ein Recht auf ein menschenwürdiges Sterben²⁵ einschließen muß, und daß ein Sterben mit Würde das Akzeptieren des eigenen Todes, oder mehr noch, des eigenen Sterbens voraussetzt. Mit anderen Worten, die Suche nach Kriterien für die Entscheidung über Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch muß von der Menschenwürde ausgehen und danach die Frage stellen: Unter welchen Umständen sind sie – Behandlungsverzicht und -abbruch – indiziert, um ein menschenwürdiges Sterben²⁶ zu gewährleisten?

Bei der Prüfung dieser letzten Frage spielt Lebensqualität eine Rolle. Allerdings eine akzidentelle, keine wesentliche. Man muß den ethisch legitimierenden Grund der Handlung klar von den Zeichen und Umständen, durch welche er sich manifestiert, unterscheiden. Zeichen und Umstände wie medizinische Gegebenheiten, Lebenserwartung, Lebensqualität, soziale Umstände, Wunsch des Patienten und der Verwandten können bei der Prüfung der Frage, ob in einem konkreten Fall Behandlungsverzicht bzw. -abbruch gegen die Achtung der Würde des Menschen verstößt, eine gewisse Bedeutung haben. Die wichtigsten Zeichen bzw. Umstände werden allerdings immer die rein medizinischen – das Krankheitsbild – sein, die so präzise wie möglich erfaßt werden sollen, weil nur sie erkennen lassen, ob das Leben den absoluten „point of no return“²⁷ überschritten hat. Und auf diesen Punkt kommt es an! Er muß nicht unbedingt ein paar Tage vor dem Tod liegen, sondern dort, wo es keine heilende bzw. lebenserhaltende Behandlung mehr gibt, was durchaus auch Monate vor einem nach menschlichem Ermessen sicheren Tod sein kann. Mit anderen Worten, es geht eigentlich um die Feststellung, ob eine heilende und le-

benserhaltende Behandlung sinnlos geworden ist und daher palliativ vorgegangen werden soll. Das Problem ist oft, daß diese Feststellung faktisch oder prinzipiell nicht möglich ist. Gerade in diesem grauen Bereich zwischen Leben und Tod ist das Wissen durch den rasanten medizinisch-technischen Fortschritt ständig im Umbruch, paradoxerweise also ungesichert, und die diesbezüglichen, angeblich „statistisch gesicherten“²⁸ Aussagen in der Fachliteratur sind oft so widersprüchlich, daß sie für die Praxis eher ein Nichtwissen darstellen. In der Zeit eines in alle Richtungen eskalierenden Forschungswahns trägt die Publikationsinkontinenz vieler Forscher zur Überinformation bzw. Desinformation und zur Desorientierung und Verunsicherung, d.h. de facto zum Nichtwissen des in der Praxis tätigen Arztes bei. Objektiv gesehen kann der Arzt in der Praxis heute dem Prinzip „Primum utilis esse“ nur bei Normaltherapien, d.h. bei bewährten und fest etablierten Therapien sicher folgen, er tut sich aber bei neuen Entwicklungen²⁹ sehr schwer.

Aber in der Ethik legitimiert das Nichtwissen die Unterlassung und nicht die aktive Handlung, die immer einer Rechtfertigung bedarf. Dies bedeutet, daß bei den Alternativen Sterbenlassen oder Behandlung ein Nichtwissen das erstere³⁰ legitimiert. Meistens werden bei Nichtwissen beide Alternativen ethisch gleichwertig oder neutral³¹ sein. Dann, und nur dann kann Lebensqualität doch eine Rolle spielen. Sie kann ebenso wie z.B. Lebenserwartung, soziale und ökonomische Umstände etc., im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung berücksichtigen.

Die Rolle der Lebensqualität kann auch anhand eines Diagramms gezeigt werden, das den formalen Entscheidungsablauf bei Behandlungsabbruch oder -verzicht als ein zweistufiges Verfahren darstellt. In der ersten Stufe lautet die Frage zunächst: Gibt es eine kurative Therapie? Darauf kann der Mediziner drei Antworten geben: ja, nein, ich weiß es nicht.

1) Bei einem „Ja“ wird das Verhältnismäßigkeitskriterium (V1)³² angewandt, das hier

auf folgende Frage eine Antwort geben soll: Ist diese Therapie eine außerordentliche (sozioökonomische und kulturelle Faktoren spielen eine Rolle) Maßnahme im ökonomischen (Ö) Sinn? Ist dies nicht der Fall, dann wird die kurative Therapie angewendet. Handelt es sich dagegen um eine unverhältnismäßige Maßnahme, die nicht oder nur mit einem gewaltigen für den Betroffenen und die Allgemeinheit unzumutbaren Aufwand verbunden ist, so kann darauf verzichtet werden.

- 2) Bei einem „Nein“ wird man auch auf eine lebenserhaltende Therapie übergehen.
- 3) Bei einem „Nichtwissen“ ist sowohl ein Therapieversuch als auch ein -verzicht möglich. Die Entscheidung wird vor allem vom Verhältnismäßigkeitskriterium (V2) abhängen. Es stellt sich hier die Frage: steht der Einsatz im Verhältnis zu den erwarteten, aber ziemlich unsicheren Ergebnissen? Sozioökonomische (Ö) und andere Faktoren, z.B. die Lebenserwartung (LE) und auch die Lebensqualität (LQ), können berücksichtigt werden.

In der zweiten Stufe wird die Frage geprüft: Gibt es eine lebenserhaltende oder lebensverlängernde, nicht kurative Therapie? Auch hier gibt es drei mögliche Antworten:

- 1) Bei einem „Ja“ kommt wieder das Verhältnismäßigkeitskriterium (V1) zum Tragen. Es stellt sich auch hier die Frage: Steht die Therapie zur Verfügung und ist sie keine außerordentliche Maßnahme? Ist dies der Fall, dann wird sie angewandt. Handelt es sich um eine unverhältnismäßige Maßnahme, so darf darauf verzichtet werden.
- 2) Bei einem „Nein“ kann nur mehr palliativ weiter behandelt werden.
- 3) Bei einem „Nichtwissen“ ist prinzipiell ein Versuch und auch ein Verzicht möglich. Die Entscheidung wird von verschiedenen Faktoren abhängen, an erster Stelle vom Verhältnismäßigkeitskriterium (V3), das hier die Frage stellt: Steht der Einsatz im Verhältnis zu den erwarteten, aber ziemlich unsicheren

Ergebnissen? Auch hier können Lebensqualität, Lebenserwartung, Alter, und sozioökonomische Faktoren eine Rolle spielen.

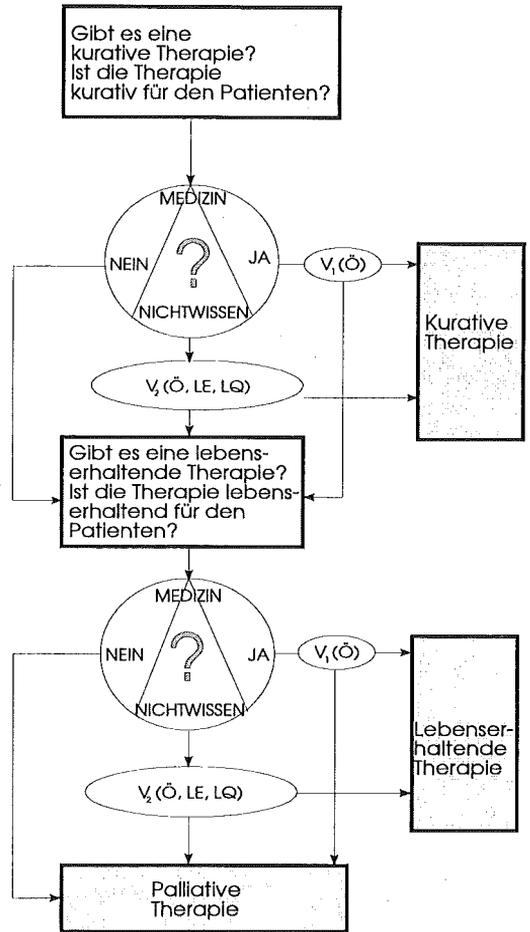


Diagramm 1: **Der Therapieentscheidungsablauf**
 V...Kriterium der Verhältnismäßigkeit

5. Zwei Einwände

Ein theoretischer Einwand, der oft vorgebracht wird, besagt, daß die Lebensqualität doch ein Kriterium zu sein scheint, weil Sterbende unter Umständen auf Lebensverlängerung verzichten dürfen, die einen bedeutenden und unzumutbaren Verlust der Lebensqualität mit sich

bringt. Dies kann die Haltung eines bei Bewußtsein Sterbenden sein, der das objektiv bald eintretende Lebensende akzeptiert hat und nicht mehr bereit ist, seine Agonie, die mit einem allmählichen Verlust an Lebensqualität einhergeht, aktiv zu verlängern. Kein lebensverkürzendes Zurückschrecken vor einem Verlust an Lebensqualität, sondern nur die freiwillige Annahme eines nicht mehr abzuwendenden Todes führt hier zur Behandlungsverzichtsentscheidung. Der Verlust an Lebensqualität ist in dem Fall nur ein Zeichen der Agonie, und es besteht gar keine Pflicht, die Agonie, vor einem nach menschlichem Ermessen sicheren unmittelbaren Tod aktiv zu verlängern.

Ein zweiter Einwand kommt vielfach aus der Praxis, die mit vielen tragischen Fällen zu tun hat: Wo bleibt die Würde eines Menschen, dessen Lebensqualität so weit gesunken ist, daß er halbwegs bei Bewußtsein das demütigende Dasein eines leidenden, völlig auf Maschinen angewiesenen Krüppels führen muß? Wird das Leben ab einer bestimmten Lebensqualität (z.B. irreversible Bewußtlosigkeit) nicht sinnlos und so schwer erträglich, daß es eine Zumutung für den Patienten und für sein Umfeld wird? Ein solches Leben wird vielfach sogar als menschenunwürdig bezeichnet. Darauf muß man erstens antworten, daß es überhaupt zu prüfen ist, ob viele solche Fälle nicht doch eine ethisch vertretbare Lösung haben, d.h. eine Lösung, die mit der Achtung der Menschenwürde zu vereinbaren ist. Zweitens ist aber festzuhalten, daß menschenunwürdig nie der Mangel an Lebensqualität des Patienten- oder des Sterbenden ist, sondern das Verhalten der Umgebung, d.h. Familie, Verwandte, Freunde, Nachbarn, Ärzte usw., die dem Menschen in seiner Not die Geborgenheit, Verbundenheit, Zuneigung und Liebe versagen, die jeder Mensch braucht. Diese Isolation ist eine tragische Wirklichkeit in unserer Gesellschaft. Aber Euthanasie bringt hier keine wahre Lösung, sondern nur Symptombehandlung. Der Arzt im Krankenhaus kann im konkreten Fall solche Fälle auch nicht

lösen. Er wird trotzdem oft, meistens aber, wenn es zu spät ist, mit solchen Problemen konfrontiert, die mit der Gesundheit eigentlich nur indirekt zu tun haben. Jahre vorher hätte man sie vielleicht noch lösen können. Man verlangt natürlich nicht vom Mediziner, daß er sie löst, sondern appelliert an seine humanitären Gefühle und seine Barmherzigkeit, damit er sie „aus der Welt schafft“. Was hat dies noch mit seinem Heilauftrag zu tun?

6. Schlußbemerkung: Euthanasie nicht zur Alternative werden lassen!

Der technische Fortschritt der Medizin in den letzten Jahren hat die Möglichkeiten, das Leben zu verlängern, beträchtlich erweitert, allerdings oft auf Kosten einer ebenso beträchtlichen Minderung der Lebensqualität. Dies hat dazu geführt, daß die Frage nach der Zumutbarkeitsgrenze der Lebensqualität immer wieder gestellt wird. Wie im vorigen Abschnitt erwähnt wurde, werden diese Fragen vornehmlich bei Fällen aufgeworfen, die bereits dramatische Formen angenommen haben. Zweifels- ohne ist für den Entscheidungsträger, sei es der Arzt oder der Patient, wichtig, in jeder Situation zu wissen, welche ethischen Prinzipien zur Anwendung kommen sollten. In den meisten Fällen eines Behandlungsabbruches wird weder der Arzt noch der Patient große Probleme haben, diese Prinzipien anzuwenden und damit das ethisch Richtige zu entscheiden. Demnach bleiben vor allem in den besonders komplizierten und dramatischen Extremsituationen menschliche Probleme ungelöst. Man darf von der Ethik nicht falsche Erwartungen ableiten. Ihre Aufgabe ist es nicht, für jede Situation ethische Konzepte parat zu haben, deren Anwendung und Befolgung das vorangegangene eigene wie fremde, individuelle wie kollektive und sogar vielleicht akkumulierte Fehlverhalten samt allen Folgen ungeschehen macht. Wie in der Politik und Wirtschaft kommen auch in

der Medizin Situationen vor, die eine Aporie darstellen, die gar keine wirkliche Lösung mehr haben: Die ethisch richtige Lösung ist praktisch undurchführbar geworden, bzw. löst das menschliche Problem nicht und jede Alternative ist unsittlich.

Man kann aber den Sinn dieser Ausweglosigkeiten auch darin sehen, daß sie ein Signal eines sozialen Distreß sind, der zum Vorschein kommt. Sie zeigen an, daß etwas falsch läuft und dringend einer Korrektur bedarf. Und gerade durch das Hervortreten dieser Aporien werden manche Überlebensfragen immer lauter, deutlicher und dringender. Insofern sind solche Situationen auch eine Herausforderung für die Ärzteschaft, die statt sich dem Gesellschaftsdruck zu beugen und an Scheinlösungen mitzuwirken, ihrem Ethos folgend, nachdrücklich in der Öffentlichkeit auf die Notwendigkeit hinweist, die richtigen und menschenwürdigen Korrekturen anzubringen und damit die Gesellschaft von solchen furchtbaren, unmenschlichen Problemen wirklich befreit.

Referenzen

1. SPAEMANN Ch., „Lebensqualität und Schicksal“, *WMW*, (1992), S. 533-536.
2. HONECKER M. „Qualität des Lebens“, in *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, (Hrsg. A. Esser und andere), Herder, (1990), S. 874-880 und HOLZHEY H. „Lebensqualität“ in *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 5, Schwabe & Co, Basel, (1980), 142 - 143.
3. ZAPP W., „Individuelle Wohlfahrt, Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität“. In *GLATZER W. und ZAPP W. (Hrsg.) „Lebensqualität in der Bundesrepublik“*, Campus, Frankfurt, (1984) S. 13-26.
4. SCHWARZ R. „Lebensqualität und Krebs: Onkologische Therapiestudien im Dienste der Überlebensqualität“ in *Bellebaum A. und Barheier K. (Hrsg.) „Lebensqualität: Ein Konzept für Praxis und Forschung“*, Westdeutscher Verlag, Opladen, (1994), S. 124.
5. VIEHPUES H. „Zur Mentalitätsgeschichte der Lebensqualität“, in *SCHÖLMEICH P., und THEWS G. (Hrsg.) „Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin“*, Fischer, Stuttgart, (1990), S. 21
6. SCHIPPERGES H. „Lebensqualität als Kriterium der modernen Medizin“ in *IMABE-Quartalsblätter*, 3/93, 4 und 6.
7. SCHIPPERGES H. „Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes“, Verlag Josef Knecht, Frankfurt a.M. (1988).
8. Vgl. KOSLOWSKI P. „Die Ordnung der Wirtschaft“, Mohr, Tübingen, 1994, 370ff. und GRAF-BAUMANN T. „Lebensqualität: Gesundheitsökonomische Folgerungen“ in *Schölmerich P., und Thews G. (Hrsg.) „Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin“*, Fischer, Stuttgart, (1990), S. 271-279
9. Vgl. SCHAEFFER H., „Lebensqualität als Leitmaß der Gesundheitspolitik“ in *Schölmerich P., und Thews G. (Hrsg.) „Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin“*, Fischer, Stuttgart, 1990, S. 284-292
10. Vgl. SCHIPPERGES H. „Lebensqualität als Kriterium der modernen Medizin“ in *IMABE-Quartalsblätter*, 3/93, 4
11. „Der Begriff kann nur mit solchen Einschränkungen verwendet werden: Er ist nur aus der Sicht des Patienten zu verstehen, bleibt im Sinne einer negativen Anthropologie undefinierbar und verlangt Rekonstruktion der Weggeschichte des Patienten“ (ILLHARDT, F.J. „Hermeneutik des Begriffes Lebensqualität“ *WMW*, (1992), S. 523-526). Mit solchen Einschränkungen wird allerdings die Tauglichkeit des Konzeptes und des Begriffes für Wissenschaft und Praxis mehr als in Frage gestellt. Viele, die sich mit diesem Konzept beschäftigt haben, kommen zu dieser Schlussfolgerung. Das drückt Raspe besonders drastisch und klar aus: „Es ist das historische Verdienst der Lebensqualitätsforschung in der Medizin, den Klinikern und Pflegepersonen, den Gesundheitsökonomien und der Gesundheitsadministration vernachlässigte patientennahe Determinanten und Effekte ihrer Entscheidungen ins Bewußtsein gezogen zu haben. Dennoch ergeben sich in theoretischer, sprachlicher, konzeptioneller und methodischer Hinsicht so zahlreiche Probleme, daß die wissenschaftliche Diskussion auf den Begriff Lebensqualität verzichten sollte“ (RASPE H.H. „Zur Theorie und Messung der „Lebensqualität in der Medizin“ in *SCHÖLMEICH P., und THEWS G. (Hrsg.) „Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin“*, Fischer, Stuttgart, (1990), S. 38).
12. u.a. Karen Quinlan (New Jersey, 1971); Nancy Cruzan (Missouri, 1988). Zu den methodischen Problemen vgl. KREMLER G. „Lebensqualität als Beurteilungskriterium in Therapiestudien: einige kritische Anfragen“ in *Ethik Med.*, (1991), 3:190-198. Vgl. auch MIERAN J.G. „Lebensqualität – Anspruch und Wirklichkeit als medizinischer Parameter versus Lebensqualität als subjektbezogene Wirklichkeit“ in *WMW*, (1992), S. 539 -543.
13. SCHWEIDLER W. „Lebensrechtsdebatte und Menschenrechte“, in *Imago Hominis*, III/2, (1996) S120

14. Vgl. ARIES Ph. und DUBY G. (Hrsg.), *Geschichte des privaten Lebens*, Bd. 1-5, (1991-1993), Frankfurt.
15. Vgl. JOHANNES PAUL II., *Enz. „Sollicitudo rei socialis“*, (1987), Nr. 28 und II. Vat. „*Gaudium et Spes*“ 35.
16. Vgl. JOHANNES PAUL II., *Enz. „Evangelium vitae“*, (1995), Nr. 89
17. Wenn man nur dem, was auf der Ebene des Habens liegt, d.h. also z.B. nur den Eigenschaften, einen Wert zuschreibt, wird eine Reduktion des Menschenbildes vollzogen, die darin besteht, die metaphysische Grundlage des Menschen, das Sein, so weit des ontologischen Inhalts zu entleeren, daß es auf einen bloßen Eigenschaftsträger reduziert wird. Dies ist bei der konsequentialistischen Begründung des Lebensschutzes der Fall, die die Vulgärvorstellung des Substanz-Akzidenz-Unterschiedes voraussetzt, sich in einem instrumentalistischen Leibverständnis bewegt und unterstellt, Mensch bzw. Person zu sein, sei eine Eigenschaft (Vgl. dazu PÖLTNER G., „Achtung der Würde und Schutz von Interessen“ in J. BONELLI (Hrsg.), „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, Springer, Wien, (1992), 16 ff. und PÖLTNER G., „Die konsequentialistische Begründung des Lebensschutzes“ in Zeitschrift für philosophische Forschung, (1993), Heft 2). Der Begriff Lebensqualität befindet sich auch ganz eindeutig in der Argumentationslinie des Konsequentialismus (Vgl. ZWIERLEIN E., „Die Lehre von der Lebensqualität und die Heiligkeit des Lebens“, WMW, (1992), 527 - 532).
18. Obwohl die Idee der Menschenwürde noch Allgemeingut ist, scheint sie mehr und mehr in Gefahr zu geraten. Die Abtreibungsdiskussion hat weltweit gezeigt, daß diese Überzeugung fast nur mehr aus religiösen Gründen zu halten ist, weil das von der modernen Wissenschaft vermittelte Menschenbild sie nicht unterstützt, sondern eher in Frage stellt. Man denke an die Evolutionslehre und ihre Satelliten-theorien, die nicht nur eine zielgerichtete Natur leugnen, sondern – konsequent gedacht – auch Gott und die Schöpfung überflüssig machen und die geistige Natur auf Chemie reduzieren. Bei diesem Menschenbild bleibt von der Würde des Menschen nichts mehr übrig.
19. In der Diskussion dieses Themas in den USA wurde ein Gegenbegriff zu dem der Lebensqualität entworfen, der auf die Würde der Person hinweist und in der bioethischen Literatur wegen Ideologieverdacht abgelehnt wird. Damit ist eine bis heute noch andauernde Polarisierung zwischen der Sanctity-of-Life-Position, die die Unantastbarkeit des Lebens und der Quality-of-Life-Position einer bedingten Antastbarkeit des Lebens postuliert. Man muß überlegen, ob es zielführend ist, bei der Pattsituation der Prinzipien zu verbleiben, oder ob Lösungen gefunden werden können. Vgl. ILLHARDT, F.J., „Sanctity of Life – Quality of Life“ *Arzt und Christ*, (1980), JG 26; 201-214.
20. Vgl. Aufsätze von BONELLI J. und PÖLTNER G. in Bonelli J. (Hrsg.) „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, Springer, Wien, (1992); *Konzilskonstitution Gaudium et Spes* Nr. 12 u. ff.
21. Obwohl man oft auch vom Wert der Person spricht, ist der Ausdruck Würde viel besser, weil ein Wert Vergleichbarkeit voraussetzt.
22. BONELLI J., „Der Patient als Person“ in Bonelli J. (Hrsg.) „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, Springer, Wien, (1992), S 121ff.
23. Es ist auch ethisch legitim, dem von einem unzumutbaren Schmerz geplagten Schwerkranken eine starke Dosis Morphium zu verabreichen, obwohl dadurch indirekt das Leben wahrscheinlich verkürzt wird. Diese palliative Handlung zielt aber nicht auf Lebensverkürzung ab. Für solche Handlungen, die in der Ethik mit dem Namen Handlungen mit Doppelfekt bekannt sind, gelten folgende Regeln:
 1. Auf die negative Folge der Handlung darf nicht abgezielt werden. Sie muß, soweit es geht, sogar vermieden werden.
 2. Die negative Folge muß objektiv den Charakter einer Nebenwirkung haben und darf nicht die Hauptwirkung solcher Handlungen sein.
 3. Die negative Folge muß in einer angemessenen Proportion (Verhältnismäßigkeit) zum Zweck der Handlung stehen.
24. „Niemand von uns sollte sich täuschen: Wer die Menschheit spaltet, kann nicht sicher sein, in welchem Lager er selbst schließlich landen wird“, Vgl. SCHWEIDLER W., „Lebensrechtsdebatte und Menschenrechte“, *Imago Hominis*, III/2, (1996) S 121
25. Dies bedeutet aber nicht – wie manche meinen – ein Recht auf einen natürlichen Tod (Vgl. AUER A., „Behandlungsabbruch/Behandlungsverzicht“ in *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, Herder, Freiburg, (1989), S 175f).
26. Die Menschenwürde ist jedoch ein Schlagwort in fast allen Positionen zum Lebensrecht, einschließlich jener, welche die Euthanasie vertritt. In dieser letzten Position setzt menschenwürdiges Sterben die prinzipielle Unterscheidbarkeit des Lebens in lebenswert und lebensunwert voraus, d.h. die Menschenwürde wird der Lebensqualität gleichgesetzt.
27. Dies wäre beispielsweise bei Krebspatienten mit multiplen Metastasen der Fall, bei denen sich die Frage stellt, ob die Chemotherapie noch etwas bringt.
28. Hier ist auch auf den Unfug mit der Statistik und der Interpretation der statistischen Daten hinzuweisen. Überdies ist es nicht so leicht zu sagen, ab welchem Sicherheitsgrad (gemessen in statistischen Prozentsen) eine auf statistischem Material begründete Aussage ethisch bindend ist.

29. „Erst wenn klare Kriterien für pflichtgemäßes Handeln unter Unsicherheit geschaffen sind und von den Ärzten beachtet werden, ist mit einem Ende der unvernünftigen „Pflicht zur Maximaltherapie“ zu rechnen. Erst dann wird die Erkenntnis durchsetzbar sein, daß Zuviel-Tun ebenso unmoralisch sein kann wie Unterlassen und Sein-Lassen“, Vgl. KOSLOWSKI P. „Die Ordnung der Wirtschaft“, Mohr, Tübingen, (1994), S 388.
30. Vgl. THOMAS H. „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“ *Ethik Med.*, (1993), 5:70-80
31. Moralisch liegt dort keine Verfehlung vor, wo ein Handeln, das nicht sittliche Pflicht war, unterlassen wurde. Die Behandlungsalternative ist auch legitimiert, wenn es nur eine geringe Wahrscheinlichkeit gibt, daß sie therapeutische Wirkung haben könnte. Auf Grund des eigentlichen Nichtwissens ist man nicht zum Handeln verpflichtet. Wenn man aber eine unsichere Behandlung will und die Mittel dazu zur Verfügung stehen, ist es durchaus legitim, sie zu verlangen.
32. Verhältnismäßigkeit ist jenes Beurteilungsmaß, das den Aufwand einer Maßnahme mit der Gesamtheit der Vorteile, die die Wirkung der Maßnahme bringt, in Beziehung setzt. Verhältnismäßig ist demnach jene Maßnahme, die mit einem Aufwand verbunden ist, der kleiner ist als die Vorteile, die die Wirkungen der Maßnahme erbringen. Unverhältnismäßig ist jene Maßnahme, die einen Aufwand erfordert, der größer bewertet wird als die Wirkung. Das Problem dieses Maßstabs liegt im Mangel an Homogenität der zu bewertenden Dimensionen. Deshalb besteht die Verhältnismäßigkeitabwägung meistens in einer nicht quantifizierbaren Klugheitsentscheidung nach eingehendem, sachlichen Studium.

„Lebensrechts-Debatte“ und Menschenrechte

Walter SCHWEIDLER

ZUSAMMENFASSUNG

Ethische Fragen beleuchten die Diskrepanz zwischen Können und Dürfen. Das Können wird durch das Recht anderer begrenzt, wobei betont werden kann, daß Rechte weder Eigenschaften von Menschen sind, noch aus bestimmten Eigenschaften hervorgehen. Sie sind Rechtsverhältnisse, zwischen Menschen die jedem unabhängig vom „Ansehen der Person“ zustehen. Das Recht schafft einen Freiraum, innerhalb dessen Menschen einander als unvergleichliche Wesen wahrnehmen können.

Schlüsselwörter: Menschenrechte, Würde des Menschen, Behinderung, Leid

ABSTRACT

Questions of ethics illuminate the discrepancy between being able and being allowed to do things.

To be able to do something is hemmed in by the rights of others, and one must emphasize that rights are not properties of human beings nor are they derivable from certain human properties. Rights are in reality only relationships of rights between individuals and everyone of them is endowed with same without respect of person. Right constitutes a place where individuals experience each other as incomparable beings.

keywords: human rights, dignity of men, handicap, harm

WAS kann man philosophisch zur Euthanasie-Debatte beitragen? Der Sinn der Philosophie besteht unter anderem darin, emotionale Debatten zu versachlichen und Konflikte auf ihren vernünftig lösbaren Kern hin zu durchleuchten. Die folgenden Bemerkungen sollen auf eine inhaltliche Grundfrage hinweisen, auf die zurückzugehen ein Ansatzpunkt für die Überwindung ideologiebelasteter Kontroversen im Streit um die Euthanasie sein könnte.

Die Frage nach der philosophischen Bewertung der Euthanasie ist eine ethische Frage. Ethische Fragen haben etwas mit der Diskrepanz zwischen Können und Dürfen zu tun. Als Menschen dürfen wir nicht alles, was wir können. Der Begriff der Humanität soll eben diesen Unterschied zwischen faktischem und eigentlichem Menschsein festhalten. Wenn Menschen vertrieben, vergewaltigt, ermordet werden, so geschieht etwas Inhumanes, also Unmenschliches, aber nichtsdestoweniger etwas, was immer und immer wieder unter Menschen geschehen ist, also etwas irgendwie doch auch wieder Menschliches. Humanität und faktisches Tun des Menschen klaffen auseinander. Aus dieser Kluft geht ethisches Fragen und ethisches Streiten hervor. Dies gilt auch für die Euthanasie-Debatte, wie sie nicht zuletzt von Peter SINGER wieder entfacht worden ist. SINGER geht es ja darum, daß wir anderen Lebewesen kein Leid zufügen sollen. Wenn er sagt, daß das Leben eines Schweines unter Umständen schützenswerter sei als das eines Kindes¹, dann begründet er das damit, daß unter bestimmten Umständen die Tötung des Schweines mehr Leid verursacht als die des Kindes². Sterbehilfe soll dann erlaubt sein, wenn das Leben eines Menschen mehr Leid als Freude mit sich bringt, wenn es also gewissermaßen eine Zufügung von Leid bedeutet, einen Menschen am Leben zu lassen.³ Also ist die Verursachung von Leid für ihn offenbar etwas, das wir tun können, aber nicht dürfen. Wenn SINGER sein Buch über Euthanasie und andere Probleme der Lebensbeendigung schreibt, dann hat das ja

gerade den Sinn, uns auf einen fehlerhaften Umgang mit der Diskrepanz zwischen Können und Dürfen hinzuweisen. Die ethische Grundfrage ist nun, woher diese Diskrepanz kommt, warum wir also nicht alles tun dürfen, was wir aufgrund unserer bloßen Macht doch tun können.

Im Mittelalter hieß die Antwort, daß Gott uns bestimmte Vorschriften gegeben, und in eine festgefügte Ordnung hineingeschaffen habe, die wir einhalten müßten. Diese Antwort ist in der Neuzeit ersetzt worden durch eine andere bis heute gültige, nämlich durch die Antwort des vertragstheoretischen Rationalismus und der Aufklärung. Sie lautet: Mein Können ist begrenzt durch das Recht des anderen Menschen. Ordnung geht diesem Recht nicht vorher, sondern wird zum Zweck seiner Realisierung erst geschaffen. Ich darf nicht alles, was ich kann, weil meine Handlungsmacht begrenzt ist durch das Recht meiner Mitmenschen. So darf ich etwa einem anderen kein Leid zufügen, weil dadurch sein Recht auf körperliche Unversehrtheit oder sein Recht auf Gesundheit verletzt würde. Eine Ausnahme gibt es nur, wenn der andere durch sein aktives Tun mich zur Gegenwehr zwingt, wenn er also seinerseits mein Recht auf Gesundheit oder körperliche Unversehrtheit zu verletzen droht.

Was aber sind Rechte? Woher kommt es, daß meine Mitmenschen mich in meiner Handlungsmacht begrenzen, weil sie Träger von Menschenrechten wie dem Recht auf Leben, Freiheit, Gesundheit oder Eigentum sind? Die von SINGER entfachte Debatte litt von Anfang an unter einer ungenügenden Klärung dieser grundlegenden Frage. Sie wurde etwa so geführt, daß man sagte: Vorausgesetzt, die Diskrepanz zwischen Können und Dürfen existiert, wo liegen dann die Grenzen zwischen erlaubter und nicht erlaubter Leidzufügung? Überhaupt nicht gestellt wurde die Frage, warum es denn diese Diskrepanz eigentlich gibt und inwieweit es zu unserer ethischen Grundverantwortung gehört, sie aufrechtzuerhalten. Es wurde immer nur danach gefragt, welche Eigen-

schaften menschliche oder sonstige Lebewesen haben müssen, damit es uns erlaubt oder verboten ist, ihnen Leid zuzufügen. Es wurde nicht gefragt, ob denn das Recht eines Menschen überhaupt so unmittelbar aus seinen Eigenschaften folgt oder wie überhaupt das Verhältnis zwischen Rechten und Eigenschaften aussieht. Und darum wurde eine entscheidende Einsicht bei der ganzen Debatte vergessen. Diese Einsicht lautet: Rechte sind weder Eigenschaften von Menschen noch gehen sie aus bestimmten Eigenschaften hervor.

Mein Recht auf Gesundheit ist weder mit meiner Gesundheit identisch noch folgt es aus der Tatsache, daß ich gesund sein und bleiben möchte. Mein Recht auf Leben folgt nicht daraus, daß ich leben möchte. Es wächst mir nicht an wie ein Glied meines Körpers und es gehört nicht zu meinem Charakter wie eine psychische Eigenschaft. Mein Recht darauf, daß mir kein Leid zugefügt werden dürfe, folgt nicht einfach daraus, daß ich nicht leiden möchte. Wenn eine Frau meinen Heiratsantrag ablehnt und nichts mit mir zu tun haben will, dann fügt sie mir wohl Leid zu, aber sie verletzt nicht meine Rechte. Zwar hängen Rechtsverletzung und Leidzufügung oft zusammen, aber sie sind nicht identisch.

Was sind Rechte, wenn nicht Eigenschaften? Rechte sind Verhältnisse. Und zwar sind Rechte Verhältnisse, die es nur zwischen Menschen gibt. Unter nichtmenschlichen Wesen gibt es keine Rechte. Zwar will kein Tier leiden, aber ein Tier, das ein anderes anfällt, verletzt nicht dessen Recht. Es will kein Tier sterben, aber ein Tier, das ein anderes auffrißt, verletzt nicht dessen Rechte. Zwischen Tieren besteht kein Rechtsverhältnis, und ebenso wenig besteht es zwischen Tieren und Menschen. Ein Tier, das einen Menschen anfällt, verletzt nicht dessen Recht auf körperliche Unversehrtheit, und ein Tier, das einen Menschen auffrißt, verletzt nicht dessen Recht auf Leben. Wären Rechte Eigenschaften oder würden sie aus Eigenschaften unmittelbar folgen, dann wäre dies uner-

klärlich. Denn die menschlichen Eigenschaften finden sich so gut wie alle, wenn auch in verschiedenem Maße, auch bei Tieren. Leid- und Lustempfindung, Triebe und Strebungen, Bewußtsein und bis zu einem gewissen Grad auch Intelligenz verbinden die Spezies Mensch mit anderen Lebewesen. Das Recht hingegen trennt uns gerade von allem Nichtmenschlichen, und diese Trennung ist die Basis der Diskrepanz zwischen Können und Dürfen. Auch daß wir mit Tieren nicht alles machen dürfen, was wir können, liegt in dieser Trennung begründet. Der Tierquäler wird zu Recht bestraft, aber er wird bestraft, weil er gegen menschliches Recht verstößt, weil Tierquälerei inhuman, eines Menschen nicht würdig ist. Für die Tiere gibt es keine Diskrepanz zwischen Können und Dürfen. Hierin liegt der ausschlaggebende Grund dafür, daß tierische Interessen von Menschen weder „stellvertretend“⁴ noch „treuhänderisch“⁵ wahrgenommen werden können. Ob diese Wahrnehmung richtig oder falsch erfolgt, also wie etwa die Abwägung zwischen menschlichen und tierischen Überlebensinteressen vorzunehmen wäre, hätten doch wieder Menschen zu entscheiden und gegenüber Menschen zu rechtfertigen – es sei denn, man würde wieder einen Stellvertreter der Tiere bei dieser Abwägung bestellen, dessen Abwägung wieder von einem anderen Stellvertreter zu überprüfen wäre usf. ad infinitum... Entscheidend ist weiterhin, daß Menschen sich zu ihren Interessen noch einmal verhalten können: Ein Mensch kann „ein anderer werden“ wollen.⁶ Für die Tiere gibt es ein entsprechendes Verhältnis zu ihrem Leben nicht – oder jedenfalls in keiner uns wahrnehmbaren und daher rechtlich relevanten Dimension. Sie tun, was sie können, und was sie nicht tun, das können sie auch nicht, sei es aufgrund instinktiver Hemmschwellen oder weil sie von uns in bestimmter Weise abgerichtet worden sind. Rechtsverhältnisse sind Verhältnisse zwischen Menschen, und darum gibt es Rechte nur zwischen, nicht aber an Menschen. Eigenschaften hingegen, seien es rein

körperliche oder auch solche wie Intelligenz, Rationalität und Selbstbewußtsein, gibt es nur jeweils an dem Wesen, das sie trägt.

KANT wollte genau diese Eigentümlichkeit der Humanität festhalten, wenn er von der Würde der Menschheit in jedem von uns sprach. Die „Menschheit“ ist etwas Abstraktes. Rechte kommen jedem von uns gerade „ohne Ansehen der Person“ zu, und bis heute ist es ein juristisches Grundprinzip, daß Gesetze abstrakt formuliert sein müssen, d.h. nicht versteckte Regelungen eines Einzelfalls sein dürfen. Würde ist uns nicht wegen unserer Eigenschaften verliehen, sondern weil wir Angehörige des Menschengeschlechts sind und weil für dieses Geschlecht Gesetze gelten – Gesetze, die freilich die allgemeinen Naturgesetze nicht außer Kraft setzen, die aber für uns zu den Naturgesetzen, denen wir ohnehin unterliegen noch hinzutreten und unsere Würde zu einer Aufgabe, nicht etwa zu einem Privileg machen.⁷ Alles andere können wir nach seinen Eigenschaften bewerten, und charakteristischer Ausdruck dafür ist, daß wir allem einen Preis zuordnen können. Nur Menschen haben keinen Preis, und wer anfängt, die Kosten eines Menschenlebens für „die Gesellschaft“ zu berechnen, spricht uns unsere Würde ab. Wenn wir uns prinzipiell weigern, das Leben eines Menschen gegen das anderer Menschen oder sogar gegen materielle Werte abzuwägen, dann kann es so etwas wie eine Bewertung menschlichen Lebens nicht geben. Bewertung setzt nämlich Vergleichbarkeit voraus. Vergleichbar sind wir aber nur hinsichtlich unserer Eigenschaften.

Behindertsein ist eine Eigenschaft. Wenn wir menschenwürdig miteinander umgehen, dann heißt das, daß wir keine Eigenschaft, wie sehr sie auch unser Leben bestimmen mag, zum letzten Maßstab unseres gegenseitigen Verhältnisses erheben. Wenn unser Verhältnis ein Rechtsverhältnis ist, dann bedeutet dies, daß wir zuletzt, jenseits aller ökonomischen Beziehungen, den anderen Menschen als ein Wesen respektieren, das sich nicht vergleichen läßt, daß wir ihm also

zugestehen, sein Leben auf eine einzigartige Weise zu führen. In unseren Eigenschaften stimmen wir auf vielfache Weise mit vielen oder allen anderen Menschen überein; aber für jeden von uns gibt es etwas, das sein und nur sein Leben prägt, das kein anderer so hätte erfahren und das man wiederum von keinem anderen so hätte erwarten können. Wer seine Mitmenschen nur nach ihren Eigenschaften beurteilt, wer sie in die Schubladen einordnet, in die sie zusammen mit anderen gehören, ist blind für diese Besonderheit jedes einzelnen Lebens. In dieser Blindheit besteht das Wesen dessen, was wir Vorurteile nennen. Vorurteile zu überwinden heißt, für das offen zu sein, was jeden einzelnen Menschen von jedem anderen unterscheidet, also für das Unvergleichliche an jedem von uns.

Es scheint mir eine Grunderfahrung im Umgang mit behinderten Menschen zu sein, daß ein Behinderter eben nicht als Behinderter anerkannt und respektiert werden will, sondern als diese eine, unvergleichliche Person, die genauso wenig wie jede andere auf eine Eigenschaft reduziert werden kann, auch nicht auf die des Behindertseins. Die Menschenrechte haben den Sinn, ein Verhältnis zwischen uns aufrechtzuerhalten, innerhalb dessen die Unvergleichlichkeit jedes einzelnen von uns wahrnehmbar bleibt. Dieses Verhältnis macht sich nicht von selber, es ist eine kulturelle Errungenschaft, die verloren gehen kann. Wo das Recht aus dem Leben der Menschen verschwindet, beispielsweise in Zuständen verheerender Unterdrückung oder des Bürgerkriegs, droht auch die Einmaligkeit unseres je eigenen Lebens unwahrnehmbar zu werden. Wenn Menschen ums nackte Überleben kämpfen müssen, dann zählt für sie am anderen nur noch das Bewertbare, Benützbare und Vergleichbare. Es ist aber keineswegs gesagt, was hier Ursache und Wirkung ist. Eher dürfte die Blindheit für das Einmalige an jedem von uns der Grund für Krieg und Unterdrückung sein als umgekehrt. Das heißt: Wer anfängt, die Menschheit zu spalten in solche, die dazugehören und solche, die aufgrund bestimmter Eigenschaften nicht da-

zugehören, zerstört gerade die Basis allen Rechts, nämlich die gegenseitige Anerkennung des Unvergleichlichen an jedem von uns.

Ob es uns als Menschen gelingen wird, Lebensformen aufrechtzuerhalten, die das Unvergleichliche an jedem von uns sichtbar werden lassen, wird wesentlich davon abhängen, daß keinem von uns erlaubt wird, darüber zu entscheiden, wo Unvergleichlichkeit beginnt und wo sie endet. Recht herrscht dort, wo ich mich für alles verantworten muß, was ich im Verhältnis zu anderen Menschen tue oder unterlasse. Solche Verantwortung kann es nur geben, wenn ich nicht wiederum darüber bestimmen kann, wer für mich als Mensch zählt und wer nicht. Kann ich selbst definieren, vor wem ich mich für Recht oder Unrecht zu verantworten habe und vor wem nicht, dann kann ich auch gleich Recht und Unrecht selbst definieren. Dann habe ich aber auch keine Antwort mehr, wenn andere ihrerseits mich nicht als ein für sie relevantes Verantwortungssubjekt gelten lassen. Der Kreis der Rechtssubjekte, also der Personen, darf nicht aufgrund bestimmter Eigenschaften konstituiert sein, weil die Frage, welche Eigenschaften dabei die entscheidenden sind, wiederum von Menschen beantwortet werden müßten und als Prinzip dieser Beantwortung dann nur noch faktische Macht, also Gewalt in Betracht kommt. Wenn aber nicht bestimmte Eigenschaften darüber entscheiden können, wer zum Kreis rechtlich relevanter Menschenwesen gehört, dann bleibt nur ein Kriterium übrig, nämlich der durch Zeugung und Geburt herbeigeführte Eintritt ins Menschengeschlecht. Wer einmal in dieses Geschlecht hineingekommen ist, darf nicht wieder ausgeschlossen werden, und zwar nicht wegen seiner Eigenschaften, sondern weil es niemanden gibt, der außer durch bloßen Machtspruch festlegen könnte, welche Eigenschaften hier zählen und welche nicht.

Es ist daher keineswegs Mitleid oder auch nur Solidarität mit Behinderten, die uns veranlassen muß, gegen ihre Ausgrenzung aus dem Kreis der

Wesen zu kämpfen, vor denen wir uns zu verantworten haben, sondern es ist unser eigenes Interesse, also das Interesse jedes Menschen, als Person anerkannt zu werden. Niemand von uns sollte sich täuschen: Wer die Menschheit spaltet, kann nicht sicher sein, in welchem Lager er selbst schließlich landen wird. Bestimmte Molekularbiologen haben einmal die Idee entworfen, durch Euthanasie nur die Intelligentesten überleben zu lassen; aber in Kambodscha war es unter der Herrschaft der Roten Khmer gerade das Todesurteil, wenn man zu intelligent war. Wenn die Frage, was menschliches Leben im Vergleich zu anderem wert sei, einmal gestellt ist, kann niemand vor ihr sicher sein. Nach den Behinderten können es die Kranken, die Alten oder die nicht ganz so Leistungsfähigen sein, an die sie gestellt wird. Schon das Wort „Behinderter“ ist ja offen gegen jegliche Ausdehnung; es wird von demjenigen definiert werden, der zuständig ist für die Antwort auf die Frage: behindert wobei? Schon heute gibt es „Lernbehinderte“; warum sollte nicht eines Tages jeder nicht ganz so effektive Mensch ein „Produktionsbehinderter“ sein oder jeder, der sich nicht im dauernden „keep smiling“-Medienstil aufführen mag, ein „Kommunikationsbehinderter“? Wenn wir es zur Angelegenheit menschlicher Koalitionsbildungen machen, wer sich vor wem zu verantworten hat und wer nicht, dann überlebt am Ende, wer das Recht schneller als andere zu seinen Gunsten definieren kann. Der Anspruch der Person, nicht Sache zu sein, hängt an der Unverfügbarkeit des Kreises der Wesen, vor denen jede Person sich zu verantworten hat.

KANT hat übrigens diese Unverfügbarkeit des Kreises, vor dem sich ein Mensch zu verantworten hat, noch mit einem anderen Begriff charakterisiert, der auf die Wurzel des ganzen Problems hinweist. Durch den rein biologischen Eintritt ins Menschengeschlecht, also durch seine Zeugung, wird ein Mensch nach KANT „Weltbürger“.⁸ Er erlangt Bürgerrecht auf der Erde, und kein anderes Wesen, das auf gleiche Weise auf diese Welt gekommen ist, kann es ihm wieder nehmen. Wir

haben dieses Wort auch heute noch, wenn wir von einem neuen „Erdenbürger“ sprechen. Zugleich aber hat das Wort „Weltbürger“ ja noch eine andere Bedeutung, Weltbürger ist, wer Menschen, die ihm fremd sind, doch ohne jedes Zögern als Wesen behandelt, die unwiderruflich mit ihm zu einem gemeinsamen Geschlecht verbunden sind. Ein Weltbürger hält das Leben anderer Menschen nicht deshalb für weniger wertvoll, weil ihm ihre Eigenschaften im Vergleich zu seinen eigenen fremd und vielleicht merkwürdig vorkommen. Vielmehr erkennt er umgekehrt, daß fremde Menschen für ihn selbst eine Aufgabe bedeuten, daß es ein humanes Ziel ist, das Unvergleichliche an ihnen durch alle äußeren Eigenschaften hindurch sichtbar werden zu lassen.

Wer selbst Weltbürger sein will, darf anderen Menschen das Weltbürgertum nicht aufgrund ihrer Eigenschaften absprechen. So fremd die Art des Lebens anderer mir sein mag, ich trage nicht um ihret-, sondern zunächst um meinetwillen Verantwortung dafür, daß sie der Chance, auf ihre Weise zu leben, nicht beraubt werden. Die Verantwortung für menschliches Leben wird nicht etwa geringer, sondern größer, je weiter entfernt Menschen, denen ich begegne, vom Durchschnittsmaß individueller Lebensführung sind, das ich normalerweise in meinem Umkreis vorfinde. Es kostet mehr Mühe, Einfallsreichtum und Einsatzwillen, behinderte Menschen in ihrer persönlichen Einzigartigkeit wahrzunehmen als Nichtbehinderte, und zwar deshalb, weil „Wahrnehmen“ in diesem Sinne nicht ein augenblicklicher, passiver Rezeptionsvorgang ist, sondern eine Gestalt humanen Umgangs mit anderen Wesen. Behinderte als Weltbürger wahrzunehmen heißt, sie so zu behandeln, daß gerade nicht ihre gemeinsame Eigenschaft des Behindertseins, sondern die jeweils jedem von ihnen als Person eigene und nur ihm eigene Art zu leben bestimmt, was sie mir bedeuten. Je schwerer behindert aber Menschen sind, denen ich begegne, desto näher komme ich nicht etwa an eine Grenze, jenseits derer solche Verantwortung

plötzlich aufgehoben wäre; jede Grenzziehung wäre hier willkürlich. Desto größer wird vielmehr nicht ihres, sondern mein Problem, mit ihnen so umzugehen, daß unser gemeinsames Weltbürgertum immer noch beglaubigt wird. Ich kann selbst einen schwerstbehinderten Menschen noch dadurch als Person anerkennen, daß ich mich vor ihm nicht benehme wie ich es vor einem Tier tun dürfte, auch wenn der Unterschied, den das für sein Leben macht, nicht mehr ihm, sondern nur noch mir wahrnehmbar ist. Es ist gerade meine Aufgabe, Humanität auch in solch einer schwierigen Situation noch wahrnehmbar zu machen. Für jede Rechtsordnung ist dies selbstverständlich, wenn sie dafür sorgt, daß ich für ein Vergehen gegen einen Behinderten ebenso bestraft werde wie gegenüber jedem anderen Menschen.

Abschließend sollten wir ganz klar einem Mißverständnis vorbeugen: Mit dieser Betonung des Rechts als Grundlage menschlichen Zusammenlebens sind die konkreten Probleme, die sich im gesellschaftlichen Umgang zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen stellen, allein niemals zu lösen. Das Recht kann immer nur einen Freiraum schaffen, innerhalb dessen Menschen einander als unvergleichliche Wesen wahrnehmen können; es kann nicht die persönliche Nähebeziehung herstellen, in der ich einen konkreten anderen Menschen in seiner Eigenart wirklich verstehe. Das Recht kann nur dafür sorgen, daß keinem von uns die Unvergleichlichkeit abgesprochen wird; es zeigt uns nicht, worin sie jeweils besteht. Dies wird immer nur den Wenigen sichtbar, die uns ganz nahe kommen. Niemand von uns hat ein Recht darauf, geliebt zu werden. Ein behinderter Mensch kann ebenso wie jeder andere mit seiner Einzigartigkeit allein bleiben. Damit will ich sagen, daß es viele Lebenssphären gibt, in denen man seine Unvergleichlichkeit nicht betonen, sie nicht pflegen und sich nicht an ihr festhalten sollte. Selbstverständlich gibt es liebenswerte und weniger schöne Eigenschaften, die im Umgang zwischen Menschen

wichtig sind. Wo es aber an jenen harten Kern geht, der mit den Fragen nach Lebenswert und Existenzberechtigung unweigerlich berührt wird, darf die Frage, wie wir unsere Mitmenschen gern hätten, keine Rolle spielen.

Auch besteht kein Anlaß, das Problem des Leidens herunterzuspielen. Menschliches und auch tierisches Leid ruft uns in die Verantwortung, etwas zu tun, also um seine Linderung zu kämpfen. Leid herbeizuwünschen ist unsinnig, Leid ohne Grund herbeizuführen ist schlecht. Aber das ist so, weil wir als Menschen natürlicherweise Leid zu vermeiden suchen. Es ist diese natürliche Verfassung des Menschseins, die die Bekämpfung des Leidens notwendig macht, nicht das Leiden selbst und als solches. Wo Leid unvermeidlich und unauflösbar entstanden ist, dort wird menschliches Leben deshalb nicht weniger wert. Wenn leidendes Leben weniger wert wäre als nicht leidendes, dann müßten wir noch jedem Opfer von Krieg und Vertreibung bescheinigen, daß sein Leben weniger wert sei als das von Menschen, die glücklicher

daran waren. Würden wir Leidvermeidung zum letzten Lebensziel machen, dann kämen wir nicht zu einer humaneren, sondern zur „schönen neuen Welt“, wie HUXLEY sie vor Augen geführt hat.

Referenzen

1. vgl. SINGER: Praktische Ethik, Stuttgart 1984, 169
2. vgl. ebd. 72
3. vgl. ebd. 191 ff
4. so Joel FEINBERG: Die Rechte der Tiere und zukünftiger Generationen, in: Dieter BIRNBACHER (Hrsg.): Ökologie und Ethik, Stuttgart 1980, insbes. 144 ff
5. Beat SITTE: Plädoyer für das Naturrechtsdenken. Zur Anerkennung von Eigenrechten der Natur, Basel 1984 (Beiheft der Zeitschrift für Schweizerisches Recht 3), 37 f.
6. Vgl. die Analyse der „second order desires“ bei HARRY G. Frankfurt: Willensfreiheit und der Begriff der Person, in: Peter BIERI (Hrsg.): Analytische Philosophie des Geistes, Königstein im Taunus 1981, insbes. 288 ff., 296
7. Vgl. KANT: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 75, 100
8. Vgl. KANT: Metaphysik der Sitten, Rechtslehre 28, AB 113



DER „AUSNAHMEZUSTAND“

Die Arbeit eines Landwirts bringt eine gewisse Zwangsläufigkeit mit sich: Wie die Jahreszeiten notwendig aufeinanderfolgen und das Wachstum in Stall, Wald und Feld seiner Regel gehorcht, so gestaltet sich auch die landwirtschaftliche Tätigkeit. Sie läßt es kaum zu, daß der Bauer seine Hände in den Schloß legt oder auf Urlaub fährt. Die Ordnung der Natur und ihre Bedürfnisse prägen den Landwirt, so daß er mit ihr verwächst und sich mit ihr identifiziert. Es ist deshalb stets ein kritisches Ereignis, wenn er aus Altersgründen oder wegen Krankheit seinen Hof übergeben muß und mit seiner „Ausnahm“ in den Ruhestand tritt. In vielen Fällen, wenn er noch einigermaßen rüstig ist, ist er gar nicht gewillt, auf seine gewohnte Tätigkeit zu verzichten und Zuschauer am eigenen Hof zu sein. In anderen Fällen ist er, obwohl schon kränklich, dazu gezwungen, seinen Betrieb weiter zu führen, weil die Verpachtung von Hab und Gut nur auf dem Papier an seinen jüngsten Nachkommen erfolgte und dieser es seinerseits vorzog, sich als Hilfsarbeiter seinen Lebensunterhalt zu verdienen. In manchen Fällen schließlich trifft eine Kombination beider Varianten zu.

Das war auch in dieser Familie so. Sie war kinderreich, das Anwesen nicht groß und alle mußten hart arbeiten, um das Nötigste zum Leben zu haben. Der Vater, der auf sein persönliches Ansehen innerhalb der Dorfgemeinschaft großen Wert legte, engagierte sich in mehreren Dorfvereinen und schätzte die Präsenz bei den im Wirtshaus stattfindenden Versammlungen zuweilen höher ein als die Arbeit am eigenen Hof. Umso forscher trieb er, zumal im angeheiterten Zustand, seine Familie zur Arbeit an. Den zahlreichen Konfliktsituationen, die sich daraus ergaben oder die er herauf-

beschwor, pflegte er mit stangenweisem Zigarettenverzehr, der ihm schon in Stalingrad das Überleben erleichtert hatte, zu begegnen oder sie durch weiteren Alkoholkonsum zu entschärfen. So verwundert es nicht, daß er und seine Frau, die ihrerseits den Alkohol als Kräftigungs- und Entspannungsmittel für sich entdeckt hatte, noch vor Erreichen des Pensionsalters körperlich und seelisch abgewrackt waren und schließlich mit ihrem jüngsten Sohn, der als Erbe ausersehen war und die schwierigsten Jahre im empfindlichsten Alter miterlebt hatte, alleine dastanden. Der Vater litt schon seit längerem an einer fortschreitenden bronchialen Obstruktion mit konsekutiver Rechtsherzüberlastung, sowie an einer chronischen Ulkuserkrankung. Auch ein rezidivierendes Erysipel des Unterschenkels und Erfrierungen vom Kriegsdienst machten ihm zu schaffen. Die Mutter laborierte an einer chronischen Pankreatitis und multiplen Wirbelsäulen- und Gelenksbeschwerden. Der durch Blähungen aufgetriebene Bauch drückte auf Herz und Zwerchfell. Es wurde ihr aufgetragen, sich zu schonen, Diät zu halten und den Alkohol zu meiden, doch scheiterte die Schonung am Unmut des Gatten und selbst wollte sie auf die im eigenen Betrieb produzierten fetten Gerichte und den Alkohol nicht verzichten. So verging keine Woche, ohne daß die beiden ärztliche Hilfe beanspruchten und frei erhältliche Analgetika konsumierten. Immer dann, wenn eine schwere Arbeit bevorstand, sei es die Kartoffelernte oder das Burgunder-Hauen, pflegte die Frau psychophysisch zu dekompensieren und klagte solange über die vielseitigsten Beschwerden, bis der Arzt sie nach frustrierten Therapieversuchen ins Krankenhaus einwies. Während dieser Zeit bedurfte auch der Vater

einer intensiven medizinischen Betreuung. Obwohl angesichts dieser Umstände der Arbeitsertrag immer geringer ausfiel und der Betrieb in zunehmende Schulden schlitterte, wollte sich der Bauer trotz wiederholten familiären und ärztlichen Drängens nicht dazu entschließen, seine Wirtschaft zu verkleinern oder aufzugeben. Mit der Parole „in Stalingrad haben wir auch durchgehalten“ bedrängte er seine Frau und seinen Sohn weiterzumachen. Dieser sah die Aussichtslosigkeit des Unterfangens und entschied sich, nachdem ein schwerer Traktorunfall ihm beinahe das Leben gekostet hätte, eine Arbeit in der nächstgelegenen Stadt anzunehmen. Aus Loyalität zu seinen Eltern aber und weil er sah, daß der Vater den Betrieb weder aufgeben wollte noch bewältigen konnte, opferte er jede freie Minute, um Stall und Feld zu bestellen. Diese doppelte Belastung setzte dem erst 23-jährigen so sehr zu, daß er mehrmals wegen hypertoner Krisen oder psychophysischer Erschöpfung ins Krankenhaus eingewiesen werden mußte. Zur selben Zeit verschlechterte sich auch der Gesundheitszustand des Vaters, der Arzt mußte noch häufiger kommen und ihn wegen cardialer Dekompensation oder Pneumonien ins Spital schicken.

Durch sein störrisches Verhalten hat der Bauer seine und seiner Angehörigen Gesundheit aufs Spiel gesetzt und der Sozialen Krankenver-

sicherung enorme Kosten und Folgekosten aufgebürdet. Die moderne Spitalsmedizin fragt nach der Herkunft dieser Kosten nicht und schätzt es als ihr Verdienst, wenn sie den gegebenen Zustand prolongieren kann. Behörde und Sozialversicherung ihrerseits sind, wie eine diesbezügliche Korrespondenz gezeigt hat, offenbar die Hände gebunden. Der Hausarzt aber muß vor dem Hintergrund seines Wissens über die Zusammenhänge seine Entscheidungen verantworten.

3 Jahre nach dem Ende der Schilderung stellt sich die Situation wie folgt dar:

Der Vater ist verstorben. Dadurch entspannt sich die Situation für Gattin und Sohn. Der Sohn faßt Mut, heiratet, zieht in eine nahegelegene Stadt, wo er während der Woche wohnt und arbeitet. Am Wochenende kommt er nach Hause und betreibt das Geschäft des Körnerbauers, nachdem alles Vieh verkauft ist. Es gelingt ihm, den Bauernhof etwas zu sanieren und wohnlicher zu gestalten. Es gelingt ihm, sich vom Alkohol ganz loszusagen. Die weiterhin dahinkränkende Mutter ist auch nicht mehr so depressiv, freut sich am Erfolg des Sohnes und hilft, so gut sie kann, in Haus und Hof mit. Auch sie greift nur mehr selten zur Flasche, obwohl sie sich auch oft gehen läßt und im Bett liegt. Der Sohn hat die Absicht, später gänzlich zur elterlichen Scholle zurückzukehren.

Kommentar zum Fall

Fernando MONGE

Der vorliegende Fall wirft ernsthafte Fragen rund um das Gesundheitswesen auf. Welche Verantwortung trägt der Patient im Falle einer selbstverschuldeten Krankheit? Welche Maßnahmen kann die Gesellschaft ergreifen?

Vom rein soziologischen Standpunkt aus muß objektiv dem Einzelnen Verantwortlichkeit zugesprochen werden. Das störrische Ver-

halten des Bauern im Bezug auf seine Arbeit und seine Gesundheit hat offensichtlich seinem familiären und sozialen Umfeld Schaden zugefügt. Schaden für die eigene Gesundheit und die der anderen Familienmitglieder. Aber auch Schaden für die Gesellschaft, auf jeden Fall dort, wo sie auf Grund des geltenden Krankenversicherungssystems für die Krankheitsko-

sten unabhängig davon, ob die Krankheit selbstverschuldet ist oder nicht, aufkommen muß. Hier stellt sich die Frage: Wie kann man die Verantwortung des Patienten richtig einschätzen. Aber dies ist eine ethische Frage.

Vom ethischen Standpunkt aus müßte man sagen, daß jeder Mensch zur Solidarität mit den Mitmenschen verpflichtet ist, d.h. daß er alles vermeiden soll, was den anderen einen objektiven Schaden zufügt. Wie kann man aber Verantwortung und Schaden eindeutig zuordnen? Jemand ist nur im dem Ausmaß zur Verantwortung zu ziehen, in dem er auch frei gehandelt hat, und im Leben eines jeden Menschen gibt es unbeeinflussbare Umstände und Sachzwänge, die den Lebensverlauf stark mitbestimmen, wenn auch nur selten ganz determinieren. Über das Verantwortungsausmaß bei einer konkreten Handlung kann daher bestenfalls nur das eigene Gewissen, aber nicht ein Dritter urteilen.

Vom gesundheitspolitischen Standpunkt aus könnte man diese Problematik wieder anders angehen, indem man Gesetzesregelungen trifft, die, wie im Falle des Verkehrsgesetzes, die Bürger durch administrative Strafen dazu verpflichtet, bestimmte Verhaltensweisen zu unterlassen, die Schäden für die eigene oder fremde Gesundheit mit sich bringen würden. Das Verkehrsverhalten ist jedoch ein sehr eingeschränkter Lebensbereich des Menschen, der keinesfalls wesentliche Aspekte seiner Persönlichkeit und Freiheit berührt. Der Bereich Gesundheit-Krankheit ist hingegen eng mit der Intimsphäre der Person verknüpft, in der sich so wesentliche Dinge wie Familie, Beruf, Erholung etc. abspielen. Und dort wird man sich nur schwer zur zusätzlichen Kontrolle und Einschränkung der persönlichen Freiheit durchringen können, die teilweise zu einer weiteren Entmenschlichung der Medizin führen könnte.

Damit soll nicht gesagt werden, daß das Gesundheitswesen nicht Recht darauf hätte Regelungen zu treffen, die unverhältnismäßige Kosten verhindern sollen. Jene Maßnahmen wä-

ren aber fruchtlos, wenn sie nicht gleichzeitig eine größere Menschlichkeit in der Medizin herbeiführten. Diese Menschlichkeit wird erreicht, wann immer das Wohl des Patienten in den Vordergrund gestellt wird. Daher scheint es mir notwendig, in diesem Fall einige Reflexionen anthropologischer und ethischer Art anzustellen.

Zunächst einmal muß man sich fragen, warum der Bauer eine persönliche Verantwortung für seine Gesundheit trägt und warum er für die Gesundheit seiner Nächsten Sorge tragen soll. Ist dies allein wegen der Sozialkosten, die er verursacht?

Man muß von der einfachen Tatsache ausgehen, daß der Mensch kein absoluter Herrscher über sein Leben ist, er hat es erhalten, er kann es eigenwillig beenden, nicht aber wieder bekommen und er kann seinen Verlauf nur beschränkt beeinflussen. Dies weist auf den Gabencharakter des Lebens hin. Nur von jenem Blickwinkel aus, in dem das Leben als Geschenk Gottes verstanden wird, läßt sich die Heiligkeit des Lebens und die Würde der Person verstehen. Im Gegensatz dazu, wenn der Mensch von seinem Ursprung und seinem Ziel losgelöst wird, verwandelt er sich in den verherrlichten Übermenschen (NIETZSCHE), der sich schließlich als unnütze Leidenschaft sieht (SARTRE).

Die göttliche Herrschaft über das Leben ist demnach die Grundlage und Garantie für die Würde der Person. Aber Person darf nicht auf Individuum reduziert werden. Wesentlich am Personsein ist die Hinordnung auf den anderen, die, so lehrt die Ethik, eine Aufforderung – ja Verpflichtung sogar – zur Selbsthingabe ist. Diese doppel dimensionale Auffassung der Person – Individuum auf eine Beziehung hingeordnet – erklärt viel besser als andere, daß ein Teil ihrer inkommensurablen Würde gerade im ebenso inkommensurablen Wert für die anderen besteht. Dies begründet die ethische Forderung, daß Solidarität mit dem Anderen auch Verantwortung in der Lebensführung bedeutet: Gerade weil ich nicht allein dastehe, sondern

für die anderen ein „Du“ bin, auf das sie auch ein Recht haben, muß ich mit meinem Leben sorgfältig umgehen.

Welche praktische Bedeutung haben diese Überlegungen nun für den vorliegenden Fall?

Der Bauer und seine Frau würden sich anders verhalten, würden sie sich ihrer Eigenverantwortlichkeit für das eigene Leben und die Gesundheit bewußt sein und würden sie es wie ein Geschenk, das eine soziale Bestimmung hat, betrachten. Der Mensch, so sagt Viktor FRANKL, verwirklicht sich in dem Maß, als er über sich selbst hinausgeht, sich den anderen hingibt, um so seinem Leben Sinn zu verleihen. Zur Lösung des Problems nützte es ihnen wenig, würde man ihnen vorhalten, daß sie der Staatskassa unmäßige Kosten bereiteten, da sie sich in einer Situation befinden, in der für sie der wahre Sinn der ökonomischen Strafe, nämlich eine Ungerechtigkeit auszugleichen, kaum einsichtig sein kann. Damit die Strafe wirksam wird, müßte sie eine spürbare vermögensabhängige Schmerzgrenze überschreiten, die von Fall zu Fall verschieden geregelt werden müßte. Wegen der oben erwähnten schwierigen Zuordnung von Verantwortung und Schaden wird eine solche Regelung kaum gerecht sein können.

Der Hausarzt, als sanitärer Betreuer, hat die Pflicht über das Leben, über die Gesundheit zu wachen und zwar auf eine Art, die immer die Würde seiner Patienten respektieren muß. Er erlangt diese Vorgabe nicht nur, indem er, weil der Patient geringe Compliance aufweist, sich damit

begnügt, Symptomtherapie zu betreiben, sondern er müßte den Patienten eindringlich auf jene vermeidbaren Risiken aufmerksam machen, die unmittelbar zur Krankheit führen werden und er sollte bewirken, daß über die therapeutischen Maßnahmen hinaus auch die richtigen lebensqualitätsverbessernden Präventivmaßnahmen (ev. psychotherapeutische Maßnahmen) getroffen werden. In dem heutigen Gesundheitsbetrieb ist der Arzt in Fällen dieser Art aber deshalb meistens überfordert, weil die Lösung eine leider kaum mehr erreichbare Qualität der Arzt-Patient-Beziehung voraussetzt. Wenn es aber der Patient weder aus eigener Kraft noch mit Hilfe seiner Familie schafft, ein Verhalten zu wählen, das seiner Würde entspricht, kann ein in einer guten Arzt-Patient-Beziehung eingebetteter ärztlicher Beistand korrektiv wirken.

Zusammenfassend: die Lösung von Problemen dieser Art kann vor allem durch eine Stärkung des allgemeinen Bewußtseins des Wertes des Lebens, als Gabe von unermesslicher Würde und von unvergleichbarem Wert für die anderen, erleichtert werden. Andererseits gibt die richtige Arzt-Patient-Beziehung eine zusätzliche Handhabe, um diese Problemfälle zu behandeln. Natürlich sollten auch mittels stärkerer Einbindung des Verantwortungsprinzips in die Finanzierungsmodalitäten des Gesundheitswesens flankierende Maßnahmen getroffen werden. Man darf allerdings nicht allein von diesen letzteren die Lösung der Probleme ethischer Natur erwarten.

*Dr.phil.Dr.theol. Fernando MONGE,
Publizist, Wien.*

Zunehmender Drogenkonsum bei holländischen Schülern

Holländische Schulkinder der Altersgruppe zwischen 11 und 18 Jahren nahmen 1995 weit mehr Alkohol und Marihuana zu sich als noch 1990. Der Prozentsatz derer, die bereits dem Alkohol zusagten, stieg von 55% auf 65% und jener der Marihuanakonsumenten von 7% auf 17%! Es zeigt sich, daß besonders Mädchen dazu neigen, Alkohol zu konsumieren. Dies geht aus einer Studie of Mental Health in Utrecht gemeinsam hervor, die mit TNO (Dutch Network of Research Institutes) durchgeführt wurde.

Man kam zu dem Ergebnis, daß 2% der 6699 befragten Schüler kontinuierlich Drogen zu sich nehmen. Zudem stellten die Forscher von TNO fest, daß ein eindeutiger Trend zum Langzeitgebrauch von Marihuana bei Jugendlichen sichtbar geworden ist. 9% der Marihuanakonsumenten des Jahres 1990 nahmen auch heute noch die Droge zu sich. 1990 waren es nur 2% der Marihuanakonsumenten gewesen, die schon 1985 von der Droge Gebrauch gemacht hatten.

Die liberale Drogenpolitik der Niederlande wird durch diese Ergebnisse in ein neues, zweifelhaftes Licht gerückt.

Lancet, Vol 347, February 24, 1996.

Sind Ärzte keine Humanisten mehr?

In ROBERTSON DAVIES „The Cunning Man“ (1994) ist zu lesen: „Ärzte sind gut ausgebildete Menschen, wengleich sie oft über keinen weiten kulturellen Horizont verfügen...“. Ist das schlimm? Ist es schlimm, wenn ein Arzt technisch

kompetent ist, aber noch nie etwas von TOSCA gehört oder „Schuld und Sühne“ gelesen hat? Induzieren die Geisteswissenschaften wirklich Menschlichkeit? Sir GEOFFREY KEYNES, ein Kenner WILLIAM BLAKES' und innovativer Chirurg formulierte es so: „Ich denke gerne daran, daß BLAKE wahrscheinlich zu meinem Versuch etwas beigetragen hat, die Behandlung von Brustkrebs humaner zu gestalten“. In den letzten 2 Jahrzehnten hat man sich immerhin bemüht, die Geisteswissenschaften vermehrt in die Ausbildung der Ärzte einzubeziehen. Manchmal einfach durch Lesen der „großen Bücher“ wie der Bibel, oder auch literarische Klassiker, wie SHAKESPEARE. Manche Schulen bieten zusätzlich Kurse an, die die „affektiven“ und „kognitiven“ Fähigkeiten fördern sollen.

Man betont die Entwicklung eines individuellen, sozialen und kulturellen Selbstverständnisses, besonders in emotionaler Hinsicht, um den Arzt zu befähigen, den Patienten zu gleicher Zeit in seiner äußeren Körperlichkeit und seinem geistigen Inneren unter Hereinnahme ärztlicher Erfahrung zu betrachten.

Die kognitiv orientierten Kurse wollen Perspektiven aufzeigen. Ein interessantes Beispiel dafür ist der innovative Kurs an der Universität von Sydney mit dem Titel: „Doktor, schauen sie einmal zurück!“ Dort werden Medizingeschichte, Anthropologie und Philosophie unterrichtet und auch geprüft. Innerhalb der Medizin gibt es natürlich auch Kritiker, die meinen, daß ein guter Wille nicht gelehrt werden könne und die erwähnten Angebote deshalb niemals zu Pflichtfächern werden sollten.

„Wissen führt nicht zur Jugend“ lautet ihre Devise. Im allgemeinen

herrscht aber wenig grundsätzlicher Zweifel daran, daß die Geisteswissenschaften eine richtige Grundlage für kluge ärztliche Entscheidungen liefern können.

Lancet, Vol 346, Oct.28, 1995

Bedürfnisse der Sterbenden erkennen

Die American Medical Association (AMA) hat eine genaue Analyse der Situation des gegenwärtigen Gesundheitssystems, mit dem der Sterbende konfrontiert ist, zu erstellen versucht.

Wo sterben wir? Sind Patienten und ihre Familien mit den gegenwärtigen Zuständen zufrieden? Diese Fragen erfordern eine klare Erhebung von Erfahrungen Sterbender, aber auch ihrer Familien. Die wenigen Untersuchungen, die etwa über den Ort des Sterbens gemacht wurden, deuten jedenfalls darauf hin, daß oft eine Diskrepanz zwischen den Wünschen der Patienten und der Realität besteht.

Als Todesursachen stehen Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, degenerative Organerkrankungen und Dysfunktionen im Bereich des zentralen Nervensystems an oberster Stelle.

Eng verbunden mit der Frage nach dem Sterben ist die Frage nach den Symptomen, die auftreten. Viele Sterbende fürchten Schmerzen. Hier wurden Untersuchungen gemacht, jedoch fast ausschließlich bei Krebspatienten. Die Hälfte aller Krebspatienten leidet unter sehr starken Schmerzen. Die Bemühungen um Verbesserungen in der Schmerzbehandlung tragen dank der Entwicklung neuer Techniken und hochqualifizierter Pflege schon nachweisbar Früchte.

Ein anderes, häufig anzutreffendes Symptom des Sterbenden ist die

Depression. Sie ist im Zusammenhang mit Euthanasie ein wichtiges anzusprechendes Symptom, der Lebensüberdruß. Eine von fünf Personen, die in den Niederlanden durch Euthanasie starben, gaben ihn als wichtigen Grund an, sich für den aktiv herbeigeführten Tod zu entscheiden. Man könnte glauben, daß Sterbende oft von Angsten, die ihre Wurzeln im Religiösen hat, geplagt werden. Bei Befragungen zeigt sich aber, daß die Furcht vor Schmerz, Verlust von Kontrolle und die Angst, eine Last für die Familie zu werden, klar im Vordergrund stehen. In der Diskussion über Euthanasie wird aber immer wieder angeführt, daß der Grund für den Wunsch zu sterben eben in den unerträglichen Schmerzen zu suchen sei. Hier wird man umdenken müssen: Jüngste Analysen ergeben, daß es vielmehr eine Lebensmüdigkeit, ein Verlust von Selbstwertgefühl, das seine Wurzeln wiederum in der Erfahrung hat, kein „produktives Mitglied“ der Gesellschaft mehr zu sein und die Angst, der Familie zur Last zu fallen, ausschlaggebend für den Wunsch sind, durch Euthanasie zu sterben, bzw. Beihilfe zum Selbstmord in Anspruch nehmen zu lassen während ihres Spitalaufenthalts kein einziges Mal darüber mit einem Arzt sprechen konnte. Das ist ein gutes Beispiel für die Ineffizienz der Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Niederlande praktizieren bereits in vollem Umfang aktive Euthanasie. 9000 Patienten

In einer Studie konnte gezeigt werden, daß die Hälfte einer schwerkranken Patientengruppe, die es vorzog, keine Reanimierungsversuche über sich ergehen zu lassen während ihres Spitalaufenthalts kein einziges Mal darüber mit einem Arzt sprechen konnte. Das ist ein gutes Beispiel für die Ineffizienz der Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Niederlande praktizieren bereits in vollem Umfang aktive Euthanasie. 9000 Patienten

jährlich bitten ihren Arzt um Beihilfe zum Selbstmord. 3000 Patienten sterben jährlich durch von Ärzten kontrollierten Suizid. In ihrem Resümee empfiehlt die AMA nachdrücklich, die Bedürfnisse der sterbenden Patienten immer genauer zu erforschen, um eine effektive palliative Medizin zu ermöglichen.

Dies schließt auch die verbesserte Ausbildung aller in der Behandlung und Pflege Berufstätiger mit ein.

JAMA, Feb.14, 1996, Vol. 275 No.6

USA kürzt radikal Zuschüsse zu internationalen Familienplanungsprogrammen

Die USA bleiben ein Land der Extreme. 30 Jahre lang war die US Agency for International Development (USAID) führend in der Vergabe von Geldern für internationale Familienplanung.

Das hat sich nun schlagartig geändert: waren es 1995 noch 546 Millionen Dollar, die bereitgestellt wurden, so sind es 1996 nur mehr 72 Millionen! Dies wird sich vor allem auf die Entwicklungsländer auswirken. Auslöser dieses Umschwunges ist eine heftig geführte Abtreibungsdebatte. Das House of Representatives (HOR) wollte die Unterstützung für alle nichtstaatlichen Organisationen streichen, die auch Beratung zur Abtreibung anbieten. Obwohl Präsident CLINTON ein Veto androhte, setzte sich das HOR Anfang Jänner durch. Die Beschlüsse der Internationalen Konferenz zum Thema „Bevölkerung und Entwicklung“ in Kairo werden dadurch untergraben. In Kairo beschloß man bis zum Jahr 2000 5,7 Billionen Dollar aus Ländern des Westens aufzubringen, um die internationale Familienplanung zu unterstützen (1991 waren es nur 0,9 Billionen Dollar). Frankreich, Spanien und Italien bleiben bei einer restriktiven Ausgabenpo-

litik und nun auch der Rückgang der US-Gelder.

Lancet, Vol 347, March 2, 1996

Euthanasie bei AIDS-kranken homosexuellen Männern

Die holländische Studie erfaßt 131 homosexuelle Männer, die in den letzten 10 Jahren an AIDS erkrankt und daran gestorben sind. 22% davon starben durch Euthanasie oder PAS (physician assisted suicide), und bei weiteren 13% wurde MDEL (medical decisions concerning the end of life) angegeben.

Der Krankheitsverlauf der HIV-Infizierten wurde durch Zählen der CD4+ und CD8+ Immunzellen verfolgt und diese Daten mit der verbleibenden Lebenserwartung in Beziehung gesetzt. Dies und die Schätzungen der Ärzte zeigten auf, daß das Leben der durch ärztliches Handeln Getöteten in der Mehrzahl der Fälle (72%) um nicht mehr als einen Monat verkürzt worden ist. Man sieht die PAS als extreme Form der Schmerzlinderung in den Endstadien einer tödlichen Krankheit an.

Eine weitere landesweite Studie aus dem Jahr 1990 gibt für nahezu 3% aller Todesfälle Euthanasie als Ursache an und MDEL ist im ärztlichen Alltag üblich. Weiters zeigt sie, daß Euthanasie bei Krebskranken 5 mal und bei AIDS-Kranken 12 mal so häufig im Vergleich zu anderen Kranken angewandt wird.

Lancet, Vol.347, February 24, 1996

Abtreibungspolitik in den USA

US-Präsident Bill CLINTON hat von seinem Vetorecht Gebrauch gemacht, um ein gesetzliches Verbot für Abtreibungen nach der 20. Woche zu stoppen. Der Vatikan, die US-amerikanischen Bischöfe und zahlreiche andere Personen protestierten gegen diese Entschei-

derung, die - wie es in einer Stellungnahme heißt - ein „unglaublich brutaler Aggressionsakt gegen unschuldige Menschenleben und gegen die unabänderlichen Menschenrechte des Ungeborenen“ sei. Es handle sich in der umstrittenen Causa „eher um Kindesmord als um Abtreibung, damit gerade die Zukunft einer solchen Gesellschaft moralisch und ethisch in Gefahr.“ CLINTON ließ unterdessen mitteilen, er werde neuerlich sein Veto einlegen, wenn der Kongreß bei seinem Verbot von Abtreibungen zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft bleibe.

Ende März wurde im Repräsentantenhaus mit 286 zu 129 Gegenstimmen eine Gesetzesvorlage angenommen, die Abtreibungen nach der 20. Woche, außer bei Lebensgefahr für die Mutter, verbietet. Um das Präsidenten-Veto zu überstimmen, müßte der Text neu verhandelt und mit Zweidrittelmehrheit angenommen werden.

Kathpress-Tagesdienst Nr.94,
23.4.1996

Produktion tiefgefrorener Embryonen stoppen

Bei einer Audienz für die Teilnehmer an einem internationalen Symposium über rechtliche Fragen im Zusammenhang mit der Enzyklika „*Evangelium vitae*“ von Johannes Paul II appellierte der Papst an die Wissenschaftler und Ärzte aller

Welt, die Produktion tiefgefrorener Embryonen zu stoppen. Er sehe keinen moralisch erlaubten Ausweg für die abertausende menschlicher Embryonen, die derzeit „auf Eis“ gelagert werden. Erst kürzlich sorgten die 3000 „elternlosen“ tiefgefrorenen Embryonen in England für Schlagzeilen, deren 5-jährige „Aufbewahrungsfrist“ demnächst abläuft. Rechtlich gesehen sollten die Eltern über das weitere Schicksal entscheiden, diese sind aber in etwa 3000 Fällen nicht lokalisierbar. (Vgl. IH 1/96, Nachrichten, S 52).

Der Papst betonte bei seiner Ansprache, daß Embryonen „immer Inhaber der wesentlichen menschlichen Grundrechte“ seien und deshalb auch juristisch als menschliche Personen geschützt werden müssen. Er verurteilte mit Nachdruck die Produktion tiefgefrorener Embryonen zu reinen Forschungszwecken oder noch schlimmer für eine „vorprogrammierte Zerstörung“. In einem Rechtsstaat dürfe das Lebensrecht nicht der Willkür einzelner und der Arroganz der Mächtigen überlassen werden. Der Papst wiederholte das Verbot künstlicher Befruchtung.

Kathpress Tagesdienst Nr. 122,
29.5.1996

Alternativmedizin am Beispiel Australiens

Einer australianischen Studie zufolge gibt es einen deutlichen

Trend zur Alternativmedizin. Annähernd die Hälfte der Bevölkerung Südaustraliens nimmt deren Dienste in Anspruch und ist auch bereit, große Summen dafür auszugeben. Problematisch ist, daß einige der alternativen Therapeutika toxisch sind, daß es kaum Studien gibt, die die Wirksamkeit dieser Substanzen eindeutig belegen, und daß gelegentlich der eingegebene Wirkstoff in den zum Verkauf angebotenen Medizinien nicht enthalten ist. Die Qualitäts- und Sicherheitskontrolle alternativer Pharmaka ist nach wie vor eine Streitfrage. In Deutschland wurden beispielsweise 50 Heilmittel verboten, weil sie toxische Substanzen enthielten. Dieselben Qualitätskontrollen, wie für konventionelle Pharmazeutika müßten daher gefordert werden.

Der steigende Zuspruch zu alternativen Therapeutika wirft die wichtige Frage auf, warum eigentlich die Bevölkerung der allopathischen Medizin soviel Vertrauen schenkt. In einer anderen Arbeit wurden die Gründe dafür analysiert. Die Alternativmedizin versteht es offensichtlich, Lücken der Schulmedizin zu füllen: die Patienten haben den Eindruck, daß man sich Zeit für sie nimmt, sie fühlen sich persönlich gut betreut und beraten. Man wird sich Gedanken machen müssen, wie dieser Trend aufzuhalten sein wird.

Lancet, Vol 347, March 2, 1996

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol.21 No.1 February 1996

LAURENCE B. McCULLOUGH: Reification and Synergy in Clinical Ethics and its Adequacy to the Managed Practice of Medicine; BENJAMIN H. LEVI: Four Approaches to Doing Ethics; JAN MARTA: A Linguistic Model of Informed Consent; JEANNE SALMON FREEMAN: Arguing Along the Slippery Slope of Human Embryo Research; JOHN F. PEPPIN: Pharmaceutical Sales Representatives and Physicians: Ethical Considerations of a Relationship; B. ANDREW LUSTIG: Informed Consent as a Tool for Medical Management.

REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA. Santiago de Compostela, Spanien.

Quartalsschrift in Spanisch.

Vol.V No.24, 4a 1995

Tema de Estudio: Ecología, Demografía y Bioética

VICENTE BELLVER CAPELLA: La incidencia del paradigma ecológico en la bioética; ARMANDO PÉREZ DE NUCCI: La urgencia de la ecología: ética y medio ambiente; MA. DOLORES VILA-CORO: El derecho a la identidad personal; GÉRARD-FRANÇOIS DUMONT: De 'la explosión' a 'la explosión' demográfica; ANGEL GARCÍA PRIETO y PABLO GONZÁLEZ-VILLALOBOS: Población, desarrollo y medio ambiente sin los prejuicios del miedo.

Colaboraciones: MEDICINA JAVIER NÚÑEZ GARCÍA: Decisiones de limitación de tratamiento en enfermos terminales; GUILLERMO OCHOA MILLÁN y BEATRIZ OROZCO CELIS: Los honorarios médicos.

DERECHO J.D. VILLALÁIN BLANCO: Los derechos del enfermo.

FARMACIA MA.DEL CARMEN VIDAL CASERO: La receta del Insalud. Deontología de los profesionales sanitarios.

ETHICS & MEDICINE. An International Christian Perspective on Bioethics. Bannockburn, IL, USA, London GB.

Quartalsschrift in Englisch.

11:3, 1995:

DR. TERESA IGLESIAS: The Budapest Conference in Bioethics, 1995; J.P. MORELAND AND JOHNA MITCHEL: Is the Human Person a Substance or a Property-thing?; JUAN ARISTONDO: A Christian Perspective on the Use of Animals for Medical Research and Transplantation.

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.

Quartalsschrift in Italienisch.

Vol.5 (1996), Fasc.1 Gennaio/Giugno

Studi: LLUÍS CLAVELL: La perennità della filosofia dell'essere. L'invito di Giovanni Paolo II a studiare Tommaso d'Aquino; FRANCESCO D'AGOSTINO: La tolleranza difficile; GEORG KAMPHAUSEN: Abschied von der Wirklichkeit. Eine soziologische Zeitbetrachtung über die Herrschaft der Worte; ANGEL RODRÍGUEZ LUNO: „Veritatis splendor“ un anno dopo. Appunti per un bilancio (II); FRANCESCO RUSSO: La libertà, il male, Dio. Gli ultimi scritti di Luigi Pareyson;

Note e commenti: MARIA JAWORSKI: Dio e l'esistenza umana; HÉCTOR JORGE PADRÓN: Tecnociencia y ética; JOSÉ PEREIRA: John of St. Thomas and Suárez; HÉCTOR ZAGAL ARREGUIN: „Orexis“, „Telos“ y „Physis“. Un comentario con ocasión de EN 1094a19ss;

Cronache di filosofia: Scienza e filosofia (J. VILLANUOVA);

Recensioni: R. HÜNTELMANN, Schellings Philosophie der Schöpfung;

zur Geschichte des Schöpfungsbegriffs (J.J. Sanguinetti);

L. KREIMENDAHL, (Hrsg.), Aufklärung und Skepsis. Studien zur Philosophie und Geistesgeschichte des 17. und 18. Jahrhunderts (D. Gamarra); G.W. REITSEMA, Vom Winken der Wörter. Wege des Denkens über religiöse Sprache (D. Gamarra); J.J. SANGUINETI, El origen del universo. La cosmología en busca de la filosofía (M.A. Vitoria); A. STAGLIANÒ, La teologia secondo A. Rosmini (J.J. Sanguinetti)

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien. Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch.

Anno XI, n. 1 – Giugno 1995

Sommario: HENRI CROUZEL: Le remariage après divorce selon les Pères de l'Eglise. LEO SCHEFFCZYK: Rückbesinnung auf die Sakramentalität der Ehe als Weg aus der Krise. LIVIO MELINA: Il ruolo della coscienza nell'accesso alla comunione eucaristica dei divorziati risposati.

In rilievo: JACQUES NOURISSAT: Oui, cette pastorale est possible

Nota critica: MARIO FRANCESCO POMPEDDA: Problematiche canonistiche. Vita dell'Istituto: A. Situazione statistica degli studenti, B. Situazione dei titoli di studio, C. Attività scientifiche.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.

Band 8, Heft 1 1996

Ludger HONNEFELDER: Lebensrecht und Menschenwürde. Zu Bedeutung und Grenzen der Behandlungspflicht bei Patienten mit komplettem apallischen Syndrom; Werner WOLBERT: Zur neueren Diskussion über den Gehirntod; Klaus-Steffen SATERNUS, Reiner FUELLMICH: Beilegung eines Konflik-

tes wegen eines Totgeborenen Kindes - Vorwurf oder Aufforderung? Ulrich KÖRTNER: Dimensionen von Heil und Heilung.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch. 1996/1

Congresso internazionale sulle radici della bioetica; M.L.DI PIETRO, M.L.FURIOSI: Quale rispetto per la dignità della donna? Alcune osservazioni in margine alla IV Conferenza mondiale sulla donna; A.PESSINA: L'ermeneutica filosofica come sfondo teorico della bioetica; E.FAGIOLO: La facoltà de medicina nella formazione integrale del medico; G.SINACCIO, E.ROBERT, A.G.SPAGNOLO: Bioetica e informazione scientifica; J.I.FLEMING: I cattolici messi di fronte alle strategie pro-eutanasia e pro-aborto; Documentazione: Dal Magistero del Santo Padre:

I. Il Papa all'AMCI: La vostra opera è una forma privilegiata di solidarietà umana e di testimonianza cristiana
II. Il Santo Padre: le persone con handicap giungono all'accettazione responsabile della loro situazione grazie all'incontro con Cristo sofferente e risorto

III. Il Papa: il coraggio de andare „contro corrente“ nel promuovere la formazione ai valori del dono, dell'amore e della vita.

Dalla Santa Sede: Chiusura dell'Anno internazionale della Famiglia: La testimonianza del „Vangelo della Famiglia“ diventa annuncio vigoroso ed attraente in un mondo che corre il rischio di soffocare la verità sulla famiglia.

Dal Magistero Episcopale: Vescovi dell'Oregon (USA): Lettera Pastorale su „Lethal Drugs By Prescription“. Da Organismi Ecclesiali: Ufficio catechistico della Diocesi di Baker (Oregon, USA): Concerns About Ballot Measure 16.

Dai Comitati di Etica: Comitato etico dell'Università Cattolica: Raccomandazioni riguardo alla inclusione

delle donne in età fertile nei protocolli di sperimentazione clinica.

Dalle Organizzazioni internazionali: Associazione Medica Mondiale: Dichiarazione sull'etica medica in caso di disastri.

Notiziario: Congresso internazionale su „Le radici della bioetica“, Convegno su „Il contributo francescano all'etica dello sviluppo“.

Recensioni: Gil HELLIN F.: El Matrimonio y la vida conyugal (E.Postigo Solana); GRASSI S.: I nascituri concepiti e i concepiti artificiali (M.Casini).

Dalla Letteratura Internazionale: Quale destino per gli embrioni umani congelati?; Prima di essere un embrione ero un pre-embione, ma ero già io!; „Non abbandono“ del paziente: un nuovo principio etico?; Nuove correnti di pensiero in bioetica: l'etica narrativa.

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 26 Number 1 January-February 1996

PAUL LAURITZEN: Ethics and Experience: The Case of the Curious Response; LARRY D. BOUCHARD: A Note on the Nuer; MICHAEL LIPSON and ABIGAIL LIPSON: Psychotherapy and the Ethics of Attention; TOD CHAMBERS: From the Ethicist's Point of View: The Literary Nature of Ethical Inquiry; BETTE-JANE CRIGGER: Review Essay-Where Do Moral Decisions Come From?; JOSEPH PALCA: Capital Report-A New National Bioethics Commission-Maybe; ARTHUR L. CAPLAN: Case Study-The Mother of All Case Studies; MARTIN BENJAMIN: Review-No Consensus about Consensus; MARGARET LOCK: Review-Organs: Donation or Routine Retrieval?; THOMAS PRESTON: Review-Protection or Paternalism?

Volume 26 Numer 2 March-April 1996

BARUCH BRODY: Public Goods and Fair Prices: Balancing Technological

Innovation with Social Well-Being; LAWRENCE H. DILLER: The Run on Ritalin; Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1190s; CYNTHIA B. COHEN: „Give Me Children or I Shall Die!“ New Reproductive Technologies and Harm to Children; MARK G. KUCZEWSKI: Reconceiving the Family: The Process of Consent in Medical Decisionmaking; FRED GIFFORD: Outcomes Research and Practice Guidelines: Upstream Issues for Downstream Users; RICHARD H. NICHOLSON: Old World News-U.K. Moves toward Compulsory Vaccination; JAMES DWYER and NINA CERFOLIA; THOMAS H. MURRAY and MIRIAM B. ROSENTHAL: Case Study-The Value of a Uterus; JOAN C. CALLAHAN: Review-First Steps in Preventive Ethics; GERARD V. BRADLEY: Review-A New Liberal Identity?

Volume 26 Number 3 May-June 1996

SISSELA BOK: At the Juncture of Theory and Practice: Remarks on Receiving the Henry Knowles Beecher Award; CAROLINE WHITBECK: Ethics as Designs: Doing Justice to Moral Problems; ALLEN BUCHANAN: Judging the Past: The Case of the Human Radiation Experiments; SANDRA D. LANE and ROBERT A. RUBINSTEIN: Judging the Other: Responding to Traditional Female Genital Surgeries; JOSEPH PALCA: Capital Report-Institutional Review Boards: A Net Too Thin; JOHN D. LANTOS: Review Essay-Stories of Biology and Medicine: The Novels of Richard Powers; DIANA PUNALES MORÉJON and MARSHA SAXTON: Case Study-Society's Diseases; ALEXANDER MORGAN CAPRON: At Law-Liberty, Equality, Death!; JEREMY SUGARMAN: Review-Talking About Futility; ERIKA BLACKSHER: Review-Uneasy Listening; DAN E. BEAUCHAMP: Review-HIV and Health Care Reform: Sharing the Burden.

LEBENSBEGLEITUNG BIS ZUM TOD

Wir brauchen Hospize

Karin E. LEITNER

Tyrolia-Verlag Innsbruck-Wien (1994),

ISBN 3-7022-1877-7

Karin E. LEITNER, geboren 1956, ist von Beruf Krankenschwester. 1988 ist sie unheilbar an Krebs erkrankt. Aus dieser schmerzvollen Leiderfahrung widmet sie sich seither der Sterbebegleitung von Krebs- und Aidskranken. Selbst Hospizpatientin gewesen, setzt sich LEITNER vehement für die Hospizbewegung ein, die den Menschen selber, jenseits der Grenzen der Medizin, ganz in den Vordergrund rückt. „Ein Minimum an Technik, ein Maximum an Berührung“ lautet die Devise der Hospizbewegung: Leben bis zuletzt – menschenwürdig und möglichst schmerzfrei. Der Hospizgedanke ist für Leitner Ausdruck einer Lebenshaltung und Lebensphilosophie.

Die Hospizidee geht bis ins frühe Mittelalter zurück. Entlang der christlichen Pilgerrouten wurden unzählige Hospize errichtet. Um 1900 entstanden in England erste Kliniken für unheilbar Kranke. Mittlerweile gibt es dort 170 Hospize. Weltweit sind es über 2000. 1992 wurde die Hospizstation „St. Raphael“ in Wien eröffnet.

Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Sozialarbeiter und sonstige Helfer arbeiten als ambulante Teams oder in festen Hospizhäusern, in Tagesheimhospizen oder auf Krankenhausstationen. Freiwillige Helfer und hauptamtliche Angestellte, die eine umfassende Ausbildung genossen haben, begleiten jene Menschen, denen die Medizin im technischen Sinn nicht mehr helfen kann, in ihren seelischen Nöten und Sorgen durch schmerzlindernde Pflege und Therapie.

LEITNER betont, daß solche Hospize keine Konkurrenz zu Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen darstellen. Ge-

zielt werden dort bestimmte Patientengruppen, Krebs- und Aidspatienten, sowie Patienten mit einer lebensbedrohenden Erkrankung des Nervensystems, betreut, wenn eine konkrete Todesursache bereits absehbar ist (keine Betreuung für Siechtum und Altersschwäche). In Österreich gibt es seit Ende der 70er Jahre derartige Initiativen, wobei die Verbreitung der Hospizbewegung nur langsam und zäh vor sich gehen konnte. Derzeit werden insgesamt 700 Patienten österreichweit von entsprechenden Gruppen begleitet und betreut. In Wien selbst befinden sich nur 41 Hospizbetten in drei stationären Hospizeinrichtungen. Das ist im Vergleich zu anderen Ländern sehr gering.

Was Karin LEITNER in diesem Buch über sich und andere auf dieser letzten Wegstrecke erzählt, muß jeden Leser berühren und stellt ihn vor das letzte große Geheimnis des menschlichen Lebens, aus dem wir kommen und wohin wir unterwegs sind. Sie appelliert an den Leser zu erkennen und anzuerkennen, daß das Sterben an sich keine Krankheit, sondern eine Lebensphase ist. Diese Lebensphase spielt sich nicht im „Niemandland zwischen Leben und Tod ab. Sterben ist ein Teil des Lebens“. Leitner spricht daher bewußt von einer „Lebensbegleitung“ bis zum Tod und nicht von einer „Sterbebegleitung“. Diese Phase des Lebens braucht eine spezielle Betreuung, die es in einem Krankenhaus, nach Meinung der Autorin, nicht gibt und auch nicht geben kann. Die Sinnfrage und das Rätsel des Todes lassen die Seele jedes kranken Menschen nicht zur Ruhe kommen. Gerade hier darf er nicht allein gelassen werden. Hier ist sicherlich anzumerken, daß die Ordensspitäler sich ihrem Selbstverständnis gemäß ganz besonders um die geistigen und geistlichen Nöte der Kranken angenommen haben. Ihrem Auftrag zufolge obliegt ihnen auf besondere Weise neben der physischen Pflege der spirituelle Beistand, der bei Sterbenden

noch sorgsamer geleistet wird. Leider sind die Ordensspitaler infolge des drastischen Rückgangs von Berufungen nicht mehr in der Lage, allorts diesen Dienst zu leisten, so da erfreulicherweise andere Gruppierungen, wie die Hospizbewegung einen Teil dieses Auftrages bernommen haben.

LEITNER betont, da es in der Hospizbewegung nicht nur um die Sterbenden geht, sondern auch um deren Angehörige. Anhand von konkreten Fällen erklärt sie die Notwendigkeit der Trauerbegleitung der Hinterbliebenen.

Persönliche Erfahrungen der Autorin sowie ihre Erlebnisse mit Todkranken machen das Buch zu einem bewegenden Plädoyer für das Leben, für ein Leben bis zuletzt. Ihr Engagement für ein menschenwürdiges Sterben erscheint glaubhaft, nicht zuletzt weil sie auch in der Darstellung ihrer eigenen Erfahrungen im Hospiz wahrheitsgetreu bleibt und nichts beschönigt.

E. SERDET

PSYCHOLOGIE DES GLÜCKS

Philipp MAYRING

Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, (1991), ISBN 3-17-011531-6

Der Glucksbegriff der Nikomachischen Ethik des Aristoteles ist durch das Mittelalter und die Renaissance praktisch unverändert erhalten geblieben. Erst ab der Neuzeit, durch den langsamen Zerfall der Universalwissenschaft Philosophie in Einzelwissenschaften, wird unter der Vorherrschaft der Naturwissenschaften versucht, diesen Begriff als Gegenstand der partikulären Wissenschaften empirisch zu bestimmen. Bei der empirischen Fassung des Begriffes bleibt für die normative, aristotelische Auffassung des Glücks als „Gelingen des Lebens“, „tugendhaftes Leben“ oder „richtiges Leben“ sehr wenig Raum. Wenn Glück aber als Ma von Vergnügungen und Lust wie bei John LOCKE und danach auch bei den Utilitaristen verstanden wird, dann beginnt sich dieser Begriff der Mekunst der empirischen Wissenschaften zu

erschließen. Da aber dieser Zugang zum Glück nicht befriedigend ist, zeigt das lesenswerte Buch MAYRINGS.

Fünf an sich nicht sehr aufregende Thesen werden als roter Faden durch das ganze Buch gezogen und in jedem Kapitel erlauert: These 1: Das Streben der Menschen nach Glück mu ernst genommen werden – gerade heute. These 2: Glück ist komplexer, vielschichtiger, als bisher meist angenommen. These 3: Glück ist mehr als nur ein subjektives, individuelles Gefühl, es steht immer in einem materiellen, sozialen und gesellschaftlichen Kontext. These 4: Die Beschäftigung mit Glück ist ideologieanfallig. These 5: Trotzdem kann man – mu man etwas tun, um ein glücklicheres Leben in dieser Welt zu erreichen.

„Psychologie des Glücks“ hat einen interdisziplinären Start. In *Kapitel 2* wird der Reihe nach in kürzester zusammengefater Form vorgelegt, was Philosophie (2.1), Theologie (2.2), Literaturwissenschaften (2.3), Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (2.4), Gerontologie (2.5), Psychologie (2.6) und Physiologie (2.7) zum Thema zu sagen hatten, oder besser, was sie zum Glucksbegriff beigetragen haben. Der interdisziplinäre Ansatz wird nur angedeutet, nicht aber zu Ende geführt. Es fehlt nämlich eine vergleichende Diskussion der verschiedenen Auffassungen der Einzelwissenschaften. So steht zum Beispiel der Glucksbegriff des klassischen Altertums – also von ARISTOTELES – auf welchen MAYRING sich immer wieder beruft – ziemlich im Gegensatz zu dem der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften und der Psychologie. Es sind tatsächlich zwei ganz verschiedene Dinge. Dieser Unterschied wird leider kaum ausgearbeitet.

Im dritten Kapitel versucht MAYRING die Bausteine einer psychologischen Theorie des Glücks aus vier Gluckskonzeptionen zu gewinnen:

Erstens: Der Vierfaktoren-Ansatz subjektiven Wohlbefindens. Auf Grund von zahlreichen Untersuchungen lassen sich vier unabhängige Faktoren des subjektiven Wohlbefin-

dens definieren: Freiheit von Belastung, Freude, Glück und Zufriedenheit. Durch diesen Ansatz wird Glück von den anderen Faktoren des subjektiven Wohlbefindens abgegrenzt.

Zweitens: das sogenannte transaktionale Konzept versucht das Verhältnis zwischen subjektiven und objektiven Faktoren des Wohlbefindens zu erklären. Dies ist deshalb sehr wichtig, weil, wie verschiedene Untersuchungen zeigen, objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden sehr schwach miteinander korrelieren. Glück ist eine Individuum-Umwelt-Beziehung: „Es ist immer ein Zustand, der aber der Hilfe von außen bedarf; wir haben es in uns, aber nicht durch uns“.

Drittens: die State-Trait-Konzeption hilft zur Unterscheidung zwischen aktuellem Glückserleben (state) und biographisch entwickeltem Lebensglück (trate). Damit können die sogenannten Glücksparadoxien (Glück im Unglück) gelöst werden.

Viertens: Ein Rahmenmodell der Einflußfaktoren des Glücks. Auf Grund von zahlreichen Untersuchungen werden die Einflußfaktoren (Größen, die mit Glück korrelieren) in sieben Gruppen gegliedert: gesellschaftliche Voraussetzungen, biographische Voraussetzungen, objektive Lebensbedingungen, kognitive Moderatoren, Umweltauseinandersetzung, emotionale Moderatoren und subjektives Wohlbefinden.

Mittels dieser vier Glückskonzeptionen erstellt MAYRING eine umfassende Sammlung der Bausteine von Einflußfaktoren des Glücks, die ihm erlauben, die eingangs erwähnten fünf Thesen etwas detaillierter zu bestätigen.

Das Buch vom MAYRING löst ein, was es im Titel eigentlich verspricht, nämlich eine psychologische Theorie des Glücks vorzulegen. In dieser Theorie werden praktisch alle verfügbaren relevanten Theorien und Ergebnisse der Psychologie des Glücks einbezogen. Damit bekommt der Leser aus anderen Fächern einen ziemlich ausführlichen, obwohl vielleicht nicht sehr in die Tiefe gehenden (was weder vom Autor beabsichtigt noch notwendig ist)

Einblick in den Gegenstand. Für alle jene Fachwissenschaftler, die sich mit dem Modebegriff „Lebensqualität“ befassen, wird die Lektüre dieses Buches wegen seiner analytischen Leistung ein großer Gewinn sein.

Etwas enttäuschend fällt aber das letzte (6.) Kapitel über die Praxisrelevanz der Glücksforschung aus, das mit dem Satz des redlichen Autors resümiert werden könnte: „Es zeigt sich also, daß die bisher entwickelten Glückstherapien keine adäquate Umsetzung von Glücksforschung in die Praxis darstellen. Durch ihre Einseitigkeit stellen sie wohl sogar eine große Gefahr dar: sie sind für den einzelnen attraktiv, aber benutzbar für die verschiedensten, auch gegen den einzelnen gerichteten Zwecke“.

Diese gegen Ende des Buches (S. 171) getroffene Aussage, gemeinsam mit einer Reihe von anderen über das ganze Buch verstreuten Thesen, werden bei manchen Lesern, die im Buch nicht direkt behandelte Frage aufkommen lassen, ob dieses „Glück“ als Gegenstand der Psychologie jenes Glück ist, das eigentlich alle Menschen von Natur aus anstreben. Wenn dieses Glück nicht das momentane, vergängliche Glück sein kann, das wir vielleicht sogar später auch noch bereuen können, sondern eher das „eudämonistische“ im Sinne des ARISTOTELES, d.h. das, was im nachhinein, also in der Retrospektive als ein Gelingen des Lebens erlebt werden kann und als solches bereits im Laufe des Lebens erlebt wird (Vgl. dazu Robert SPAEMANN „Glück und Wohlwollen“ Klett, Stuttgart 1989), dann scheint eine Psychologie des Glücks tatsächlich etwas dürftig und glücklicherweise vorerst ohne praktische Relevanz, weil sie die Frage nach dem Menschenbild eigentlich ausblendet. Gerade die Frage nach dem Menschenbild ist die zentrale Frage. Das darf nicht als Kritik an der Psychologie als empirischer Wissenschaft interpretiert werden. Es wird damit auch nicht behauptet, daß die Psychologie des Glücks unnütz ist, es wird aber doch klargestellt, daß das Glück eigentlich Gegenstand einer Universalwissenschaft ist, nämlich der Ethik, und die

Forschungsergebnisse der partikulären Wissenschaften (hier die Psychologie) auf diesem Gebiet nur im Kontext dieser Universalwissenschaft, der Ethik, richtig gedeutet und in ihrer praktischen Relevanz bewertet werden können. Das erklärt auch die Aktualität der Nikomachischen Ethik bis heute.

E. HERRAND

LEBENSQUALITÄT IM ALTER

Denise MEIER

Peter Lang Verlag, Bern (1995)

ISBN 3-906755-50-9

In einer Zeit, in welcher sich die Bevölkerungspyramiden umgedreht haben, d.h. eine noch nie dagewesene Veralterung der Bevölkerung anzeigen, und der medizinisch-technische Fortschritt das Leben der Älteren, häufig auf Kosten beträchtlicher Einbußen der Lebensqualität verlängern kann, ist die Frage danach, wie alternde Menschen und ihre Angehörigen diese Veränderung der Lebensqualität tatsächlich subjektiv erleben, von großer therapeutischer, gesundheits- und sozialpolitischer Bedeutung.

Denise MEIER, Psychologin an der geriatrischen Universitätsklinik Basel legt eine empirische Studie vor, in welcher untersucht wird, wie einerseits sorgfältig ausgewählte gesunde alte Menschen (50 Personen), Demenzpatienten (53) im Anfangsstadium und deren Angehörige (44) Lebensqualität verstehen und erleben und wie diese mit ihren Wahrnehmungsfähigkeiten, Stimmungen und Alltagsfunktionen zusammenhängen.

Die Lebensqualitätsmessung wurde mit dem auf K.R. HAMMOND zurückgehenden Instrument SEIQoL (Schedule for the Individualised Quality of Life) erhoben. Die meisten Erfassungsmethoden der Lebensqualität folgen dem Ansatz eines einzigen und allgemeingültigen Sets von Dimensionen, Skalen und Faktoren bei allen Individuen. Beim SEIQoL wird dagegen subjektiven Qualitäten Rechnung getragen. Die Wirksamkeit dieser Methode zeigt sich in

den Ergebnissen: Kaum zwei Individuen halten dieselben fünf Lebensqualitätsbereiche für wichtig (die häufigsten Nennungen sind Gesundheit, soziale Kontakte, Familie, Finanzen, Kinder, Wohnen und Ehe) und zudem wurde eine Vielzahl von Bereichen genannt, die bisher nicht in den traditionellen Lebensqualitäts-skalen genannt werden.

Die Studie zielt weniger auf aufsehenerregende Ergebnisse ab als auf eine differenzierte Analyse der Fragestellung und eine Bestätigung der an sich logischen Hypothese, daß eine dementielle Erkrankung einen negativen Einfluß auf die Lebensqualität der Betroffenen und der Bezugspersonen hat. Die Studie stellt fest, daß die Lebensqualität von Patienten als auch ihrer Angehörigen im Anfangsstadium einer Demenz um mehr als 10 % schlechter ist als jene der gesunden älteren Menschen.

Weitere Ergebnisse: „Bei Patienten führten die Einbuße in der Flexibilität, die verminderte Fähigkeit, auf bestehendes Wissen zurückgreifen zu können und die Verlangsamung zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität. Auch die Dauer der Krankheit und vor allem die Stimmungslage bestimmen entscheidend ihre Lebensqualität. Stärker ausgeprägte Frisch- und Altdedächtnisstörungen schienen sich eher positiv auf die Lebensqualität auszuwirken. Der Verlust des Gedächtnisses führte scheinbar zu einem Wegfallen des Bezugsrahmens für die Lebensqualität: Die Betroffenen haben vergessen, was für sie früher eine gute Lebensqualität war. Diese Gedächtnisstörungen der Patienten hatten erstaunlicherweise keinen Einfluß auf die Lebensqualität der Angehörigen, die sonst ebenfalls negativ durch die verminderte Flexibilität und Verhaltenskontrolle der Patienten beeinflußt war“.

Vielleicht eines der interessantesten Ergebnisse dieser Studie ist die, sowohl ethisch wie anthropologisch relevante Feststellung, daß „sowohl Patienten als auch Angehörige in einem Adaptations- und Bewältigungsprozess gelernt haben, besser mit der Krankheit umzuge-

ren. Dies führte dazu, daß trotz einer progredienten Verschlechterung in kognitiven und nichtkognitiven Bereichen in der einjährigen Beobachtungszeit keine weitere Einbuße in der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen festzustellen war“. Die Autorin zieht aus diesem Befund die praktische Folge, „daß man frühzeitig mit dem Patienten über den Verlauf der Krankheit diskutieren muß und prospektiv zu definieren versucht, durch welche Maßnahmen die bestmögliche Lebensqualität während langer Zeit erhalten werden kann“.

Die Studie macht deutlich, wie wichtig es ist, Patienten und Angehörige in ihrem Krankheits- bzw. Betreuungsprozeß zu unterstützen.

Diese an sich bekannte Erkenntnis sollte in der Gesundheitspolitik, die sich immer mehr mit dem Phänomen des Alterns beschäftigen muß, stärker berücksichtigt werden.

Das Buch erfüllt die Ansprüche einer wissenschaftlichen Abhandlung: Definitionen, Methodendiskussion, Durchsicht und Analyse der jüngsten Studien, Präsentation der erhobenen Daten, statistische Analyse des Zahlenmaterials und Diskussion der Ergebnisse. Auf Letzteres sollte sich der nicht in der Überprüfung der wissenschaftlichen Stringenz der Studie interessierte Leser konzentrieren. Diese Lektüre ist jedenfalls bereichernd.

H. UFER

HINWEISE FÜR AUTOREN

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchnummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: Thomas H., „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G., „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 – 28



 HINWEISE

 PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS
 (können über das Institut bezogen werden)

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hsg. J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens.(1995) Hsg. M. Schwarz, J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (März 1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER'S „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

Nr. 5: S. RIEDL / A. SCHWARZ (in Vorbereitung) *Pränatale Diagnose.*

IMABE - INFO (KURZINFORMATIONEN)

Nr. 1: AIDS, Jänner 1996

Nr. 2: Hirntod, April 1996

Nr. 3: Gentechnik, Juli 1996

 VORSCHAU

Imago Hominis BAND III/Nr. 3/96

SCHWERPUNKT

SOZIALMISSBRAUCH

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim.Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger:
IMABE - Institut für medizinische
Anthropologie
und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: +43 1 715 35 92
Telefax: +43 1 715 35 93
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Bernhard KUMMER, Rita LENK
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.
Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche

Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.
Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Gerhard WAGNER
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großebersdorf
Anzeigenkontakt:
Anneliese STEINMETZ
Einzelpreis:
Inland ATS 120.-,
Ausland ATS 150.-
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.-,
Ausland ATS 500.-
Studentenabo ATS 250.-
Fördererabo ATS 1.000.-
Abo-Service:
Anneliese STEINMETZ
Bankverbindung:
CA-BV, Kto.Nr. 0955-39888/00

Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.
Einladung und Hinweise für
Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung
von Artikeln, die Themen der
medizinischen Anthropologie und
Bioethik behandeln, ein. Bitte
senden Sie Ihre Manuskripte an den
Herausgeber. Die einlangenden
Beiträge werden dann von den
Mitgliedern des wissenschaftlichen
Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und
Manuskripte behalten wir uns vor.
Das IMABE-Institut gehört dem
begünstigten Empfängerkreis gem.
§4 (4) Z 5 lit e EStG 1988 an.
Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.

IMABE