

Imago Hominis

BAND VI/Nr. 4 • 1999 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 273

FOCUS

E. SGRECCIA

20. Jhdt, das Jahrhundert der Bioethik 275

SCHWERPUNKT *Medizin an der Jahrtausendwende*

R. GROSS

Innere Medizin 2000 – Woher? Wohin? 291

P. BRÜCKE

Entwicklung der Chirurgie im 20. Jhdt 299

J. B. TORELLO

Hoffnungen und Ängste angesichts der Jahrtausendwende 305

FALL

Dersenile, verwirrte Patient 314

W. RELLA *Kommentar zum Fall* 315

TAGUNGSBERICHT

Politik im Umgang mit menschlichem Leben 318

LESERFORUM 321

NACHRICHTEN 323

*Bevölkerung ♦ Gentechnik ♦ Drogen
Xenotransplantation ♦ Fortschritt ♦ Ökonomie
Schwangerschaft ♦ Gentest ♦ AIDS
Gesellschaft ♦ Abtreibung ♦ Mifegyne*

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 326

BUCHBESPRECHUNGEN 328

IMABE-SEMINAR (Ankündigung) 341

IMPRESSUM 343



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)
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 1021-9803

ISSN

Am 1. Jänner 2000 wird sich eigentlich von alleine ebensowenig ändern wie an dem gleichen Datum der Jahre zuvor. Menschen können allerdings beliebige Einschnitte produzieren. Diese können gleichsam das Ende der einen und den Anfang einer neuen Etappe bedeuten. Allem Anschein nach will die globale Weltgesellschaft den merkwürdigen Zahlen-sprung von 1999 auf 2000 als eine ganz besondere Zäsur gelten lassen. Solche Einschnitte sollten Gelegenheit zum Staunen, zum Feiern und zum Danken, aber auch zum Nachdenken geben. Ja, Zäsuren sind geeignete Zeitpunkte, um Zwischenbilanz zu ziehen und um Strategien zu überprüfen. In diesem Sinne wollen wir in dieser Nummer von *Imago Hominis* einen Rückblick auf die letzten Jahrzehnte bieten, der es ermöglicht, die Entwicklung der Medizin im Hinblick auf die Wertvorstellungen der Menschen und deren Vorstellungen selbst zu hinterfragen.

Wir haben Peter BRÜCKE und Rudolf GROSS, zwei bekannte Ärzte mit jahrzehntelanger Erfahrung gebeten, zur Entwicklung der Medizin in diesem Jahrhundert einen Aufsatz zu schreiben. Es ist dem Menschen eigen, daß er sich an Neuerungen nur allzu rasch gewöhnt und sie zur Routine macht, sie als Selbstverständlichkeit hinnimmt, vergessend, daß die Zeit davor ganz anders ausgesehen hat. In diesem Sinne ist es interessant, einmal innezuhalten und einen Rückblick zu wagen, was die Chirurgie einerseits und die Innere Medizin andererseits zuwege gebracht haben.

Nicht weniger spannend ist gleichfalls die Entwicklung der Bioethik, die in diesem Jahrhundert erst ihre Geburtsstunde erlebt hat und notwendigerweise mit dem Fortschritt in der Medizin Schritt gehalten hat. Elio SGRECCIA, ein Kenner der Materie, der seit Jahren die Ent-

wicklung verfolgt und entscheidend auch mitgestaltet hat, sieht in der Frage nach dem Menschenbild in der Bioethik den entscheidenden Punkt. Von der aufrichtigen Suche nach dem wahren Bild des Menschen wird es abhängen, ob die Bioethik in Zukunft der Gesellschaft zu Diensten steht. Der unseren Lesern bereits bekannte Priester und Psychiater, Johannes B. TORELLÓ hat eine Bilanz über Ängste und Sehnsüchte der Menschen an der Schwelle der Jahrtausendwende gezogen. Es ist eine anthropologische Bestandaufnahme. Die Zukunft im allgemeinen wird weitgehend von dem Menschenbild abhängen, zu dem wir uns bekennen wollen. Eine Anthropologie, die den Menschen in seiner Natur versteht und begreift, ist notwendige Bedingung, um allen wissenschaftlichen Fortschritt zu bahnen und zum Wohl der Gesellschaft werden zu lassen. *Imago Hominis* versucht, einen Beitrag bei dieser Suche nach dem Menschenbild zu leisten. Anlässlich einer Diskussion wurde uns die Frage gestellt, warum wir unsere Zeitschrift *Imago Hominis* nicht „Imago Dei“ benennen wollten. Möglicherweise war die Frage zynisch und nicht ernst gemeint; nachdenkenswert ist sie auf jeden Fall. Nach christlichem Verständnis wissen wir, der Mensch ist nach Gottes Bild und Gleichnis geschaffen. Und vor 2000 Jahren fand ein Ereignis statt, auf das unsere Zeitrechnung radikal ausgerichtet ist, im Bewußtsein der Allgemeinheit jedoch zu verschwinden droht: Gott nimmt Menschengestalt an und kommt als Neugeborenes zur Erde. In all seiner Zerbrechlichkeit und Kleinheit nimmt der Mensch doch einen besonderen Platz ein. Seine Wesenheit zu begreifen, wird für uns und die nächsten Generationen entscheidend sein.

Die Herausgeber

FOCUS

Das 20. Jahrhundert, das Jahrhundert der Bioethik

Elio SGRECCIA

ZUSAMMENFASSUNG

Die Bioethik ist in unserem Jahrhundert entstanden und hat eine rasche Verbreitung erfahren. Ihre gesellschaftliche Bedeutung ist nicht gering. Aber die Bioethik muß selbst die noch offene Frage ihrer grundlegenden Anthropologie klären. Die Bioethik hat sich vor allem in Amerika als eine konsensualistische Ethik entwickelt. Ihre nahe Beziehung zur Politik und zum Recht war dafür maßgeblich. Nun muß sie nach außen hin ihre Beziehung zum Recht, aber auch ihre Beziehung zur experimentellen Wissenschaft formulieren. Der Rückgriff auf eine der Natur des Menschen gemäße Anthropologie, wie auch die Notwendigkeit der Wiederentdeckung des Naturrechts dürften unumgänglich sein. Sicher müssen in Zukunft die Themen der Bioethik Gegenstand weiterer Überlegungen und politischen Engagements sein.

Schlüsselwörter: Bioethik, gesellschaftlicher Einfluß, fundierende Anthropologie

ABSTRACT

Bioethics arose during this century and has spread out very rapidly. Its social importance is anything but small. However, bioethics must first of all clarify its own unanswered questions regarding its basic anthropology. Above all in America, bioethics has developed into consensual ethics. Its close relationship to politics and law was the main reason for this development. Now it is necessary for it to formulate its relationship to law as well as to experimental science. A return to an anthropology compatible with human nature and also the necessity of re-discovering natural law will be unavoidable. In the future bioethical topics will for sure have to remain the subject of further considerations and political engagement.

Keywords: bioethics, influence of society, basic anthropology

Einleitung

Der Titel des Buches von Jeremy RIFKIN, „Das biotechnische Zeitalter“ ist allgemein bekannt¹: Das Buch enthält eine alarmierende Darstellung aller offenkundigen und latenten Risiken, die zusammenhängend mit dem Eindringen der Technologie in die Lebenswelt, vornehmlich in das Tier- und Pflanzenreich besonders durch die Anwendung der Gentechnologie entstanden sind². Ich weiß nicht, ob man den Titel umwandeln soll. Er bleibt trotz eines gewissen „Katastrophismus“ des Autors im Hinblick auf die Biotechnologie und auf die Bioethik durchwegs gerechtfertigt. Letztere interessiert sich bekanntlich nicht nur für die Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung der Gentechnologie, sondern auch für die vielfältigen ethischen Probleme, die einerseits durch die Anwendung der Gentechnologie und andererseits ganz allgemein durch die zunehmenden Eingriffsmöglichkeiten des Menschen im medizinischen, biologischen und sozialen Bereich entstehen.

Die Beantwortung dieser Frage erfordert zunächst eine Klarstellung: Wenn es darum geht festzustellen, ob die Bioethik das nun endende Jahrhundert bedeutend geprägt hat, kann die Antwort nur bejahend sein. Mit Sicherheit gehört zu den hervorragenden kulturellen Merkmalen dieses Jahrhunderts neben dem aufsehenerregenden Fortschritt der Biologie, auch die rasche Entwicklung der Bioethik. Man muß sich nur einige Fakten, die diese Behauptung untermauern, in Erinnerung rufen, wie es in der Folge geschehen wird.

Die Frage kann aber auch anders gestellt werden: Es geht darum zu erkennen, ob die Bioethik als philosophisch-moralische „Wissenschaft“ auch einen tatsächlichen Einfluß auf die Gesetze und auf das Verhalten und letztendlich auf die Orientierung der Gesellschaft dieses Jahrhunderts hatte, so wie dies zweifelsohne bei wissenschaftlichen Fortschritten der Biotechnologie der Fall ist.

Noch radikaler könnte man sich fragen, ob die Bioethik eine grundlegende und erkenntnistheoretische Reife erreicht und deshalb im Wissenschaftspanorama ihren Platz eingenommen hat, und zwar als Brücke zwischen den experimentellen und den humanistischen Wissenschaften, und ob sie, ihrer Bestimmung entsprechend, in der Gesellschaft ein Bewußtsein für jene ethischen Werte schaffen konnte, die das gegenwärtige und künftige Leben der Menschheit garantieren.

Die Antwort in dieser Hinsicht ist ungewiß. Sie erfordert eine Analyse der Gründe, warum die Vorbehalte gegen einen wahren Einfluß der Bioethik auf die Orientierung der Gesellschaft bestehen.

Die Verbreitung der Bioethik

Die rasche Verbreitung der Bioethik steht außer Zweifel.

Laut *Annuaire Européen de Bioéthique* von 1998 gibt es in den diversen bioethischen Institutionen (Zentren, Komitees) für Europa 1300 Beschäftigte. Diese Zahl ist aber offensichtlich geschätzt und bereits überholt.

Die beiden folgenden Tabellen aus PUB-MEDLINE zeigen, wie reichhaltig die Literatur zum Thema Bioethik und Ethik in der Medizin bereits jetzt geworden ist.

Diese rasche Verbreitung der Fachliteratur geht nicht nur auf die umfassenden Publikationen, wie die *Encyclopedia of Bioethics*, besonders die 2. Auflage, die Monographien und Artikel zurück, sondern steht auch im Zusammenhang, mit jenen Bereichen, die die Bioethik immer mehr in ihre Überlegungen einbezieht.

Bereits 1991 wurde in Erice³ ein internationaler Kongreß einberufen, um die Aufgabe der Bioethik und ihre Verknüpfung mit der medizinischen Deontologie, dem Medizinrecht und der Moral-Philosophie zu definieren. Dabei wurden der Bioethik vier Bereiche zugewie-

Anzahl der zitierten Wörter PUBMED/MEDLINE (National Library of Medicine) vom 1. Jänner 1966 bis 11. Juni 1999

Stichwörter

Ethics	48.565
Ethics and politics	1.197
Ethics and transplantation	2.196
Ethics and euthanasia	2.676
Ethics and in vitro fecondation	583
Ethics and artificial reproduction	286
Ethics and contracept*	339
Ethics and embryo	633
Ethics and research	7.823
Ethics and abortion	1.747
Ethics and genetics	2.282
Ethics and physician-assisted suicide	556
Ethics and life-sustaining therapy	233

Anzahl der zitierten Wörter PUBMED/MEDLINE (National Library of Medicine) innerhalb der ersten sechs Monate des Jahres 1999 (11.6.1999)

Stichwörter

Ethics	2.609
Ethics and politics	121
Ethics and transplantation	231
Ethics and euthanasia	172
Ethics and artificial reproduction	33
Ethics and contracept*	14
Ethics and embryo	136
Ethics and research	591
Ethics and abortion	134
Ethics and genetics	315
Ethics and physician-assisted suicide	41
Ethics and life-sustaining therapy	22

sen: die Ethik im Bereich der Krankenpflege (Ärzte, Krankenpfleger, medizinisch-technische Assistenten), die Ethik der biomedizinischen Forschung, auch der nichttherapeutischen, die Ethik der Sozialmedizin und des Gesundheitswesens auf nationalen, regionalen und internationalen Ebenen, einschließlich des Themas „Bevölkerungswachstum“. Als vierter

Bereich war die Bioökologie vorgesehen. Inzwischen haben sich die Bereiche ausgeweitet; und besonderes Augenmerk wurde auf den Rechtsbereich gelegt.

P. ZATTI schrieb 1995: „Bioethik ist nicht mehr bloß eine Disziplin, nämlich jener Teil der Ethik, der sich mit den moralischen Wissenschaften befaßt, die ihrerseits wieder mit

den Wissenschaften des Lebens verbunden sind. Seit einiger Zeit ist die Diskussion über die bioethischen Fragen dem bloßen Studium entwachsen; nicht nur weil sie die Medien erfaßt hat oder von ihnen erfaßt wurde, sondern vor allem, weil sie ihre eigenen *Institutionen* geschaffen hat. Es gibt nunmehr eine beeindruckende Hierarchie an ethischen Komitees: international, national, berufsspezifisch, im Spitals- und Firmenwesen. Es sind Vorschlags- und Diskussionsplattformen, aber auch Orte der *Entscheidung* und der *Direktiven* für Einzelfälle und für Verhaltensweisen. Der bioethische Wandel hat demnach seine *Entscheidungsprozesse*, seine *normativen* Werkzeuge und seine Autoritätsstruktur. Es zeichnet sich eine komplexe und vielseitige Erfahrung im *Aufbau* eines Konsenses ab: eine starke internationale Erfahrung, charakterisiert durch einen intensiven Informationsfluß und eine Tendenz zur Homogenisierung der ethischen Modelle⁴⁴.

Während die Universitäten, besonders die Fakultäten der Medizin, Biologie, Rechtswissenschaften, Philosophie und Theologie, der Bioethik nur langsam einen Platz in ihren Studienplänen einräumen, haben bioethische Fragen in Politik, Recht und Medien große Bedeutung erlangt. Wir erlebten in den letzten Jahren die Entstehung des „Biorechts“ oder der „Biorechtswissenschaft“, die sich aus der bioethischen Reflexion und den dazugehörigen Rechtsfragen entwickelt haben. Da tritt immer dringlicher die grundlegende Frage auf: In welchem Verhältnis zueinander müssen die moralischen Werte und die zivilen Gesetze in der pluralistischen Gesellschaft stehen?⁵

Die westlichen Länder haben seit geraumer Zeit eines der dringlichsten Probleme der medizinischen und juristischen Ethik auf das Gebiet des Zivilrechts verlagert, nämlich jenes der freiwilligen Abtreibung, das nicht ohne Traumata für die Gesellschaft einher ging. In einigen westlichen Ländern, wird momentan ganz lebhaft eine Überarbeitung der Gesetze gefordert. Gerade in den letzten Jahren hat man auch be-

gonnen, die Frage des Biorechts in Publikationen und auf Kongressen zu erörtern und in den Gesetzgebungen selbst, die Probleme der Bioethik von einem weiteren Blickwinkel aus zu behandeln. Unter diesem Gesichtspunkt will die französische Gesetzgebung von 1994 – abgesehen von den problematischen Punkten hinsichtlich Erlaubtem und Verbotenem – eine organische Gesetzgebung im Bereich der Achtung des Lebens vertreten.⁶

Selbst *Evangelium vitae* weist darauf hin, wie wichtig es ist, daß ethische Werte in der Gesetzgebung Eingang finden und macht auf die Gefahr aufmerksam, daß ein „Delikt“ sich anmaßt „Recht“ zu werden⁷. Eine der bemerkenswertesten Neuheiten der Enzyklika (im dritten Teil) konzentriert sich gerade auf das Verhältnis zwischen Sittengesetz und zivilem Recht, nämlich auf das Problem der ungerechten Gesetze und auf die Aufgabe der Gläubigen, der Politiker und der Bürger, den unvollkommenen Gesetzgebungen entgegenzutreten.⁸

Die Beziehung von Ethik und Recht ist keineswegs friedlich und bedarf einer Wachsamkeit im Lichte der Geschichte und des Evangeliums gerade in dieser schwierigen Zeit. Diese Tatsache fördert jedenfalls die Bedeutung der Bioethik.⁹

Diego GRACIA, Medizinhistoriker und anerkannter Bioethiker, hat in einem seiner Werke den Übergang der Bioethik in das Biorecht behandelt und ihn in der Evolutionsgeschichte der westlichen Demokratien angesiedelt.¹⁰

Er spricht von drei Generationen des gesundheitsorientierten Rechts: die erste Generation entsteht durch die Formulierung der Rechte, die die westlichen Demokratien begründet haben. Inspiriert wurden diese vom englischen Philosophen LOCKE, der die Idee der Demokratie auf den Begriff der Natur, „die aus jedem Menschen seinen eigenen Herren macht“, begründet. Dieser Gedanke findet seinen politischen Ausdruck in der Konstitution von England und den Vereinigten Staaten und nicht zuletzt im aufkläreri-

schen Gedankengut der Französischen Revolution.

Innerhalb dieses liberalen Denkens werden einige grundlegende Gesundheitsrechte formuliert, wie das Recht auf Leben, das Recht auf Gesundheit und das Recht auf persönliche Freiheit. Das Recht auf individuelle Freiheit konnte im Gesundheitsbereich jenem Autonomieprinzip, das sich dem ärztlichen Paternalismus widersetzt, Ausdruck verleihen.

Laut GRACIA sind heute die sogenannten Rechte der Kranken eigentlich Konkretisierungen und Spezifizierungen der zivilen und politischen Rechte des XVII. und XVIII. Jhs., die erst nachträglich im Gesundheitsbereich Eingang fanden.

Die zweite Generation der Gesundheitsrechte entsteht mit der Sozialrevolution in der Mitte des XIX. Jhs. Das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit unterstützt jenes der Freiheit. Das Freiheitsideal bestand darin, das *minimal state* zu determinieren und die Aufgaben des Staates zu bestimmen (negative Rechte); das soziale Ideal möchte ein *maximal state* konfigurieren, indem es im positiven Sinn auf die Aufgaben des Staates für die Verwirklichung von Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit hinweist.

In dieser sozialen Vision entsteht, so GRACIA, das Recht auf medizinische Versorgung. Eben dieses Recht kommt im Art. 22 der Menschenrechtsdeklaration vom 10. Dezember 1948, wie folgt, zum Ausdruck: „Jeder Mensch hat als Mitglied der Gesellschaft Recht auf soziale Sicherheit; er hat Anspruch darauf, durch innerstaatliche Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Organisation und der Hilfsmittel jedes Staates in den Genuß der für seine Würde und die freie Entwicklung seiner Persönlichkeit unentbehrlichen wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zu gelangen.“ Weiters besagt Art. 25: „Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreu-

ung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter, oder anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände“¹¹. Es handelt sich um zwei Rechte: jenes der medizinischen Vorsorge zur Erhaltung der Gesundheit und jenes auf Beistand im Falle einer Krankheit.

Auch im Gesundheitsbereich geht man von der liberalen auf die soziale Demokratie über. In der heutigen Zeit entstehen die Rechte der dritten Generation. Entsprechend den Überlegungen von IGNACIO ARE PARRILLA sollten diese Rechte – so GRACIA – zur wahren Demokratie führen.¹²

Dieser Gedankengang beruht auf folgender Feststellung: „Die derzeitigen Demokratien sind sehr wenig demokratisch: Sie werden es erst dann vollständig sein können, wenn sie fähig sind, Entscheidungen zu treffen, die nicht die Interessen der gesetzgebenden Parlamentarier oder der machthabenden Politiker, geschweige denn der von ihnen repräsentierten Gesellschaft vertreten, sondern die Interessen der ideellen Kommunikationsgemeinschaft aller gegenwärtigen und zukünftigen Menschen“¹³. Das Ziel der wahren Demokratie schließt somit jene Rechte ein, die mit der Bioethik und der Ökologie zu tun haben: nämlich die Achtung vor dem Genom, die Reglementierung der Fortpflanzungsmedizin und den Respekt vor der Umwelt.

Der dritten Generation der Gesundheitsrechte, die zur Weiterentwicklung des Demokratiebegriffes selbst beitragen soll, gehören jene Rechte an, die aus der bioethischen und bioökologischen Reflexion entstehen.

Diesen bemerkenswerten Überlegungen GRACIAS zufolge wäre die Bioethik nicht einfach eine Disziplin mit akademischen Ambitionen, auch keine bloß kulturelle, sondern eine politisch maßgebliche Bewegung und eine Quelle neuer Rechte.

Hier stellt sich die Frage nach der Beziehung zwischen Bioethik und Biorecht: Wie stellen sich das Recht und die Gesetze zu den ethischen Werten, die von der Bioethik erarbeitet wurden?

Die richtige Lösung dieser überaus delikaten Frage ist die Voraussetzung dafür, daß die Bioethik in der Gesellschaft etwas bewegt.

Wenn wir weiterhin im Bereich des Rechtes verbleiben, müssen wir auf viele internationale Dokumente jüngeren Datums, die sich auch mit der Bioethik befassen, hinweisen. Viele Empfehlungen des Europarates und Resolutionen des Europäischen Parlaments haben bereits Argumente bioethischer Natur behandelt, die sich auch mit der Gentechnik und der künstlichen Befruchtung befassen. Sie wurden von Ad-hoc-Komitees vorbereitet und von den entsprechenden Organen approbiert. Aber zwei Dokumente haben unlängst ausdrücklich das Feld des Biorechts betreten: Es handelt sich um die „Europäische Konvention der Menschenrechte und der Biomedizin“, vom Europarat am 19.11.1996 approbiert¹⁴, und die „Deklaration über das Menschliche Genom“, von der UNESCO am 11.11.1997 approbiert.¹⁵

In diesen Dokumenten wird deutlich, wie schwierig sich der Dialog zwischen Ethik und Recht gestaltet. Die sprachlichen und normativ richtungsweisenden Kompromisse ethischen Charakters sind offensichtlich: es genügt aus der Europäischen Menschenrechtskonvention zu zitieren, wo sich im Art.1 die nicht ausdrückliche Unterscheidung „Wesen des Menschen“ und „menschliche Person“ einschleicht. Im Art.18 geht es um das Verbot, Embryos für experimentelle Zwecke zu erzeugen, was im Widerspruch zu genehmigten Experimenten an überzähligen Embryonen aus der In-Vitro-Fertilisation steht.¹⁶

Im Hinblick auf die „Deklaration über das menschliche Genom“ denke man nur an die ungeklärte Frage, wer Träger eines garantierten Genschutzes ist, zumal in keinem Passus erwähnt wird, daß der menschliche Embryo die-

sen Schutz genießt, und klar ist, daß wenn man eine Genmanipulation durchführen will, diese vor allem an einem frühen Embryo erfolgen muß¹⁷.

Ein weiterer Bereich, auf den sich die Bioethik ausweitet ist der der *Erziehungswissenschaften*.

Die Auswirkungen der vom menschlichen Verhalten verursachten Krankheiten und Todesfälle (Suchtgift, Alkoholismus, AIDS, Gewalt, Verkehrsunfälle, usw.) auf die Gesellschaft gemeinsam mit der Zunahme von Umweltschäden, Lebensmittel-, Luft- und Wasserverseuchung, haben zur Überzeugung geführt, daß es keine wahre Prävention geben kann, wenn nicht zugleich eine entsprechende Erziehung der Jugend und der Gesellschaft erfolgt. Eine derartige Erziehung bedeutet die Vermittlung von Werten und Normen zum Schutz des menschlichen Lebens, der Gesundheit und des sozialen und ökologischen Umfeldes.

Einige nationale Ethikkomitees, so auch das italienische, haben Bioethikunterricht in den Schulen vorgesehen und diese Frage der UNESCO vorgelegt¹⁸.

Offenbar ist es sehr schwierig, den kulturellen und ethischen Pluralismus mit einer effizienten Vorgabe von Werten zu vereinbaren, insbesondere mit dem grundlegenden Wert jedes einzelnen menschlichen Lebens, von seinem individuellen Anfang an.

Wir registrieren in weiteren Bereichen ein immer größer werdendes Interesse an der Bioethik und deren Reflexion angefangen beim Gesundheitswesen und der biomedizinischen Wissenschaft, bis hin zu den Problemen der Sozialmedizin, des Bevölkerungswachstums, der Ökologie, des Biorechts und der Erziehung.

Die „historische“ Bedeutung der Bioethik

Man kann also sagen, daß die Verbreitung der Bioethik ein historisches Phänomen ist, das dieses Jahrhundert geprägt hat und vielleicht auch das nächste prägen wird.

Könnte man über eine soziale Beeinflussung hinaus auch von einer historischen „Bedeutung“ (auch im Sinne von wirksamem Einfluß) sprechen?

Die Begründer dieser Disziplin, wie POTTER und JONAS, haben eine unerläßliche Instanz verlangt: Entweder wird eine „Verwaltung“ über die Biosphäre nach ethischen Normen gegründet oder die Menschheit hat keine Zukunft¹⁹. Das ist im Wesentlichen ihre Aussage.

Momentan erleben wir eine gesplante – nicht nur eine pluralistische – Bioethik, die konfliktgeladen im Bezug auf Ziele und Werte ist und deshalb wenig bewirken kann; es gibt sogar bioethische Strömungen, die behaupten, daß es unmöglich sei, allgemeingültige Normen zu begründen; jede Entscheidung müsse von Mal zu Mal dem „Konsens der Beteiligten“ und der Zustimmung der „ethischen“ Gemeinschaft, welche „Interessen“ am konkreten Problem hat, überlassen werden. Bestimmte Probleme hingegen lassen sich entweder auf individueller Ebene oder gar nicht lösen, wie beispielsweise das ökologische.

Unserer Meinung nach wird die historische Bedeutung der Bioethik an der Lösung dreier noch offener Probleme gemessen werden; der Frage der Begründung von Werten und Prinzipien, der Frage der Beziehung zwischen Ethik und experimentellen Wissenschaften (Epistemologie) und der Frage der Beziehung zwischen Ethik und Recht. Ich bin der Meinung, daß sich die Bioethik, nämlich jene, die nicht bloß der Tageschronik nachläuft – in den kommenden Jahrzehnten mit diesen Problemen gründlich wird auseinandersetzen müssen.

Das Problem der Begründung

Ausgerechnet in den Vereinigten Staaten, in denen die Bioethik entstanden ist, wird seit einigen Jahren das Fehlen einer der Bioethik zugrundeliegende Anthropologie bemerkt, was mit einer Kritik der Bewertungssysteme der

aktuellen bioethischen Strömungen, nämlich dem Prinzipialismus, dem Utilitarismus und dem Kontraktualismus²⁰ einhergeht.

„Moral predigen ist nicht schwer, Moral begründen dagegen sehr“, bemerkte schon SCHOPENHAUER²¹. In einer vor wenigen Jahren erschienenen Studie unterstreicht DELL'ORO die gegenwärtige Situation der Bioethik in ihrer Beziehung zu ihrer Grundlegung und weist deutlich auf eine gewisse Überholung der amerikanischen Bioethik hin.²²

Die ersten Systematisierungen der Grundsätze der Bioethik wurden bekanntlich in den Vereinigten Staaten durch den *Prinzipialismus* vollzogen. Dieser entsteht, wie der eben zitierte Autor sagt, aus der Begegnung zweier ethischer Theorien: der utilitaristischen und der deontologischen. Diese beiden Theorien setzen den sogenannten „Nicht-Kognitivismus“ und die Gültigkeit des wohlbekannten HUME'schen Gesetzes voraus: Dieses Gesetz besagt, daß moralisch gesehen, eine Handlung nicht in sich selbst, ihrem inneren Wert entsprechend, objektiv definiert wird. Es ist nicht einmal möglich, eine ethische Wissenschaft auf die Beobachtung von Taten zu begründen, da Handlungen und Werte verschiedenen Ursprungs sind: Taten existieren außerhalb des Subjektes, Werte hingegen werden dem Subjekt zugesprochen.

Aus diesem Grund schlagen die Autoren des Prinzipialismus einige „Prinzipien“ vor, die für alle philosophischen Strömungen gültig sein sollen. Anhand der Prinzipien des Nicht-Schadens, des Wohlwollens und der Gerechtigkeit, soll jede Handlung im Hinblick auf ihre Sittlichkeit bewertet werden können.

Der utilitaristischen Theorie zufolge „ist das moralische Kriterium einer Handlung an einem einzigen Parameter gemessen – dem Grundsatz der Nützlichkeit: Gut ist jene Handlung, die fähig ist, das Gute für die größte Anzahl von Personen zu maximieren“. Die Güte einer Handlung kann demnach an ihren Konsequenzen gemessen werden²³. In der Tradition der angesehenen Vertreter des Utilitaris-

mus (BENTHAM, STUART, MILL) werden diese Konsequenzen im Zusammenhang mit einer hedonistischen Balance gemessen: Abwesenheit von Schmerz, Anwesenheit von Wohlgefallen und Glück. Dieselbe Verpflichtung und die moralische Schwelle zur Achtung des Lebewesens wurden neulich von P. SINGER mit der Fähigkeit beziehungsweise der Unfähigkeit, Schmerz oder Wohlgefallen zu empfinden, begründet²⁴. Mit Recht wird der doppelt reduktionistische Charakter dieser ethischen Theorie unterstrichen: einerseits wird das Gute auf die Lust reduziert, andererseits werden gut und böse mit der Objektivität der Resultate in Zusammenhang gebracht, unabhängig von der Absicht des Subjektes²⁵.

Die deontologische Theorie legt zunächst eine andere Begründung der Sittlichkeit vor. Sowohl in ihrer kantianischen Formulierung als auch in der jüngeren von RAWLS bezieht sie sich, auf die Rationalität und die Universalität. Diese äußern sich in der Verpflichtung, den Menschen niemals als Mittel, sondern immer als Ziel zu behandeln. Natürlich kann diese Norm nur abstrakt bleiben, trotz ihrer Erhabenheit, und ist sie einmal aus dem religiös metaphysischen Kontext herausgelöst, kann sie nur schwer absolute oder jedenfalls objektivierbare Verbote rechtfertigen. Es wird wohl auf andere Prinzipien zurückzugreifen sein.

Die ersten amerikanischen Bioethik-Autoren, BEAUCHAMP und CHILDRRESS, haben bekanntlich vier grundsätzliche Prinzipien vorgeschlagen: die Achtung der Autonomie, das Prinzip des Nicht-Schadens, das Prinzip des Wohlwollens und das Prinzip der Gerechtigkeit. Aus diesen Prinzipien, die *prima facie* nur generell und nicht im absoluten Sinn als gültig erachtet werden können, gehen weitere Regeln hervor: Wahrhaftigkeit, „Privacy“, Vertrauenswürdigkeit, Treue. Um die einzelnen Fälle zu lösen, müssen sich die Theorien, die Prinzipien und Regeln einer *Ausbalancierung* unterziehen, weil sie oft in einer konkreten Situation zu gegenteiligen Schlüssen führen können.

Die Metapher der Waage von W.D. ROSS eröffnet einen weiten Raum, um eine moralische Lösung zu relativieren. Das führt zu einem Rückgriff auf die Ethik des Maßes oder der Autonomie²⁶. Folgen wir den Ausführungen von BEAUCHAMP: „Pflichten, wie das Wohlwollen, die Treue oder die Pflicht, einen Schaden wiedergutzumachen, sind keine absoluten Pflichten, weil sie von anderen, manchmal wichtigeren Pflichten übertroffen werden können... Darum ist eine im Konkreten letztlich auferlegte Pflicht vom Ausgleich der *prima facie*-Pflichten bestimmt. Man könnte sagen, daß die *prima facie*-Pflichten auch dann zählen, wenn sie nicht den Vorrang erhalten“²⁷.

Die Bioethik hat diesem Ansatz nach eine regulative Rolle bei möglichen sozialen Konflikten. Sie berücksichtigt nur die Folgen der Handlungen, ohne auf den subjektiven Ursprung und noch weniger auf die innere Sittlichkeit einer moralischen Handlung einzugehen.

Der zitierte Autor DELL'ORO weist berechtigterweise darauf hin, daß dieser Ansatz dazu führt, dem Grundsatz der Autonomie des Patienten gegenüber den anderen Grundsätzen den Vorrang zu geben und finanzielle Erwägungen immer stärker in die medizinischen Prozesse einzubeziehen. Werden zunächst einmal die Begriffe von gut und böse im Zusammenhang mit den Prinzipien des Wohlwollens und Nicht-Schadens relativiert, entscheidet sich alles anhand der sozioökonomischen Konsequenz der Handlung.

Eine Strömung, die von T. ENGELHARDT ausgeht, vertritt den Kontraktualismus als grundlegenden Ansatz für den Bereich der öffentlichen Ethik. Ein derartiger intersubjektiver Ansatz bedeutet, daß die Ethikgemeinschaft die Sittlichkeit einer moralischen Handlung bestimmt. Ethisch gültig für die öffentliche Moral ist das Ergebnis eines Konsenses. Das rousseauische Kriterium der liberalen Demokratie verlagert sich in das Gebiet der Ethik, die darum immer subjektiv und relativ bleibt, auch wenn die Subjektivität in der Mehrzahl steht und mit der Relativität stets verhandelt wird²⁸.

Unschwer läßt sich feststellen, daß die Schlüsse aus dieser Ethiktheorie dazu führen, daß dem Konsens immer ein harter Utilitarismus zugrunde liegt, da er nur einen Ausgleich der verschiedenen in dieser Gemeinschaft vertretenen Interessen darstellt.²⁹ Aber was an dieser Theorie furchtbar erscheint, ist die daraus folgende Definition des moralischen Subjektes: das moralische Subjekt im vollwertigen Sinn ist jenes, das am Konsens teilnimmt und sein Einverständnis gibt, also der geistig gesunde Erwachsene.

Aus dem Reich der rechtsfähigen personalen Subjektivität werden nicht nur die Foeten und Embryonen, sondern auch die Kinder vor ihrer Vernunftfähigkeit, die chronisch geistig Kranken usw. eliminiert. Sie haben nur jene Rechte, die ihnen von der Ethikgemeinschaft zuerkannt werden. Um den utilitaristischen und selektiven Relativismus zu korrigieren, der dem Kontraktualismus zueigen ist, genügt es nicht zu behaupten, daß in der privaten und religiösen Moral jeder seine eigenen Werteskalen haben kann. Und es genügt auch nicht, zwischen öffentlicher Ethik und privater Moral zu unterscheiden.

Wenn wirklich eine derart radikale Unterscheidung zwischen öffentlicher und privater Ethik möglich wäre, dann würde der Relativismus gerade den Bereich der öffentlichen Ethik hart treffen, weil es dort bei großen Unterschieden in den Wertvorstellungen kein allgemeingültiges Gerechtigkeitskriterium geben kann.

Der bereits zitierte DELL'ORO faßt so sein Urteil über die nordamerikanische Ethik zusammen: „Die grundsätzliche Grenze eines derartigen Ansatzes ist scheinbar sowohl der Verlust eines letztgültigen Wahrhaftigkeitskriteriums für die Ethik, als auch der Verzicht auf eine Auffassung der Korrektheit (rightness) der einzelnen Lösungen, die auf einem Moralkriterium (goodness), dem Guten schlechthin, beruht. Eine Ethik ohne Wahrheit reduziert sich zu einer praktischen Strategie, in der das moralische Kriterium durch das politische ersetzt wird; die rationale Argumentation wird so aus-

schließlich für eine ideologische Legitimation instrumentalisiert“³⁰.

Wir können sicherlich kein wohlwollenderes Urteil über die diversen ethischen Theorien abgeben, die auf dem logischen Positivismus aufgebaut sind, da der Wert ihrer Argumentation nur in der internen Kohärenz der Theorie liegt und von der Rechtfertigung der Prinzipien und den Inhalten der getroffenen Wahl absieht. Die aus Deutschland stammende Kommunikationsethik von APEL und HABERMAS spricht von der Intersubjektivität im Intergenerationshorizont; diese können eine Voraussetzung für die Wiederaufnahme des grundlegenden Diskurses sein, aber er wird letztlich nur in einer richtigen Anthropologie zielführend sein³¹.

Man darf nicht glauben, daß eine Erforschung der ewigen Wahrheiten in der Ethik die Demokratie und den Geist der Toleranz bedrohen könnten.³² Man sollte im Gegenteil daran denken, daß „der ideale Untertan des totalitären Regimes nicht der überzeugte Nazi ist, sondern jenes Individuum, das keine Unterscheidung mehr zwischen Realität und Fiktion, zwischen richtig und falsch erkennen kann“³³. Die Demokratie verlangt, daß jeder Vorschlag auf einer gewissen Wahrheit beruht und daß sich alle einsetzen, die menschliche Würde zu entdecken und zu fördern, jene Würde, die jedem Menschen zu eigen ist, unabhängig von der Vielfalt der politischen und kulturellen Programme. Die Demokratie darf sich nicht vor Grenzen fürchten, vielmehr kann sie nicht bestehen, ohne der individuellen Freiheit Grenzen zu setzen, die nicht auf vertragsfähigen Rechten basieren, wie das Recht auf Leben, das ohne Recht auf Freiheit nicht existiert. Wenn nun das Ziel der Demokratie die Verwirklichung des allgemeinen Wohlstands ist, kann das nicht geschehen, ohne „der menschlichen Verfügbarkeit Grenzen zu setzen, wie der Herrschsucht über die Natur, den Menschen und über die Gesellschaft, in der Überzeugung, daß - so sagt SPAEMANN - ein Leben mit diesen Grenzen besser ist als eines ohne.“³⁴

Welche Anthropologie liegt dieser Ethik zugrunde?

Es ist immer außer Diskussion gestanden, daß die Bioethik ihr Fundament in der Anthropologie finden soll. Es ist offenkundig, daß diese Anthropologie, will sie eine wirksame Grundlegung der Ethik des Lebens bieten, eine „objektive“ Wahrheit über den Menschen enthalten muß. Auch der Utilitarismus oder der Kontraktualismus oder der logische Positivismus haben ihre eigene, zugrunde liegende, mehr oder weniger verborgene Anthropologie. Die sittliche Begründung der Handlung und der Norm aber wird in diesen Theorien weder in die Natur des Menschen noch in die Wahrheit über den Menschen eingebettet. Wir behaupten, daß gerade im Wesen des Menschen, das heißt in seiner Wahrheit, das Bewertungskriterium der getroffenen ethischen, privaten und öffentlichen Entscheidungen zu suchen ist.

Diese Tatsache wird uns in *Evangelium vitae* sehr stark wieder in Erinnerung gebracht, wo das Leben jedes Menschen in seiner Würde als *IMAGO DEI* und dem mystischen Leib Christi zugehörig dargestellt wird, wie wir durch das Licht des Glaubens erkennen, aber auch im rein menschlichen Verstand erfassen können. Nicht zu vergessen ist, was die Theologie in die Bioethik, vor allem im katholischen Bereich eingebracht hat. Dieselbe Enzyklika lehrt, daß der Glaube selbst nicht als Bedrohung, sondern als eine Hilfe für die Wahrheitsfindung empfunden werden soll; ebenso darf er nicht als bloßes „Accessoire“ verstanden werden, sozusagen als Hut zum Kleid, um ein Bild von J. GUTTON zu verwenden, auch nicht als korrekte Parallele zur philosophischen Komponente, sondern als inneres Licht, das wächst, ohne das Licht der Vernunft zu ersetzen. Der Glaube schützt vielmehr die ratio vor Verirrungen und fördert ihren Tiefgang.

Mit der vom Glauben erleuchteten Vernunft werden wir die der Bioethik zugrunde liegende Anthropologie vertiefen müssen, indem wir

im Menschen nicht so sehr das für den moralischen Akt verantwortliche Subjekt, sondern besonders jene ontologische Würde entdecken, die nicht konstruiert ist, sondern die empfangen wurde und zum Schöpfer zurückführt.

Das menschliche Wesen, im christlichen und biblischen Sinn Gottes Abbild, ist darum menschliche Person in ihrer vollen Würde kraft ihres Seins und nicht aus ihrer körperlichen oder finanziellen Entwicklung oder bloß aus ihrer sozialen Verantwortung heraus. Die „Persönlichkeit“ offenbart sich in den Entwicklungsphasen und in der sozialen Eingliederung, setzt aber den Status der Person voraus. Die menschliche Person, *quod est perfectum in rerum natura*, ist auch Zentrum des Universums, dessen Ziel und Beschützer.³⁵

Das abendländische Denken kann auf diese anthropologisch-personale Begründung der Bioethik nicht verzichten. Die philosophische Argumentation, die sich auf den hl. THOMAS und die modernen Personalisten beruft, spielt in dieser fundierten Aufgabe meines Erachtens eine besondere Rolle. Andere Schulen, wie die der Hermeneutik und der Phänomenologie können Beiträge liefern, werden aber die Errungenschaften der klassischen Metaphysik nicht ersetzen können. Eben diese Ethik der Tugenden verbreitet sich derzeit in Europa durch die wertvolle Arbeit von PELLEGRINO und THOMASMA³⁶. Nach der Krise des Begriffs der „angewandten Ethik“³⁷, die als Deduktion der Theorie verstanden wird, braucht selbst die Tugendethik eine Begründung anthropologisch-personaler Art.

Die Beziehung zwischen Bioethik und experimentell-biomedizinischen Wissenschaften

In der Anfangsphase der Bioethik waren es die Wissenschaftler selbst, Biologen wie Genetiker, die die Ethik herbeigerufen und Morato-

rien und Leitfäden für Experimente verlangt haben: Es sei nur auf den bekannten Fall des Komitees BERGER verwiesen, das im Zuge der Ankündigung der Entdeckung der DNA bei der Gordon Conference im Jahre 1973 gebildet wurde.

Trotzdem gibt es noch immer kein Übereinkommen zwischen der Bioethik und den experimentellen biomedizinischen Wissenschaften.

In diesem Zusammenhang ist die Behauptung von Robert NOZICK sicherlich provokant, wenn er sagt, „Mikroskope und Teleskope offenbaren keine Ethik“³⁸; und Renato DULBECCO verweist darauf, daß „durch Jahrhunderte hindurch die Wissenschaftler sich aus den Tragödien der Geschichte herausgehalten haben und dabei die Autonomie und Neutralität ihrer Rolle der Gesellschaft gegenüber verteidigten. Mit baconianischem und cartesianischem Stolz haben sie jedwede Kontroll- und Einmischungsansprüche seitens des Staates, der Kirche und anderer Autoritäten, zurückgewiesen“³⁹.

Heute wird diese Auffassung mehrheitlich von den naturwissenschaftlichen Forschern, inklusive DULBECCO, nicht mehr geteilt, die, allen voran, die bioethische Frage aufwerfen. Diskutiert wird auch über die grundlegenden Motive und den genauen Bereich der erkenntnistheoretischen Reflexion der Bioethik.

In diesem Zusammenhang denke man daran, daß die Biologie und die Medizin experimentelle Wissenschaften sind, weil sie einer bestimmten Methode folgen, eben der experimentellen, die seit GALILEI und BACON bis zum heutigen Tage nach und nach vervollkommen wurde.

Diese Methode beruht bekanntlich auf einer präzisen Vorgangsweise: Beobachtung der Phänomene, interpretatorische Hypothese, experimentelle Überprüfung und Bewertung der Studienergebnisse. Dieser methodologische Weg hat eine Gültigkeit an sich und führt zu einer organischen und linearen Zunahme der Erkenntnisse.

Jedenfalls hat die experimentelle Methode darin ihre Grenzen, daß sie sich unweigerlich auf quantitative Fakten und Daten stützen muß, die beobachtet, berechnet, verglichen usw. werden: Darum ist die experimentelle Methode *reduktionistisch per definitionem*, und diese Tatsache muß festgehalten werden.

Aufgrund dieser Tatsache fragen wir uns: Warum wird die ethische Frage in den biomedizinischen Wissenschaften, die experimentell sind, aufgeworfen? Viele haben eine scheinbar naheliegende Antwort gegeben: Die bioethische Reflexion sei *anwendungsbezogen*; man nimmt an, daß die experimentelle Forschung in sich neutral ist, während die Anwendungen einer sorgfältigen bioethischen Untersuchung im Hinblick auf Konsequenzen und Risiken bedürften. Es kann doch niemand leugnen, daß vor einer Anwendung in der wissenschaftlichen Forschung, z.B. in der Biomedizin, etwa in der gentechnischen Manipulation, einige Fragen gestellt werden müssen über Ziele, Konsequenzen, Risiken, usw. Die Rolle und die Berechtigung der Bioethik nur auf den Anwendungsbereich zu beschränken, reicht nicht aus, sie engt eher ein, wie wir noch genauer sehen werden.

Auch andere Forscher akzeptieren allgemein eine *innere Ethik* der wissenschaftlichen Forschung, aber nur im Bezug auf die Treue zum Forschungskanon. Jene Ethik würde sich in der methodologischen Gewissenhaftigkeit, der Exaktheit bei der Mitteilung der Resultate, der Transparenz der Vorgangsweisen konkretisieren, so daß sie von der wissenschaftlichen Welt überprüft werden könnte. Diese innere „Forschungsethik“ stellt eine deontologische Notwendigkeit dar, die für jedwede Wissenschaft gültig ist, auch für die Bioethik, die sich ja auf die biomedizinische Forschung bezieht⁴⁰.

Die Wissenschaftsethik in den experimentellen Wissenschaften aber – besonders die Bioethik in den biomedizinischen Wissenschaften – kann sich nicht auf diese „Korrektheitsbestimmungen“ beschränken. Man muß immer be-

achten, daß eine notwendige Voraussetzung für die Sittlichkeit einer Handlung nicht ausreicht, damit diese Handlung gut ist. Daher empfiehlt sich immer, die Unterscheidung zwischen notwendigen und ausreichenden Bedingungen für die Sittlichkeit zu berücksichtigen.

Abgesehen von diesen beiden Zusammenhängen, die zweifelsohne zwischen wissenschaftlicher Forschung und Ethik existieren, (der Zusammenhang zwischen dem Gebiet der Anwendung und dem der Deontologie des Forschers unter Beachtung der methodologischen Vorgangsweisen der Forschung selbst), gibt es noch weitere, nicht unwesentliche Zusammenhänge vor allem im Bezug auf die Absicht der Forscher. Sowohl die Forscher selbst als auch die Organisatoren und Sponsoren der Forschung sind menschliche Personen. Sie können gute oder perverse oder einfach utilitaristische Absichten haben. Die Forschung wird immer als Projekt veranschlagt und zeigt oder verhehlt ein *strategisches Ziel* für eine bestimmte Krankheitstherapie oder für die landwirtschaftliche beziehungsweise industrielle oder pharmazeutische Entwicklung. Sie könnte aber auch zum Ziel haben, manipulierend oder verändernd in die biologischen Prozesse einzugreifen, wie im hypothetischen Fall eines experimentellen Versuches eine Interspezies zu erschaffen bzw. die Erbsubstanz eines Subjektes zu verändern.

Diese Art der Bestimmung der Sittlichkeit eines Projektes, abgesehen davon, daß diese Frage in sich selbst relevant ist, hat beachtenswerte Folgen für jene, die in einer untergeordneten Stelle mitarbeiten: Sie haben das Recht, die Projektziele zu kennen und haben ein Recht und eine Pflicht, Gewissensvorbehalte anzumelden, wenn sie den Eindruck haben, an einem von ihnen als unstatthaft befundenen Projekt nicht mitarbeiten zu können. Weder die wissenschaftliche noch die industrielle Geheimhaltung könnten dieses Recht für jene mindern, die an einem Projekt mitarbeiten, das ihrer Meinung nach in sich schlecht oder mit abwegiger Absicht durchgeführt wird. Auf dem

Gebiet der Bioethik kann man sich viele derartige Situationen vorstellen: beispielsweise die Forschung für ein Abtreibungspharmakum, wie die Pille RU 486, die bereits in einigen Ländern im Handel ist.

Ein anderer Zusammenhang zwischen Forschung und Ethik besteht in den experimentellen Vorgängen: es ist die Ethik, oder besser die Bioethik des biomedizinischen Experiments, mit all ihrer Problematik der Versuche am Menschen und am Tier (Aufklärung, Risiken, Experimente an Kindern, Geisteskranken, Bewußtlosen, Foeten usw.).

Tatsächlich genügt es nicht, bloß eine Ethik der Ziele zu haben, es bedarf im unwiderprüchlichen Sinn einer *Moral der Mittel und Methoden*: Auch wenn die Ziele gut sind, können die ausgewählten Vorgangsweisen nicht erlaubt sein; diese könnten für das Leben und die menschliche Würde schädlich sein. Das Prinzip „non sunt facienda mala ut veniant bona“ ist ja bekannt.

Die bisher erwähnten Zusammenhänge hatten mit dem operativen Aspekt (Ziele, Vorgänge, Methoden, Risiken) zu tun. Aber unserer Ansicht nach besteht die engste und umfassendste Verbindung zwischen Forschung und Ethik in einer *Forderung integrativen Charakters*.

Wir haben darauf hingewiesen, daß die experimentelle Methode an sich für die Wirklichkeit „reduktiv“ ist, da sie nur den experimentellen und quantitativen Aspekt betrachtet, während der tiefere und umfassendere Aspekt, nämlich die ontologische Beschaffenheit und die Grundwerte des Wahren, sich der Vorgangsweise der experimentellen Methode völlig entzieht. Der experimentell-methodologische Aspekt wirft ethische Fragen auf, deren Beantwortung das experimentelle Niveau interpretativ überschreitet, um die Komplexität und Tiefgründigkeit der Wahrheit und ihren Wert, zu erfassen⁴¹.

Wenn der Wissenschaftler zum Beispiel am menschlichen Embryo forscht, kann er sich

nicht darauf beschränken, die Resultate und die ethischen Aspekte der methodischen Vorgangsweise zu beobachten oder einfach über die Anwendung der Ergebnisse nachzudenken, er muß sich vielmehr fragen, was ein menschlicher Embryo überhaupt ist, ob er ein menschliches Wesen ist, ob er den Wert der menschlichen Person hat oder nicht usw.

Von der Antwort auf eben diese Frage wird es abhängen, ob sich alle anderen bioethischen Fragen klären: Wenn der Umfang des Realen feststeht, wird man die ethischen Erfordernisse über Ziele, Mittel, Risiken usw. erfassen können. Dies betonte K. JASPERS, Wissenschaftler und Philosoph, mit seiner Behauptung, daß die experimentelle Wissenschaft nicht in der Lage sei, weder den qualitativen Aspekt der Realität, noch die Beschaffenheit seines tiefgründigen Wertes zu erkennen, und daß sie mit ihrer Methode allein die Ziele der Wissenschaft und Forschung selbst nicht aufklären kann, weil das alles eine Festlegung der Ziele menschlicher Tätigkeit und menschlichen Lebens selbst erfordern würde, wie es auch tatsächlich gefordert wird.⁴²

Auch die jüngsten Erkenntnistheoretiker wie POPPER und ECCLES haben auf die Grenzen der experimentellen Wissenschaft in Bezug auf die methodologischen Vorgänge und darüber hinaus auf eine globale Beobachtung des Realen verwiesen⁴³. Darum ist der Zusammenhang Wissenschaft– Ethik oder, besser gesagt, wissenschaftliche Forschung und Ethik nicht nur eine Frage der Option oder einer neuen Mode, sondern eine vielfältige und eine geradezu aus dem wissenschaftlichen Vorgang hervorgehende Notwendigkeit.

Wenn natürlich, wie schon erwähnt, die Frage von der Forschung selbst ausgeht, verlangt die Antwort eine Integration des experimentellen Aspektes mit der gesamten Realität, das heißt, eine ontologische Sichtweise auf das Leben, an dem geforscht wird; daraus erfolgt die Notwendigkeit, Bewertungskriterien aufzustellen, die nicht in der wissenschaftlichen For-

schung allein aufgehen, sondern einer letzten, umfassenden Einsicht in die gesamte Wirklichkeit und ihren Sinn entspringen.

Um das oben genannte Beispiel wiederaufzugreifen: Wenn die Experimente – mit oder ohne therapeutischem Zweck – am Embryo erfolgen, muß man sich vorerst die Frage nach der umfassenden Realität des menschlichen Embryos (Ontologie) und nach seinem Wert (Axiologie) stellen; wird zum Beispiel daraus geschlossen, daß es sich um ein menschliches Wesen, ein menschliches Individuum handelt, müssen die Sinnhaftigkeit und die Grenzen des Experimentes am menschlichen Wesen hinterfragt werden. Man wird die Pflichten des Forschers wie bei einem Minderjährigen festlegen müssen.

Um nach diesen Kriterien entscheiden zu können, wird man konsequenterweise aufklären müssen, wer und was der Mensch ist, was seine Wertigkeit, sein Schicksal ist. Wenn man also vom Menschen als Mensch, von seinem Ursprung und Schicksal spricht, wird jene Würde und Transzendenz⁴⁴ angesprochen, die jedem Menschen zukommt. So kehrt die Forderung nach einer *grundlegenden Anthropologie* wieder.

Die Beziehung zwischen Bioethik und Zivilrecht

Ich halte mich jetzt nicht länger bei der Notwendigkeit ethischer Begründungen auf, die ich ausführlich behandelt habe, als ich von der Entwicklung der gesamten Bioethik sprach. Man kann nicht von der Wirksamkeit der Bioethik in der Gesellschaft sprechen, wenn diese die Gesetzgebung nicht dahingehend beeinflusst, daß sie die Integrität des menschlichen Lebens thematisiert.

Und hier stellt sich nun die Frage nach dem Verhältnis zwischen den moralischen Werten und dem Recht. Darüber hinaus ist die Situation des kulturellen und ethischen Pluralismus,

der mühsam versucht in den Gesetzen eine Verbindung zwischen beiden herzustellen, nicht außer Acht zu lassen.

Nun taucht die Notwendigkeit auf, das *Naturrecht* wiederzuentdecken, auf dem ja die Grundrechte aufbauen, damit die Definition des Gemeinwohls auf die Gesetze abgestellt werden kann und deren Realisierung das Wohlergehen jedes Individuums ermöglicht.

Jede staatliche Verfassung muß die Grundwerte der Gesellschaft und, allem voran, das wichtigste aller Rechte, nämlich das Recht auf Leben gewährleisten. Der dritte Teil der Enzyklika *Evangelium vitae* zeigt, wie groß die Konfliktsituation ist, in der sich viele Demokratien befinden. Darüber hinaus weist sie auf die Notwendigkeit hin, daß Moral und Zivilrecht in ihrer Achtung der Grundwerte und der Grundrechte übereinstimmen. Weiters konfiguriert die Enzyklika auch die Aufgaben der Gesetzgeber im Hinblick auf den Schutz des Lebens.⁴⁵

Das Thema kann hier nur angerissen werden, muß aber unserer Ansicht nach in den nächsten Jahren auch innerhalb der katholischen Kultur Gegenstand weiterer Überlegungen und politischen Engagements sein.

Referenzen

1. RIFKIN J., *Das biotechnische Zeitalter. Die Geschäfte mit der Genetik*, Bertelsmann 1998.
2. SGRECCIA E., *Questioni emergenti nell'ambito della bioetica*, *Medicina e Morale* 1995,5:931-949.
3. SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI, *Il documento di Erice sui rapporti della bioetica e della Deontologia medica con la medicina legale*, 53rd Course, *New Trends in Forensic Haematology and Genetics: Bioethical problems*, Erice 18.2.91, *Medicina e Morale* 1991,4:561-567.
4. ZATTI P., *Bioetica e diritto*, *Rivista Italiana di Medicina Legale* 1995,XVII/2.
5. Über die Verbreitung der Bioethik in der Welt, siehe: BOMPIANI A., *Bioetica ed etica medica nell'Europa occidentale*, Proxima Scientific Press, März 1997; VIAFORA C., *Vent'anni di bioetica: idee protagonisti, istituzioni*, Padua: Libreria Editrice Gregoriana, 1990; JONSEN A. R., *The birth of Bioethics*, Oxford University Press, 1998. L'opera... Siehe auch RUSSO G., *Storia della bioetica. Le origini. Il significato. Le istituzioni*, Rom: Armando Editore, 1995; Idem, *Bilancio di 25 anni di Bioetica. Un rapporto dai pionieri*, Turin: Ed. Elle-Di, 1997; *Annuaire Européen de Bioéthique - European Dictionary of Bioethics*, Cachan, Lvoisier: Association Descartes, 1996; *International Dictionary of Bioethics Organizations, National Reference for Bioethics*, Washington: a cura del Kennedy Institute of Ethics, 1993.
6. CALLAHAN D. V., *Bioethics*, in *Encyclopedia of Bioethics*, New York: a cura di W... Reich, 1995:246-256; idem, *Loi relatif au don et à l'utilisation des elements et produits du corps humain, à l'assistance medicale, à la procréation et au diagnostic prénatal*, 1994.
7. JOHANNES PAUL II., *Evangelium Vitae*, N. 18.
8. Ibidem, NN. 68-74.
9. Vgl. Band *Evangelium Vitae e Diritto*, a cura del..., Libreria Editrice Vaticana 1997:630.
10. GRACIA D., *I diritti in sanità nella prospettiva della bioetica. Sviluppo storico e metodo*, L'Arco di Giano 1994,4:29-44.
11. Organizzazione delle Nazioni Unite, *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo*, New York, 10.12.1948.
12. ARA PANILLA, *Les trasformaciones de los derechos humanos*, Madrid: Tecnos, 1990.
13. GRACIA, *I diritti in sanità ...* S. 37.
14. *Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine*, Conseil de l'Europe, Comité des Ministres, Strasbourg 11.11.96.
15. UNESCO, *Déclaration Universelle sur le Genome Humain et les Droits de l'homme*, Paris 11.11.1997.
16. SGRECCIA E., *La convenzione dei diritti dell'uomo e la biomedicina*, *Medicina e Morale* 1997,1:9-13; BOMPIANI A., *Una valutazione sui diritti dell'uomo e la biomedicina*, *Medicina e Morale* 1997,1:37-55.
17. Heiliger Stuhl, *Intervento di S.E. Mons M. Tagliaferrri alla XXXIX Sessione della Conferenza Generale dell'UNESCO, Educazione per tutti, diritto alla pace e protezione del Genoma Umano*, L'Osservatore Romano, 31.10.97.
18. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'Editoria, 1991.
19. SGRECCIA, *Questioni emergenti ...* S. 938-944. Riprendiamo...; VON ENGELHARDT D., *Sulla sistematica e sulla storia dell'etica medica*, in: *Etica e Medicina* (a cura di VON ENGELHARDT D.), Milano: Guerini Associati, 1994.
20. ibidem
21. ibidem
22. DELL'ORO R., *Antropologia ed etica. Oltre la bioetica americana*, *Rivista di Teologia Morale* 1995,106:203-220. Der Autor ist Forscher am Centre for Clinical Bioethics an der Georgetown University, Washington D.C., eines der größten Zentren der „amerikanischen Bioethik“.
23. Ibid., S. 205-208. L'autore si... BEAUCHAMP T. L. und

- CHILDRESS J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, New York: Oxford University Press, 1989, per quanto...
- BRANDT R. B., *A theory of the good and the right*, Oxford: Clarendon Press, 1981, und von HARE R. M., *Moral thinking, its level, method and point*. Per la teoria... : ROSS W. D., *The right and the good*, Oxford: Clarendon Press: 1930, e dello st... *The foundation of ethics*, Oxford: Clarendon Press, 1939.
24. SINGER P., *Practical ethics*, Cambridge: Cambridge University Press, 1979; Idem, *Animal liberation: a new ethics for our treatment of animals*, New York: Review-Random House, 1975.
 25. DELL'ORO, *Antropologia ...* S. 206-207.
 26. Ibid., S. 208.
 27. BEAUCHAMP und CHILDRESS, *Principles ...* S. 52.
 28. ENGELHARDT H. T., *The foundation of Bioethics*, New York: Oxford University Press, 1987.
 29. „Interessen“ als Rechtfertigungsgrundlage für ethische Entscheidungen werden auch von anderen Autoren vorgeschlagen, wie beispielsweise DWORKIN R., *Life dominion*, London: Harper Collins, 1993.
 30. DELL'ORO, *Antropologia ...* S. 210.
 31. GRACIA, *I diritti ...* S. 40-41.
 32. ARENDT H., *Le origini del totalitarismo*, Milano: Edizioni di Comunità, 1967; riferito da BELARDINELLI S., *Con quale totalitarismo*, Studi Cattolici 1995:351.
 33. BELARDINELLI, *Con quale ...* S. 350.
 34. Riportato da BELARDINELLI, *Con Quale ...* S. 350.
 35. Vgl. VANNI ROVIGHI S., *L'antropologia filosofica in S. Tommaso D'Aquino*, Milano: Vita e Pensiero, 1965.
 36. PELLEGRINO E. D., THOMASMA D. C., *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care*, New York: Oxford University Press, 1986.
 37. STOFFEL B., *Analysing ethics. Ethical praxis*, Health Care Analysis 1994,2:306-309.
 38. NOZICK R., *Spiegazioni filosofiche*, Milano: Ed. Il Saggiatore, 1987:447.
 39. DULBECCO R., *Ingegneri della vita*, Milano: Sperling et Kupfer, 1988.
 40. SGRECCIA E., *La risposta nella trascendenza*, in: JACOBELLI J. (a cura di), *Scienza ed etica: quali limiti?*, Rom, 1990:163-173; MERTON R. K., *Priorities in Scientific Discovery*, American Sociological Review 1996,22:235-259; ROSSI P., *La nascita della scienza moderna in Europa*, Bari, 1997; MITCHAM C., *Philosophy of technology*, in: *Encyclopedia of Bioethics*, New York, 1995,V:2477-2483; AGAZZI E., *Il bene, il male, la scienza*, Milano, 1992; SGRECCIA E., *Potenzialità e limiti del progresso scientifico e tecnologico*, Dolentium Hominum 1998,37(1)/1:137-144.
 41. LADRIERE J., *I rischi della razionalità*, Turin, 1978; AGAZZI E., *Il bene, il male, la scienza*, Milano, 1992; SGRECCIA E., *Il progresso scientifico...*; BOMPIANI A., *Bioetica in Italia...*, S. 187-220; SGRECCIA E., *Potenzialità e limiti...*
 42. JASPERS K., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, München, 1986; Reale- Antiseri, *Il pensiero occidentale dalle origini ad oggi*, Brescia: Ed. La Scuola, 1983,III: 457-462.
 43. Ibidem, S. 707-779.
 44. VANNI ROVIGHI S., *Elementi di filosofia*, Brescia, 1963,III:189-269.
 45. JOHANNES PAUL II., *Evangelium Vitae*, NN. 52-77; siehe auch Vol. *Evangelium Vitae e Diritto*, ...op.cit.

SCHWERPUNKT

Innere Medizin 2000– Woher? Wohin?

Rudolf GROSS

ZUSAMMENFASSUNG

Voraussagen für das nächste Jahrtausend zu machen, wäre ebenso vermessen wie unmöglich. Zum aktuellen Stand kann gesagt werden, daß im Vordergrund der Forschung die Molekularbiologie, die Genetik, aber auch die Möglichkeiten der neuen digitalen Diagnostik stehen. Was die Therapie betrifft, hat das moderne Konzept der „Evidence based Medicine“ an Bedeutung gewonnen. Die Entwicklung aktiver Schutzimpfungen hat große Fortschritte mit sich gebracht, eine Weiterentwicklung in diesem Bereich wäre wesentlich. Die Frage der Ethik kann die Medizin nicht mehr außer Acht lassen. Zu umfangreich ist die Fülle der ethischen Probleme, die der zu erwartende Fortschritt mit sich bringen wird.

Schlüsselwörter: verfügbares Wissen, neue therapeutische Ansätze, Ethik

ABSTRACT

To make prognoses for the upcoming millennium would not only be presumptuous, but also impossible. For the present situation one could say that molecular biology, genetics and the new possibilities in digital diagnostics are in the foreground of research. Regarding therapy, the modern concept of evidence based medicine has gained importance. The development of active vaccinating has brought about great progress; a further development in this field would be essential. Medicine can no longer ignore the question of ethics. Too extensive is the amount of ethical problems which can be expected with continuing progress.

Keywords: available knowledge, new therapeutical approaches, ethics

I. Einführung

Bei der großen Jahreswende etwa Voraussagen für das nächste Jahrtausend zu machen, wäre ebenso vermessen wie unmöglich. Wer hätte etwa im Jahr 999 – unter Kaiser OTTO III. – voraussagen können, daß 1999 zahlreiche Patienten mit dem Herzen eines Fremdspenders leben würden? Dabei war bis zum Beginn der Neuzeit nicht einmal der Blutkreislauf bekannt (William HARVEY, 1578-1657). Bis zur Renaissance war man im Grund wenig über die Lehren GALIENS und seiner Zeitgenossen hinausgelangt.

Völlig anders stellen sich die Neuzeit, besonders das 19. und 20. Jahrhundert, dar. Das verfügbare Wissen – etwa in der Medizin und in den sie mitbegründenden Naturwissenschaften – hat so schnell zugenommen, daß heute nur noch Spezialisten in kleinen Teilgebieten alles oder nahezu alles übersehen. Wie Tab. 1 ausweist, ist dieses verfügbare Wissen erst linear, dann logarithmisch, neuerdings Hyperbelartig angewachsen – auch wenn man Obsoletes und Redundantes abzieht. Aber es fehlt immer noch an der allumfassenden, wenn auch neuerdings oft versuchten, „Universaltheorie“⁴¹.

Hinsichtlich einer **medizinischen Futurologie** sind die Warnungen LICHTENTHAELERS zu unterstreichen, der bei Voraussagen zur Behutsamkeit auffordert, da die so modisch gewordene Futurologie eine „konjekturale Wissenschaft“ sei und vor übertriebenem „historischem Determinismus“ warnt. Am schärfsten hat dies vor ihm der englische Philosoph David HUME formuliert, nach dem zuverlässige Voraussagen kaum möglich sind, allenfalls eine Übereinstimmung mit dem „Üblichen und somit in der Vergangenheit regelmäßig Beobachteten“.

Gerade die heutigen Medien, immer im Wettlauf um die neueste und sensationellste Information, übertragen gern experimentelle Daten auf die künftige angewandte Medizin. Ihnen kann man nur sagen: Eine „Knock-out“-Maus ist kein Mensch, oder: Vom Reagenzglas bis zum Arzneimittel des Handels vergehen

Jahre oder Jahrzehnte. So sind diese Aussagen, was die Zukunft betrifft, nur orientiert an bereits bestehenden Grundlagen, zwischen die sich neue, „revolutionierende“ Erkenntnisse und Methoden schieben können (wie z.B. die „Polymerase Chain Reaction“ = PCR in ihrer Bedeutung für die Molekularbiologie oder die Magnetresonanztomographie (MR oder MRI) in der medizinischen Diagnostik).

Bei Tausenden von Büchern und dem Vielfachen an Publikationen kann dieser Beitrag eine auch nur annähernde Vollständigkeit (sie wäre eine reine Aufzählung!) nicht anstreben; er muß sich auf (willkürlich herausgegriffene) Beispiele beschränken. Drei Fragen werden sich in diesem Rahmen stellen:

- (1) Wo stehen wir?
- (2) Was können wir erwarten?
- (3) Welche ethischen Probleme ergeben sich daraus?

Verdoppelungszeiten verfügbaren Wissens
1800 - 1900
1900 - 1950
1950 - 1960
1960 - 1967
1967 - 1974
Seither Verdoppelung alle 5 - 6 Jahre, davon abzuziehen je ca. 20-30% Redundanz und Obsoletes.

Tab. 1

II. Zum aktuellen Stand

Dieser Beitrag ist mehr allgemeinen, Teilgebiete überspannenden Problemen der Inneren Medizin gewidmet: neun ihrer wichtigsten

Subspezialisitäten werden in einem von V. DIEHL u. a. herausgegebenen Heft des „Internist“: „Medizin nach 2000“ behandelt².

Eine bedeutende, wohl auch für die nächsten Jahrzehnte maßgebliche Veränderung hat schon begonnen: Ständen seit der Mitte des 19. Jhdts., besonders unter dem Einfluß VIRCHOWS, die normale und die krankhafte Zelle im Vordergrund der Forschungen, so führt seit der Mitte des 20. Jhdts. die Molekularbiologie (Große Übersichten z.B. bei GANTEN und RUCKPAUL³). Eng mit dieser Entwicklung verbunden ist die Genetik. Nach vorsichtigen, aber übereinstimmenden Schätzungen von FRANKE sowie von GROSS⁴ entfallen 60-70 % aller Krankheitsursachen auf genetische, 30-40 % auf äußere Einflüsse. So hat allein die Tabellierung monogenetischer Defekte durch MCKUSICK im letzten Jahrzehnt eine rapide Zunahme erfahren. Dabei sind für monogenetische Erkrankungen oft verschiedenartige Veränderungen eines Allels verantwortlich, dessen Spezifität zu recht verschiedenen phänotypischen Ausprägungen führen kann. Während für definierte monogenetische Erkrankungen die Mutationen schon zum Teil gut charakterisiert sind (als Deletionen, Insertionen, Additionen, Wechsel in der Methylierung der DNS, Transkriptionsfehler, Mangel oder Überschuß an Transkriptions-vermittelnden Proteinen, Punktmutationen, spontane oder virale „falsche“ Aktivierung eines Protoonkogens^{5,6}), hängt die molekularbiologische Aufklärung bei vielen als multifaktoriell angesehenen Krankheiten noch zurück. Ungeklärt ist z. B. die Entstehung des Diabetes mellitus, von dem etwa 4% unserer Wohnbevölkerung betroffen werden (bei steigender Tendenz). Familienuntersuchungen machen eine starke genetische Komponente wahrscheinlich. Auch dürften (nach STEEN und THUNG⁷) die meisten Krankheiten nicht nur genetisch oder nicht nur exogen bedingt sein. In diesem Sinn können wir auch die oft verwechselte oder zusammengeworfene Ätiologie und Pathogenese differenzieren. So kann z. B. die genetische Bereitschaft

oder eine genetisch bedingte Immunschwäche eine Krankheit ermöglichen; zu deren phänotypischer Manifestation, der Pathogenese, bedarf es einer äußeren Noxe, z.B. eines der bekannten Krankheitserreger. Umgekehrt sollte man auch bedenken, daß selbst hohe Exposition – wohl ebenfalls genetisch bedingt – etwa beim Blasenkrebs der Anilinarbeiter oder bei der Cholera immer eine gewisse Anzahl von Menschen trotz Exposition nicht betrifft. Eindrucksvoll haben neuerdings WEISSMANN⁸ und AGUZZI⁹ bei einer Gruppe spongiformer Encephalitiden (z.B. Rinderwahnsinn = BSE) gezeigt, daß transgene Mäuse, denen das Gen für ein bestimmtes normales Protein (PrP^C) fehlte, nicht mit sogenannten Prionen infiziert werden konnten und gegenüber den Kontrolltieren insgesamt gesund blieben.

Die Genetik hat auch schon (zunächst noch meist *in vitro*) therapeutische Ansätze erbracht, wie den Gentransfer auf isolierte Zellen in Gewebekulturen und deren Retransfusion, die *in vivo*-Transduktion und damit Ersatz mit Hilfe von Adeno- oder Retroviren, Antisense-Nukleotide u.a. In den USA ist es kürzlich GUINAN¹⁰ u. a. gelungen, mittels eines Überschießens eines reaktionensbremsenden, natürlichen Proteins Knochenmark von Fremdspendern (allogenetisch) erfolgreich auf Leukämiekranken zu übertragen. Die klinische Anwendung und die vorausgegangenen Experimente eröffnen nicht nur eine neue Ära der Organtransplantationen („Anergie“ durch B₇-CD28-Synergismus) mindestens mit der Hoffnung auf die Einschränkung der bisher notwendigen immunsuppressiven Medikamente¹¹. Dies könnte ein Meilenstein zur Behandlung der bisher in ihrem Mechanismus wenig verstandenen und nur mit immunsuppressiven Medikamenten zu behandelnden Autoimmunerkrankungen sein. Am Schluß dieser genetischen und immunologischen Betrachtungen sei angefügt, daß für die meisten Proteohormone, wie etwa das Insulin, heute die durch Gentransfer in rasch wachsenden Bakterien (z.B. E.

coli) gewonnenen Humanformen (statt der bisherigen Gewinnung aus Tierorganen) mit ihrer wesentlich besseren Verträglichkeit schon lange in Gebrauch sind. Während in den USA, besonders in Kalifornien, eine Anzahl wichtiger menschlicher Proteine von oft kleinen, aber leistungsfähigen Betrieben hergestellt wird und verfügbar ist, wurde die deutsche Pharmazeutische Industrie lange Jahre – zum Glück jetzt nicht mehr – durch übertriebene Vorschriften behindert und hat kostbare Jahre verloren.

Ein anderes Gebiet geradezu sprunghafter Entwicklung in diesem Jahrhundert betrifft die Diagnostik, vor allem mittels bildgebender Verfahren¹²: Die sog. digitalen Darstellungen sind sämtlich Computer-gestützt und liefern über Analog-Digital- und Digital-Analog-Konverter Bilder von noch vor ein oder zwei Jahrzehnten nicht vorstellbarer Auflösung und Brillanz. Bei der heute fast universalen Sonographie (Ultraschall) haben miniaturisierte Schallköpfe sowie die Anwendung von Laserstrahlen an inneren Organen wie Lungen, Herz, Darm und Anhangsgebilde eine ortsnahe und genauere Diagnostik („Endosonographie“) sowie therapeutische Eingriffe ermöglicht. Die zweidimensionale (oder, computer-gestützt: dreidimensionale) Echokardiographie ergänzt das traditionelle Elektrokardiogramm und ermöglicht morphologisch-funktionelle Aussagen. An den Gefäßen erbringen Dopplermethoden die Registrierung der Gefäßform sowie eine Darstellung des Inhalts, etwa Strömungsgeschwindigkeit, Turbulenzen u.a. (z.B. farbcodierte Duplex-Sonographie). Während die Mehrzahl der Organdarstellungen horizontal, ggf. sagital und frontal, erfolgten und noch erfolgen, erlaubt die Computertomographie (CT) die schichtartige Darstellung des gesamten Körpers oder einiger seiner Teile in cranio-caudalen Schnittbildern und ermöglicht die Erkennung etwa von Abszessen, Primärtumoren, Metastasen, vergrößerten Lymphknoten viel sicherer als es früher, etwa mit der Lymphangiographie, möglich gewesen wäre. Neue

ste Entwicklungen wie z. B. das „Spiral-CT“ erhöhen Schnelligkeit und Genauigkeit bei Minderung der Strahlenbelastung.

Eine neue zukunftssträchtige Methode ist die Magnetresonanztomographie (MR, englisch meist MRI von „imaging“). Sie belastet den Organismus nicht mit ionisierenden Strahlen und ermöglicht dem Fachmann – vor allen in Verbindung mit dem „Kontrastmittel“ Gadolinium (im period. System: seltene Erde) über Impuls und Relaxationen (T_1 und T_2) Bilder von jeder Schnittrichtung, hohem Weichteilkontrast, Unterscheidung normaler und pathologischer Gewebe, Gefäßdarstellungen u.a. Magnetresonanz ist z.Zt. geknüpft an Elemente mit ungerader Ordnungszahl im periodischen System. Die Einführung von verschiedenen Phosphaten dürfte, z. B. am Herzen, eine Trennung in nekrotische, mehr oder minder geschädigte und intakte Gewebebezirke zulassen¹³ und einen Teil der invasiven Katheterdiagnostik ersetzen. Die weitere Entwicklung der Magnetresonanz könnte zu einer Art „Biochemie am Lebenden“ mit topographischer Zuordnung führen.

Von den nuklearmedizinischen diagnostischen Methoden, die neuerdings ganz überwiegend mit dem kurzlebigen Isotop ^{99m}Tc-Technetium oder mit ¹¹¹In-Indium durchgeführt werden, seien die Ganzkörperszintigraphie, die Myocardperfusionsszintigraphie oder die Single-Photonen-Emissions-Computer-Tomographie (SPECT) nur kurz erwähnt. Leistungsfähiger, aufwendiger und kostspieliger – da u.a. an die ortsnahe Herstellung kurzlebiger Positronen gebunden – ist die Positronen-Emissions-Tomographie (PET). Sie hat bisher vor allem am zentralen Nervensystem Anwendung gefunden, wo sie zur Feststellung und Verlaufskontrolle etwa eines Schlaganfalls oder der Autoimmunerkrankung Multiple Sklerose wesentlich ist. Daneben sind mit PET viele wertvolle Untersuchungen zur Neurobiologie, z.B. der genauen Lokalisation und des Zeitablaufs von Hirnfunktionen, erbracht worden.

III. Was erwarten wir in den nächsten Jahrhunderten?

Wie in den Abschnitten I. und II. hervorgehoben wurde, erfolgen diagnostische Fortschritte schneller als therapeutische. Das war lange Zeit so und besonders deutlich in der 2. Hälfte des 19. Jhrtds. Damals führte das zum bekannten „therapeutischen Nihilismus“ der Wiener, Berliner, Pariser Schulen (s. z.B. LESSKY¹⁴). Heute beginnen, mit ihrem besseren Verständnis der Zellbiologie und vor allem der Molekularbiologie, Prophylaxe und Therapie aufzuholen. Erinnert sei nur an die Acetylsalicylsäure (Aspirin[®]), auf der Welt 80 Jahre lang millionenfach als Schmerz- oder Rheumamittel bekannt, doch erst seit den 70er Jahren zur Prophylaxe kardiovaskulärer Komplikationen eingesetzt. Typischerweise hat die Erkennung dieser bis dahin kaum beachteten Wirkung zur Suche nach chemisch ganz anders strukturierten Aggregationshemmern der menschlichen Blutplättchen geführt, mit einigen positiven Ergebnissen. So geht es mit vielen therapeutischen Fortschritten: Entdeckung bestimmter Wirkungen – Suche nach chemisch evtl. andersartigen, aber in der Wirkung ähnlichen Stoffen – Ausdehnung der Indikationen.

Bei der Herzinsuffizienz, einer wesentlichen Todesursache, haben die von WITHERING 1785 entdeckten Fingerhutextrakte (*Digitalis lanata* bzw. *Digitalis purpurea*) bzw. die heute üblichen Reinglycoside mit definierter Wirkung auf Inotropie, Bathmotropie, Dromotropie, Chronotropie zwar kaum an Bedeutung verloren, aber sich doch teilweise mit mehr oder minder herzspezifischen Antagonisten bzw. Rezeptorenblockern das Feld teilen müssen. Hier müssen randomisierte Studien an definierten Gruppen (Alter, Ursache, akut oder chronisch, Stadium der Insuffizienz usw.) klarere und einheitlichere Richtlinien erbringen als sie an der Jahrtausendwende vorliegen.

Dies führt zum derzeit modischen Konzept der „Evidence based Medicine“. Einzelbeobachtungen besagen bekanntlich nichts; schlüssiger sind schon „Consensus-Konferenzen“ von Spe-

zialisten. Wirkliche Aussagekraft hat nur der randomisierte klinische Versuch einer Scheinbehandlung gegenüber „Placebo“, das auch per se schon Wirkungen – je nach Indikation von etwa 20 bis 50 % erbringt¹⁵ – oder gegen eine anerkannte Standardbehandlung. Diese Form der Untersuchungen auszudehnen – unterstützt durch Metaanalysen an ähnlich behandelten, aber nicht homogenen Patientengruppen – wird eine wesentliche Aufgabe der Zukunft sein.

Bei den Infektionskrankheiten dürfte der Wettlauf zwischen (multi-)resistenten Erregern und Chemotherapie noch viele Jahre weitergehen. Die Antibiotikaresistenz ist sozusagen ein Kleinmodell für DARWINS „Surviving of the fittest“. Bei der Malaria scheinen am Ende dieses Jahrtausends multiresistente Parasiten zu dominieren. Eine Ursache ist z.B., daß therapeutische Neueinführungen vorzeitig zur Prophylaxe verwendet werden und damit die Entwicklung von Resistenzen begünstigen. Um so wichtiger ist die Entwicklung aktiver Schutzimpfungen. Sie machen z.T. die aufwendigere und von unerwünschten Wirkungen belastete Chemotherapie überflüssig. Weitgehend ausgerottet sind damit z.B. die Pocken (*Variola*) und die Poliomyelitis. Bei der bereits genannten Malaria oder der Cholera läßt ein praxisfähiger und langfristig wirksamer Impfstoff noch auf sich warten. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich auch in absehbarer Zeit bei rasch mutierenden Erregern wie der (echten) Grippe und bei AIDS (HIV-Infektion). Nach einzelnen Mitteilungen sollen vom HI-Virus über ½ Dutzend Mutanten beim gleichen Patienten nachgewiesen worden sein. Die Resistenz dieser Viren hat zu einer den Gesamtorganismus belastenden Polychemotherapie geführt. Ähnliches gilt für die Onkologie, in der die wichtigsten Zytostatika schon seit Jahrzehnten im Gebrauch sind. Kombinationen von 6 Substanzen und mehr sollen die Wirksamkeit steigern, ohne die meist substanzspezifische Toxizität zu erhöhen. Gerade in der Onkologie könnten aber neue molekularbiologische Erkenntnisse zu ganz neuen Ansätzen führen.

IV. Ethische Probleme

Vor jeder diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme muß der Arzt sich 3 Fragen stellen: Was kann ich tun? Was soll ich tun? Was darf ich tun? Die zweite und dritte Frage betreffen die ärztliche Ethik. Die heute so viel beschworene Ethik kann ganz verschiedene Grundlagen, auch Verbindungen aus ihnen haben: Allgemein-humanitäre – religiöse – weltanschaulich-ideologische. Deshalb fallen auch die Antworten der im Heilauftrag verbundenen Partner Arzt und Patient recht verschieden aus. Ohne hier auf die Grundlagen und Formen der oft – auch bei Mitgliedern von „Ethik-Kommissionen“ – erstaunlich wenig bekannten „Allgemeinen Ethik“ einzugehen (wertneutrale Übersicht u.a. bei RICKEN¹⁶) sei vorweg daran erinnert, daß unser Gewissen leider nicht in gleichem Maße „ausgereift“ ist wie unsere Technik. Auch muß man damit rechnen, daß technisch Mögliches, unter welchen Voraussetzungen auch immer, irgendwann, irgendwo auch gemacht wird. HENN und SCHROEDER-KURTH¹⁷ haben das treffend als die „Macht des Machbaren“ bezeichnet. Probleme sind vor allem durch die Reproduktions-Medizin und durch die molekulare Genetik zu erwarten. Die Reproduktionsmedizin und ihre vielen Probleme sind gerade in „Imago Hominis“ in den letzten Jahren unter vielfältigen Aspekten beleuchtet worden, so daß einige notgedrungen kurze Bemerkungen in diesem Beitrag fehl am Platze wären. So soll die im II. Abschnitt angesprochene molekulare Genetik im Vordergrund stehen. Auch auf diesem Sektor sind im nächsten Jahrhundert schwerwiegende grundsätzliche und praktische Auseinandersetzungen von Wissenschaftlern und z.B. den christlichen Kirchen (vor allem der katholischen) zu erwarten. Unbestritten sind bisher die Organtransplantationen (Herz, Leber, Pankreas, Lungen, Nieren, Teile der Augen, Knochenmark) von fremden, meist einem Unfall erlegenen Spendern. Das Gleiche gilt für die Einbrin-

gung gesunder funktionsfähiger Zellen – auch über Vorbehandlungen und genetische Veränderungen – in Gewebekulturen. Eine Transplantation des Gehirns ist bis heute technisch nicht möglich, könnte aber in einigen Jahrzehnten oder Jahrhunderten möglich werden. Was erfolgt, wenn dieses Identitäts-stiftende Organ übertragen wird? Können dann nicht – in Verbindung mit Fortschritten der Reproduktionsmedizin – Menschen gezüchtet werden? Ist ORWELLS „1984“¹⁸ nur um etwa 100 Jahre zu früh erschienen?

Im Unterschied zur Übertragung eines Phänotyps und der Bildung von Chimären sind genotypische Übertragungen zur Zeit in Deutschland verboten. Sie sind aber technisch durchaus möglich und kämen zunächst etwa für die Thalassemie und andere Hämoglobinopathien (für die m.W. schon 2 Versuche an Menschen vorliegen) in Betracht. Mit weiterer Erfahrung wäre vielleicht die häufigste Erbkrankheit, die zystische Fibrose (Mukoviszidose) eine Indikation, bei der allerdings viele verschiedene abnorme Allele bekannt sind.

Ein Großprojekt, vor allem amerikanischer Forscher, betrifft die Aufklärung des genetischen Codes. Vom menschlichen Genom mit seinen 50 000 bis 100 000 Genen (nach neuesten Schätzungen 80 000) und von verschiedenen Autoren auf 3×10^9 – 1×10^{10} geschätzten Basenpaaren¹⁹ sind zur Zeit über 20 000 bis 30 000 kartiert. Der Abschluß dieser Forschungen ist in 3-10 Jahren zu erwarten; die praktische Anwendung in größerem Umfang etwa um den gleichen Zeitraum später. Schon jetzt stehen DNA-Chips für eine Anzahl von Chromosomen-Anomalien zur Verfügung; schon jetzt kann in einzelnen Laboratorien eine „Präimplantationsdiagnostik“ angeboten werden²⁰. Die ethischen Konsequenzen einer feststellbaren Genompalette sind kaum absehbar. Können sie zur Grundlage einer embryopathischen Indikation der Abtreibung²¹ werden? Was ist wünschenswert, was ist Mißbrauch? Was geschieht, wenn kinderwillige

Paare sich einem Gentest unterziehen, und bei einem Partner ein pathologisches Gen gefunden wird? Wie viele Ehen werden geschieden werden, wenn bei einem Partner ein solcher (meist heterozygoter) Defekt festgestellt wird? Wie eröffnen das die Eltern ggf. dem späteren Nachwuchs? Es gibt spät sich manifestierende Krankheiten, z.B. die autosomal dominant vererbte Huntington'sche Chorea, (mit über 40 (statt normal 11-34, Median 19²²) repetitiven Triplets der DNA-Basen CAG), die häufig erst im 4.-6. Lebensjahrzehnt zu Erscheinungen führt. Sollen die betroffenen Personen nach einer Genanalyse ihrer zweiten Lebenshälfte entgegenstarren wie das Kaninchen der Schlange? Anders gefragt: Soll man sie zur Fortpflanzung und zu einer Familie kommen lassen, ohne sie genetisch beraten zu haben (was in diesem Fall meist Kinderlosigkeit bedeuten würde)?

Ein weiterer Aspekt: Was geschieht, wenn Staat oder Industrie, wenn Lebensversicherungen – mindestens bei höheren Ämtern oder bei hohen Versicherungssummen – eine DNA-Analyse verlangen? (Der Autor hat sich selbst vor Jahrzehnten für einen Krankenhausträger einem graphologischen Gutachten unterziehen müssen.) Kann die Gen-Analyse verweigert werden? Mit welchen Gründen? Was geschieht, wenn die Versicherer für „freiwillige“ DNA-Analysen eine viel günstigere Prämie gewähren? Der Genetiker HENN²³ diskutiert mit Recht die Probleme einer etwaigen „genetischen Diskriminierung“, z. B. auf dem Arbeitsmarkt, und des „Rechtes auf Nichtwissen“. Für den Betroffenen gilt, daß er Kenntnisse über seinen Gesundheitszustand für sich behalten kann. Das gleiche gilt auch für die „ärztliche Schweigepflicht“ (von der der Versicherungsträger, wie zur Zeit üblich, die Freistellung des Arztes zu verlangen pflegt). Dieser teilt ohnehin das Wissen mit den Hilfskräften, die z.B. eine DNA-Analyse erbringen, auswerten, speichern. Wie es mit deren Schweigen, etwa bei Personen öffentlichen Interesses, steht, haben wir leider oft genug erfahren.

Fragen über Fragen! Sie zeigen an einigen Beispielen, welche Fülle ethischer Probleme mit den zu erwartenden Fortschritten der medizinischen Technologie auf uns zukommen werden.

Referenzen

1. MADDOX J., *What remains to be discovered*, New York: The Free Press, 1998.
2. DIEHL V., ENGERT A., PARSE-PARSI R. (Hrsg.), *Medizin nach 2000. Notwendigkeiten, Realitäten, Visionen*, Internist 1999,40:345-413.
3. GANTEN D., RUCKPAUL K. (Hrsg.), *Handbuch der Molekularen Medizin*, Bd. I-Vff., Heidelberg: Springer, 1997-1999f.
4. GROSS R., LÖFFLER M., *Prinzipien der Medizin*, Heidelberg: Springer, 1997 und 1998.
5. ibidem
6. GANTEN, *Handbuch ...*
7. Zit. bei GROSS, *Prinzipien ...*
8. WEISSMANN C., *Prionen- neuartige Erkrankungen?*, 25. Symp.Ges.Fortschr.Inn.Med., Stuttgart: Thieme, 1999:173.
9. AGUZZI A. et al., *Pathogenese der Prionenerkrankung*, 25. Symp.Ges.Fortschr.Inn.Med., Stuttgart: Thieme, 1999:178.
10. GUINAN E., VASSILIKI A. et al., *Transplantation of antigen histoincompatible bone marrow Allografts*, N Engl J Med 1999,340:1704.
11. SCHWARTZ R.S., *The new Immunology- The End of immunosuppressive Drug Therapy*, N Engl J Med 1999,340:1754.
12. Vgl. GROSS, *Prinzipien ...*
13. ibidem
14. ibidem
15. GAULER T.C., WEIHRACH T.R., *Placebo*, München: Urban u. Schwarzenberg, 1997.
16. RICKEN F., *Allgemeine Ethik*, 3. A., Stuttgart: Kohlhammer, 1998.
17. HENN W., SCHROEDER-KURTH T., *Die Macht des Machbaren*, Dtsch. Ärzteblatt 1999,96:C1108.
18. ORWELL G., 1984, Köln, 1964.
19. Vgl. GROSS, *Prinzipien ...*
20. Vgl. HENN, SCHROEDER-KURTH, *Die Macht des Machbaren...*
21. BECKMANN R., *Embryopathisch motivierte Abtreibungen in Deutschland*, Imago Hominis 1998,3:189.
22. MARTIN I.B., *Molecular Basis of the Neurodegenerative Disorders*, New Engl J Med 1999,340:1970.
23. HENN W., *Die DNA-Chip-Schlüsseltechnologie für ethisch problematisch neue Formen genetischen Screenings?*, Ethik Med 1998,10:128.

Die Entwicklung der Chirurgie im letzten Jahrhundert

Peter BRÜCKE

ZUSAMMENFASSUNG

Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts hat sich die Chirurgie schwunghaft und zu einem sehr verbreiteten Therapiekonzept entwickelt. Die Entdeckung des Penicillins hat dazu wesentlich beigetragen. Die neuen Methoden der Diagnostik haben den Vorstoß in anderen Bereichen eingeleitet, die bisher medizinisch unzugänglich waren. Die Herzchirurgie und die Transplantationschirurgie gehören längst schon in den westlichen Industrienationen zum Standard. Trotz stürmischer Fortschritte sind die Ansprüche der Menschen noch größer, und nicht alle Patienten sind zufrieden. Deshalb in eine defensive Pseudomedizin auszuweichen, muß aber von Seiten einer seriösen Chirurgie abgelehnt werden.

Schlüsselwörter: Fortschritt, Entdeckung der Antibiotika, Diagnostik, falsches Anspruchsdenken

ABSTRACT

At the end of the past century and at the beginning of the present one surgery has undergone a flourishing development and it has become a widespread concept of the therapy. The discovery of Penicilline has been an essential contribution to this development. The new diagnostical methods have pushed forward into areas, which had been inaccessible for medical treatment. Heart surgery and transplantation surgery are already standard procedures in the Western industrial nations. Despite the rapid progress the expectations of mankind have become greater and not all patients are satisfied. Respectable surgery, however, must not change into pseudo-medicine.

Keywords: Progress, discovery of antibiotics, diagnostics, false expectations

Das 20. Jahrhundert ist immer wieder als das Jahrhundert der Chirurgie bezeichnet worden, da in der Effektivität der Behandlungsmethoden die chirurgische wohl eine der effektivsten geworden ist.

Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts hat sich die Chirurgie schwunghaft entwickelt und insbesondere die Bauchchirurgie und die der Oberfläche zu einem sehr verbreiteten Therapiekonzept entwickelt. Es hat an Untersuchungsmethoden damals vor allem die Anamneseerhebung und die klinische Erfahrung gegolten, und erst durch die Einführung der Röntgenstrahlen in die Allgemeine Medizin ist eine gewisse Diagnostik und Lokalisation von Erkrankungen durch Objektivierung und bildgebende Methoden entstanden. Wohl hat es schon Lösungsansätze der Gefäßnähte und auch kleinerer Herzprobleme, insbesondere angeborener, Anfang des 20. Jahrhunderts gegeben, aber eine weite Verbreiterung haben diese Methoden nicht gefunden. Hinderungsgründe der weiteren Verbreiterung war das Fehlen der Möglichkeit einer Asepsis, weshalb auch die Antisepsis mit dem berühmten Lysol-spray nach LISTER zuerst verwendet wurde.

Erst nach dem 2. Weltkrieg hat in Europa durch die Erfindung des Penicillins eine Antisepsis auf der Basis von Antibiotika begonnen, wenn man von den Sulfonamiden, die schon etwas vorher entwickelt wurden, absieht und die mehr auf originäre infektiöse Erkrankungen gerichtet waren.

Die Gefäßchirurgie hat sich erst mit Ende der 40-iger Jahre entwickelt und hier wurde von LINTON gezeigt, dass die körpereigenen Venen zur Verwendung als arterielle Ersatz geeignet sind.

Die Entwicklung von Prothesen oder auch gefrorener oder anderskonservierter menschlicher Gefäße hat zu einer weiteren Entwicklung geführt. 1956 ist dann der erste komplette Ersatz einer Bauchaorta als großes Ziel geglückt.

Das Herz ist wohl das letzte von der Chirurgie eroberte Organ gewesen, und es hat noch in

den 30-iger Jahren an vielen Orten das Prinzip gegolten, dass, wenn ein Herz freigelegt und berührt wird, dieses stillsteht und nicht mehr zum Leben erweckt werden kann.

Die Operation an den Brustorganen hat sich sehr langsam entwickelt und ist eigentlich erst durch die Einführung der sogenannten Intubationsnarkose – wo also künstliche Beatmung über einen Schlauch in die Luftröhre sichergestellt wird – möglich geworden.

Hier hat sich dann sehr bald eine Lungenchirurgie, sowohl bei der Tuberkulose als auch bei der bösartigen Erkrankung der Lunge entwickelt.

Die Tuberkulose hat hier an erster Stelle zu stehen, da diese ja im Ausgang des letzten Jahrhunderts und auch Anfang dieses Jahrhunderts eine Art Volksseuche, insbesondere unter der ärmeren, arbeitenden Bevölkerung gewesen ist.

Die bösartigen Erkrankungen der Lunge haben sich erst durch Einführung des Zigarettenrauchens von den 20-iger Jahren an rapide entwickelt und da vorerst nur unter den Männern und erst in den letzten 20 Jahren unter den Frauen, da die Rauchgewohnheit sich entsprechend von den Männern auf die Frauen verlagerte.

Durch die Entwicklung der Physiologie und Pathophysiologie hat man das Herz „in Angriff“ genommen und hier vorerst die Defibrillation (das heißt wenn ein Herz zu flimmern beginnt, hat man mit einem Elektroschock dieses Flimmern wieder beseitigen können). Dies war ein großer Fortschritt.

Dann war die Herz-Lungen-Maschine dran, die die Lunge und das Herz ersetzt und die Möglichkeit gab auch am offenen Herzen Operationen durchzuführen. Sie hat nun ein breites Feld an Operationen – erst angeborener Herzfehler, dann auch erworbener Herzfehler – ermöglicht.

Es wurden zuerst Herzklappen oder angeborene Defekte des Herzens operiert. So war im Kinder-Hospital in Bosten/Massachusetts eine der Pionierstellen, die sich bis heute als eine der

führendsten zur Operation von angeborenen Herzfehlern behauptet hat. Schon 1948 wurde dort mit diesen Operationen begonnen. Auch in Stockholm/Schweden war diese Form der Chirurgie schon sehr frühzeitig entwickelt worden.

Ende der 50-iger und Anfang der 60-iger Jahre waren an allen größeren Universitätskliniken herzchirurgische Aktivitäten festzustellen. Insbesondere nach Weiterentwicklung der Herz-Lungen-Maschine, bei der man die Oxygenation, die bioverträglichen Materialien und die Hämolysen in den Griff bekam, konnten diese Methoden auch mit wesentlich geringerer Gefahr für das menschliche Leben angewendet werden.

Mitte der 60-iger Jahre und Anfang der 70-iger Jahre entwickelte sich dann die Chirurgie an den Herzkranzgefäßen. Diese sehr verbreitete Erkrankung wurde dann zunehmend in allen westlichen Ländern mit der Herz-Lungen-Maschine mit großem Erfolg operiert, und hier gibt es fast unglaubliche Serien von über 400 Patienten ohne operative Sterblichkeit (Charles HAHN – Schweiz).

Gleichzeitig mit dieser operativen Entwicklung entwickelten sich zahlreiche verfeinerte Methoden in der Diagnostik.

Die Einführung des Herzkatheters durch den Chirurgen Forssmann war einer der weiteren Pionierschritte und in der Folge dann die Einführung der selektiven Koronarangiographie und der Bestimmung verschiedenster Herzgrößen.

Die Ultraschalldiagnostik führte schließlich dazu, dass die Herzhöhlen und die Herzklappen im Detail beurteilt werden konnten, und damit eröffnete sich ein riesiges Feld an neuen Operationsmöglichkeiten.

Der Höhepunkt war nun, dass es auch gelang, alte und älteste Patienten mit diesen neuen Operationsmethoden am Leben zu erhalten und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Raffinierte biochemische Methoden, Isotopenmethoden und schließlich die Einführung

der Computertomographie und der Magnetresonanztomographie führten dazu, dass praktisch jedes Organ – insbesondere auch das bewegliche Herz – zum Großteil ohne invasive Diagnostik mit dem Herzkatheter beurteilt werden konnte.

Schließlich versuchte man durch Abwenden von der Chirurgie mit über Herzkatheter durchgeführte Ballondilatationen oder auch innerer Schienung von einmal gedehnten Verengungen von der Operation wieder abzukommen.

Bis heute allerdings ist es nicht geglückt, auch nur einen Teil der Operationstätigkeit zu reduzieren, da die ausgedehnten Erkrankungen, welche mit der Dilatationstechnik nicht mehr behoben werden können, nach wie vor eine Domäne der Chirurgie sind und die Ausweitung der Indikation im Alter das auf der einen Seite weggenommene Terrain immer wieder auffüllte.

Heute stehen wir auf einem Stand, daß etwa 1200 herzchirurgische Operationen pro einer Million Einwohner als gängiger Standard gilt.

In den allerletzten Jahren sind nun neue Operationsmethoden entstanden, welche sicherlich das beginnende 3. Jahrtausend noch weiter intensiv beherrschen werden:

Dazu gehören Operationen an den Herzkranzgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine, dazu gehören die Zugänge durch kleinere Schnitte und dazu gehört auch die endoskopische Anwendung von Operationsmethoden im Bereich der Koronarchirurgie.

Wir haben gesehen, dass nicht jede Entwicklung auch immer eine Entwicklung für die Zukunft sein muss, sondern dass es Fehlentwicklungen gibt, die nach kurzer Zeit des Enthusiasmus auch wieder beendet werden:

Beispiele dafür sind also etwa die Ballondilatation von Stenosen der Aortenklappen. Dabei hat man gesehen, dass sich Stenosen mobilisieren lassen, und die unmittelbaren Effekte waren erstaunlich, sodaß zu hunderten derartige Dinge durchgeführt wurden. Nach 3 Monaten

waren alle diese Versuche wieder zum Scheitern verurteilt worden.

Eine weitere Sackgasse zeigte sich bei der Verwendung verschiedenster neuer Herzklappen, die zum Teil enthusiastisch eingesetzt und dann aber wieder verlassen wurden.

Diese negativen Erkenntnisse waren in vielen Bereichen sehr fruchtbar für die Weiterentwicklung.

Ein drittes Beispiel ist die endoluminale Laseranwendung bei Koronarstenosen. Das ist wieder gänzlich aufgegeben worden, da die Ergebnisse nicht den Erwartungen entsprochen haben. So sind auch andere Methoden der endoluminalen Therapie wegen nicht entsprechender Ergebnisse wieder verlassen worden.

Viele Methoden sind aber trotz anfänglicher Skepsis weiter entwickelt worden und haben zu unglaublichen Erfolgen geführt. Die Entwicklung der Medizin ist sicherlich nicht abgeschlossen, und die Entwicklung neuer Medikamente bzw. die Gentherapie und die Therapie mit gentechnologisch gewonnenen Substanzen werden sicherlich weitere Fortschritte machen, ganz besonders bei der Vorbeugung verschiedenster postoperativer Komplikationen oder auch Komplikationen von Seiten der Grundkrankheit.

Der seit rund 3 Jahrzehnten angesagte Niedergang der Chirurgie, insbesondere was die Herzkranzgefäße angeht, ist bisher nicht eingetroffen. Dies jedoch besagt nicht, dass sich nicht eines Tages in der Primärprävention derartige Methoden finden lassen, die eine Herzkranzgefäßchirurgie dann schließlich doch wegen des Fehlens der pathologischen Befunde überflüssig machen.

Eine rasante Entwicklung hat ein relativ kleines Gebiet in der Herzchirurgie durchgemacht, nämlich die Transplantationschirurgie. Hier ist ohne jeden Zweifel eine Grenze der Verfügbarkeit der Organe gegeben. Die Methode an und für sich hat sich außerordentlich bewährt und bei vielen tausend Patienten zum Weiterleben geführt. Auch die Entwicklung von Kunstther-

zen ist nicht stehen geblieben und hat zu erstaunlich langem Überleben solcher mit einer Pumpe versorgten Patienten geführt. Routinemässig wohl noch immer als Zwischenersatz vor einer Organtransplantation eingesetzt, aber es gibt Ansätze, wo diese Methode auch schon über Jahre als Dauertherapie angewendet wurde. Auch hier bleiben die Entwicklungen nicht stehen.

Die immer kleiner werdenden Wunden, die dem Patienten zugefügt werden, haben schließlich dazu geführt, dass nicht nur endoskopische Methoden sondern auch Robotermethoden zur Anwendung gekommen sind. Diese Entwicklung ist bei weitem nicht abgeschlossen und kann gegenwärtig noch nicht einmal auf ihre Zukunftsfähigkeit beurteilt werden.

Wie aus den genannten technischen Entwicklungen hervorgeht, ist die Technik sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie unglaublich weit fortgeschritten, in stürmischer Entwicklung und es besteht auch kein Grund, dass sich dieser Trend etwa verlangsamen könnte. Die immer wieder angeführte Unbezahlbarkeit der verschiedenen Methoden kann bisher auch nicht argumentiert werden, obwohl ganz klar ist, dass man auf das gesamte Bruttonationalprodukt auch in der Medizin Rücksicht zu nehmen hat.

Die Operationsmethoden sind ja durch die neue Technologie immer teurer geworden und zwar sprunghaft.

Obwohl die Gefährdung der Menschen durch einen Eingriff und die Mortalität in verschiedenen Bereichen immer geringer geworden ist, hat dies nicht zu einer erhöhten Zufriedenheit der betroffenen Patienten geführt. Ganz im Gegenteil, die Skepsis und die Ansprüche der Menschen sind immer größer geworden und eilen den Möglichkeiten der Medizin voraus.

Die Aufklärung und die heute übliche Finanzierung von Komplikationen hat auch zu erhöhter materieller Begehrlichkeit geführt, und heute wird ohne Gerichtsprozess etwa eine se-

kundär heilende Wunde, die in einer unschönen Narbe ausheilt, finanziell abgegolten trotz präoperativer Aufklärung durch alle möglichen Aufklärungsmethoden. Ohne Zweifel gibt es immer noch Komplikationen, an denen aktiv gearbeitet wird. Auch Irrtümer des Menschen sind nie auszuschließen.

Anfang des Jahrhunderts musste der Arzt – und hat dies auch getan – wenn er eine Diagnose stellen wollte, durch genaueste Erhebung von Anamnesen, physikalischer Untersuchung, Auskultation und Perkussion eine Diagnose bekommen, die schließlich sein Handeln in der Chirurgie auch wesentlich beeinflusste. Diese direkte Beschäftigung mit dem Patienten hat zur Bewunderung des Arztes geführt. Es waren auch nur wenige große Persönlichkeiten im Bereich der Chirurgie tätig.

Die Weiterentwicklung der Medizin bis zum heutigen Tage hat eben dazu geführt, dass zahllose Befunde erhoben werden, dass technische Diagnostik durchgeführt wird, die viel präziser ist als alles, was es bisher gegeben hat, aber die verantwortliche Beschäftigung mit dem Menschen viel geringer werden ließ, obwohl alle möglichen Anstrengungen unternommen wurden, um diese Manko zu beseitigen.

Auch ist das blinde Vertrauen in den „Gott in weiß“, wie es früher eindeutig der Fall war, einer sehr kritischen Haltung gewichen. Die Ursachen dafür sind ohne Zweifel zahlreich und liegen nicht unbedingt in Fehlern, die durch Ärzte bedingt sind, denn der Patient kann ohnehin selten objektiv seinen Chirurgen beurteilen, da er ja auf Äußerlichkeiten in seiner Beur-

teilungsfähigkeit angewiesen ist. Aber es hat sich eben eine andere Generation entwickelt, die natürlich von Fehlleistungen in der Öffentlichkeit mehr hört. Sie glaubt die sehr komplizierten und teilweise grandiosen Entwicklungen beurteilen zu können, wie sie nach wie vor stattfinden. Eine Entwicklung lässt sich nicht zurückdrehen. So lässt sich die technische Entwicklung auch nicht zurückdrehen und es lässt sich auch die Entwicklung der Bevölkerung, die nun mal in die o.g. Richtung gegangen ist, nicht rückgängig machen.

Es gibt nun mehrere Möglichkeiten damit zu leben.

Eine Entwicklung, die auch stattfindet, ist, in eine defensive Pseudomedizin auszuweichen, die die Worte „bio“ oder „alternativ“ beinhaltet. Auf der anderen Seite gilt es, eine seriöse Chirurgie weiter zu entwickeln, die nur auf Tatsachen und auf wissenschaftlicher Basis aufgebaut ist. Wenn wir dies tun, werden wir zumindest einen Teil unserer Patienten immer noch zufrieden stellen können, während wir auf der anderen Seite wohl anfänglich bewundert werden, wenn wir mit „bio“ und ähnlichen Dingen hantieren. Wir werden mystische, „chinesische“ Dinge aufnehmen, aber in der medizinischen Erfolgsstatistik keinen Schritt weiterkommen, denn diese Form der Medizin ist wohl in ihrem Heimatland auch heute weiter entwickelt und hat teilweise wissenschaftliche Anerkennung gefunden. Im Prinzip wurde sie aber seit Jahrhunderten angewendet und hat für die Gesundheit kaum einen Fortschritt gebracht.

Hoffnungen und Ängste angesichts der Jahrtausendwende

Johannes B. TORELLÓ

ZUSAMMENFASSUNG

Die unterschwellige Angst vor dem uns Unbekannten gehört zum Wesen unseres Daseins. Auf die Frage nach der Heilung dieser uns innewohnenden Angst antwortet allein der Glaube. Pathologische Ängste entwickeln sich auf dem Boden einer angespannten Lebensart und Egozentrik. Mit diesen haben es die Ärzte zunehmend zu tun, weil durch die fortschreitende Verdünnung des christlichen Glaubens ein Vakuum entsteht, in dem sich der Relativismus breit gemacht hat. Das ist die Voraussetzung für eine Fülle unterschiedlichster Ängste. Angst kann nicht unterdrückt oder frontal bekämpft werden. Sie muß angenommen werden und kann sich in der Erfahrung der Liebe, der menschlichen Liebe, aber vor allem in der Geborgenheit des Schöpfers, auflösen.

Schlüsselwörter: Angst, Relativismus, Glaube, Erfahrung der Liebe

ABSTRACT

The subconscious fear of the unknown is an essential part of our existence. Faith alone is the answer to the question of healing this interior fear. Pathological fear develops in the substrate of a stressful life style and egocentrism. Medical doctors have more and more to do with these cases, because the progressive silution of the Christian faith causes a vacuum which is filled up with relativism. This is then the starting point for many and various types of fear. Fear can not be suppressed or fought against. It has to be accepted, and by the experience of love, human love, but above all, by the sense of security from the Creator, be resolved.

Keywords: fear, relativism, faith, experiencing love

Sagen wir es im voraus, deutlich und ein bißchen plakativ: Nur die Dummen haben keine Angst. Denn es ist immer das Unbekannte und Unbegreifliche, das uns unvermeidlich ergreift, das Überwältigende, das doch um uns und auch in uns waltet, was den Menschen aus dem Gleichgewicht bringt, Schwindelzustände erregt und Angst entstehen läßt. Nicht nur die Welt und das unendliche All, die Geschichte und die gesamte Menschheit erweisen sich – trotz aller Errungenschaften der Wissenschaft – als voll von Rätself: Der Mensch selbst – dieses unbekannte Wesen – versteht sich nicht, denn Zwiespältigkeit und Widersprüche wuchern nicht nur in seinem Verhalten, sondern im eigenen Schoß, und das wirkt bedrohlich und daher beängstigend. „Unruhig ist unser Herz“, sagte AUGUSTINUS. Und die gewaltige Seherin aus dem England des XIV. Jahrhunderts, JULIANA VON NORWICH, beschreibt in schöner Sprache eine ihrer Visionen: „Gott zeigte mir ein kleines Ding, so groß wie eine Haselnuß, das in meiner Hand lag, und es erschien mir rund wie eine Kugel. Ich schaute es an und dachte: „Was mag das sein?“. Und es wurde mir die allgemeine Antwort gegeben: Das Geschaffene! Ich staunte, daß es bestehen konnte; denn ich dachte, es könne, so gering es war, leicht in nichts vergehen ...“. Genau das fürchtet der Mensch von heute, in dessen Hand die ganze Schöpfung wie nie zuvor liegt: es kann leicht in nichts vergehen.

Diese unterschwellige Angst vor dem uns Unbekannten gehört zum Wesen unseres Daseins, welches sich – wie THOMAS VON AQUIN es definierte – als ein Grenzwesen auf der Gratwanderung zwischen zwei Abgründen bewegt: dem Nichts und der Ewigkeit. Einerseits kann sich der Mensch, auf Grund seiner Größe, nicht verstehen: er ist als Ebenbild Gottes – des Unbegreiflichen – erschaffen (deshalb kann er sich nicht begreifen, betonte der Hl. AUGUSTINUS). Andererseits erfahren wir alle täglich unser Elend, die Ohnmacht Selbsterfüllung zu erreichen, das Böse in uns und im Nächsten

gegenüber dem Willen Gutes zu tun und gut zu sein ... und dieses Erlebnis erschreckt uns und läßt uns mit PASCAL sagen: „Welche Chimäre ist doch der Mensch? Welch Unerhörtes, welches Monstrum, welches Chaos, welcher Gegenstand des Widerwillens, welches Prodigium! Richter aller Dinge, stumpfsinniger Erdenwurm; Treuhänder der Wahrheit und Kloake des Unwissens und des Irrtums, Ehre und Auswurf der Welt ... Was wird aus dem Menschen? Wird er Gott oder dem Tier gleich sein? Welch abschreckender Abstand! Was wird doch aus uns? Wer sieht nicht aus alledem, daß der Mensch ortlos ist, daß er aus seiner Stelle herausgefallen ist, daß er sich ruhelos sucht, daß er sich nicht wiederfinden kann? Und wer wird ihn richtig hinweisen?“

Auf diese Frage nach dem Ursprung dieser uns allen innewohnenden Angst und deren Heilung antwortet allein der Glaube: er öffnet unseren Geist zur göttlichen Offenbarung über die Schöpfung und den Sündenfall, und über das Heil, das CHRISTUS brachte und das ER selbst ist (siehe II. Vatik. GS 4-10).

Nun aber stellt die Medizin seit ca. 15 Jahren fest, daß diese grundsätzliche Angst, bei besonders emotiven Menschen und unter gewissen Lebensumständen, als „Krankheit“ auftaucht, daß sie, scheinbar ohne Grund, plötzlich platzt, wie ein Sturm, wie eine vulkanische Eruption, deren Lava im Nu alles zu verbrennen und zu verzehren droht. Es ist die sogenannte „Panikattacke“, die ca. 15' dauert, und die die Ärzte heutzutage häufig in Anspruch nimmt und mit Medikamenten und Psychotherapien mehr oder weniger erfolgreich behandelt wird.

Wie jede Emotion zeigt die Angst eine körperliche Kehrseite, die je nach Person anders sein kann: Kopfschmerzen, Herzklopfen, Zittern, Übelkeit und vor allem Erstickungsgefühl ... denn das Wort Angst kommt aus dem lateinischen Ausdruck „angustia“, d.h. Einengung, Abschnürung, Strangulierung, Atemnot. Deshalb lobt die Weisheit der Psalmen Gott mit

den Worten: „Du hast mir Raum geschaffen, als mir Angst war“ (Ps 4,8). Bei Panikattacken sind die leiblichen Störungen unterschiedlich, aber immer dabei: das Erstickungsgefühl bringt einen beklemmenden Eindruck des nahenden Sterbens mit sich (diese Gefahr besteht aber nicht!). Sie haben keine organische Ursache, hinterlassen aber immer einen Zustand der Erwartungsangst (Angst vor der Angst), die krankhafter als die Attacke selbst sein kann.

Sowohl diese Angstanfälle als auch die sogenannten „generalisierten Angststörungen“ (die die alte Angstneurose FREUDS abgelöst haben, so KATSCHNIG, Wien) haben immer einen ausgeprägten personalen Charakter: sei es bezüglich ihrer klinischen Erscheinung, sei es bezüglich ihrer Entstehung. Diese Angstformen entstehen größtenteils auf dem Boden falscher Erziehungsmethoden (zu viel Härte oder zu viel weiche Verwöhnung). NESTROY bringt das Beispiel einer nicht seltenen Art Pädagogie, eine Angst durch eine andere vertreiben zu wollen: Eine Mutter sagt zum Hansi, der vor Gespenstern eine lähmende Angst empfindet: „Wenn'st mit'n Fürchten nicht aufhörst, so schicke ich den Schwarzen über dich mit'n großen Sack, da steckt er dich hinein und tragt dich in'n Wald hinaus“. Andere Ängste entwickeln sich auf dem Boden einer angespannten Lebensart, die ihrerseits auf starke Egozentrik zurückgeführt werden muß. Der Mensch, der sich um jeden Preis und über alles selbstwirklichen und sich behaupten will, ist wie kaum andere – sobald die unvermeidlichen Widerwärtigkeiten des Lebens erfahrbar werden – über kurz oder lang dem Angstsyndrom ausgeliefert. Und da helfen weder Ablenkung noch Konzentration, weder der Versuch, die Persönlichkeit zu stärken noch die Persönlichkeit aufzulösen, wie etwa im New-Age-Rausch. Die Ich-Zentrierung verursacht immer Schwindelzustände, Gleichgewichtsverlust, Angst. Nicht wenige Ängstliche projizieren die ihnen tief sitzende Angst auf bestimmte Gegenstände, Situationen, Tiere, Menschen oder Gespen-

ster jeglicher Art: Schuld sind immer die anderen, das Schicksal, die Götter oder Gott: es ist die paranoische Flucht aus dem verantwortungstragenden Ich. Dazu tragen Weltlage und herrschende Weltanschauungen stark bei. Daher haben Ärzte, Psychotherapeuten und Seelsorger am Rande des nächsten Millenniums hauptsächlich mit gewissen Formen der Angst zu tun.

Gegen Ende des ersten Millenniums war das Abendland durch und durch christlich, und da herrschte die Meinung, daß das Ende der Welt gerade mit diesem Zeitabschnitt stattfinden würde, aber die Christen sahen die Apokalypse nicht als erschreckende Katastrophe, sondern als endgültigen Sieg des Gerechten, als Ankunft des neuen Himmels und der neuen Erde, wo Gott – die Liebe – alles in allem sein wird. Gewiß würden dabei das Alte, die Weltmacht des Bösen und alle Machenschaften des erscheinenden Antichristen gewaltsam gestürzt und zerstört, aber vor allem geht es um den erwarteten, aber auch erstaunlichen Triumph des Guten, Wahren und Schönen Gottes und um das Ende unserer Misere. „Da das Reich Gottes schon anbricht“, dachten die damaligen Christen, „seien wir dessen bereits würdig“, so bereiteten sie die Welt dafür vor: Sie stifteten überall Frieden – nicht als sentimentale Pazifisten-Bewegung, sondern als Vorwegnahme der göttlichen Ordnung –, sie entfalteten sich mit unglaublicher Vitalität: die Bevölkerung nahm zu, die Wirtschaft blühte, große Dome wurden gebaut und zahlreiche Klöster gegründet. Die christliche Hoffnung stellt tatsächlich keine Flucht nach vorne dar: sie spornt den Einsatz im Diesseits an!

Für den apokalyptischen Christen am Rande des 2. Millenniums war die Vorstellung vom bevorstehenden Ende der Zeit nicht jene der Vernichtung, sondern der Erwartung auf Erfüllung.

Nun ist unsere Lage anders: Die fortschreitende Verdünnung des christlichen Glaubens als Fundament der Verfassung aller Staaten, die

seit langem nur „wertfreie“ Gesetze erlassen – man könnte sie auch als „wertlos“ bezeichnen – läßt ein Vakuum, eine bisher nie vorhandene Ungeborgenheit entstehen, die Angst in verschiedenen, immer verbreiteteren Formen erzeugt.

Schon in den 40iger Jahren dieses gottlosen Jahrhunderts entfesselte eine technisch vollkommene Radiomeldung über eine Weltkatastrophe, die das Ende der Menschheit zur Folge hätte, in den USA eine Welle der Verzweiflung und der Selbstmorde in großem Ausmaß! Jetzt an der Schwelle des 3. Millenniums, stellen wir noch keine massenhafte Erschütterung des Gemütes fest, sondern vereinzelte, auf Kreise von einfältig Exaltierten reduzierte Angstausbrüche: So wurde schon gemeldet, daß zahlreiche Amerikaner sich vor einem Versagen der Computertechnik am Jahresende fürchten, die sie lahmlegen, ja lebensunfähig machen würde. Und es ist die Nachricht von gestern, daß Endzeitsekten in Großbritannien Hochkonjunktur haben, und daß verirrte Seelen in der neuen „Church of Diana“ Frieden suchen und auf die neue Bibel, die die Prinzessin aus dem Jenseits dem Gründer ihrer Kirche diktiert, warten. Man sieht es ein, daß dort, wo Gott verschwindet, es sofort von den lächerlichsten Götzen wimmelt! (Max SCHELER)

Unser Europa – prächtig-rachitisches Erbe des großen Abendlandes – hat nicht nur nicht mehr die Stütze der christlichen Hoffnung: es ist nach dem Zusammenbruch der Ideologien und Utopien, die von der alten Aufklärung abgeleitet wurden – Rationalismus, Idealismus, Marxismus, Fortschrittsgläubigkeit, Wissenschaftsaberglaube usw. – einem totalen Relativismus verfallen, den der deutsche Philosoph Robert SPAEMANN „banalen Nihilismus“ nennt. Für den herrschenden Relativismus gibt es keine Möglichkeit, die objektive Wahrheit, ja die Wirklichkeit zu erkennen, keinen Wert, der nicht Illusion ist. Dadurch erwies der Zeitgeist seine Humorlosigkeit (AVERINTSEV), denn der Humor blüht und gedeiht nur dort, wo fe-

ste Überzeugungen walten, und dazu noch erzeugte diese Haltlosigkeit das Wunschbild einer sogenannten liberalen Gesellschaft, in der „nichts für wirklich gehalten wird als Lust (die um jeden Preis anzustreben ist) und Schmerz (der auch um jeden Preis auszurotten sei)“. Da die internationale Technokratie, die Weltorganisation für die Gesundheit, diese als „totales Wohlbefinden – physisch, psychisch und sozial –“ definiert hat, geht man von der Wirklichkeit des Daseins weg, um in die neue Utopie einzutreten: die Menschheit ohne Leid und ein Leben, das nach Belieben fortgesetzt werden könne. Bemessen nach dieser Auffassung der Gesundheit, nach restloser Beseitigung jeder Art des Leides, bildet sich unter unseren Augen eine „Kultur der Analgetika“ (KOLAKOWSKY) d.h. der schmerzstillenden Mittel, wofür viele Milliarden ausgegeben werden, und die von der Medizin und deren Technologie und Pharmakologie immer mehr verlangt. Religion und gesunde Philosophie haben ja seit eh und je nicht triviale Resignation dem Leid gegenüber gelehrt, sondern Annahme des Lebens, so wie es ist – mit allen damit verbundenen Einschränkungen, Unannehmlichkeiten und Schmerzen – als „Leistung“, als Anregung einer höheren Einstellung, als Emporhebung der Person auf die Ebene des „Seins“ gerade durch Begrenzung des „Habens“: Das Kranksein kann die Entdeckung von Werten fördern, ja es öffnet neue Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, der Selbsthingabe und sogar der Kreativität. Das Dulden erweist sich als höchste Aktivität der menschlichen Freiheit des Geistes über allen leiblichen und seelischen Zuständen (Max SCHELER, Médard BOSS, Viktor FRANKL) und bei religiös Leidenden als das Höchste, dessen der Mensch fähig ist: in einem und demselben Willensakt den Willen Gottes mit dem Willen des Menschen zu vereinigen (Max SCHELER).

Der relativistische Zeitgenosse ist blind vor dieser Größe und will nicht nur jeden leiblichen Schmerz schnell und restlos beseitigen, sondern „pathologisiert“ jede Schwierigkeit

und jede Widerwärtigkeit, die die Existenz auf Erden mit sich bringt: die Kinderlosigkeit, die Menopause, jede körperliche Unschönheit, jede Traurigkeit, jede Angst, jede Ehekrise, jedes Versagen im Beruf und sogar jede sportliche Unzulänglichkeit: all das wird als „Krankheit“ bezeichnet und erlebt: die Medizin muß Heilung und Glück bringen!

In Österreich, wo „G'sundheit ist Hauptsache“ wörtlich genommen wird, wuchert es in allen Medien von täglichen Warnungen, Rat-schlägen, Vorsichtsmaßnahmen und Rezepten, aus mehr oder weniger Kompetenten in Sachen der volkstümlichen und der naturwissenschaftlichen Heilkunde, gemischt mit Horoskopern und okkultischen Pseudoweisheiten. Es wird allmählich ein „Land der Hypochonder“.

Die Angst nimmt zu. Unsere naturwissen-schaftliche Medizin, die erst in unserem Jahr-hundert (1938) die Antibiotika entdeckte und damit die Menschheit von Infektionen, auch von dezimierenden Seuchen und hoher Kinder-sterblichkeit befreit hat, und eine Chirurgie entwickelte, die das vor wenigen Jahrzehnten Undenkbare leistet, erweist sich heute aber als ohnmächtig vor den Scharen von Leidenden, die sie in die Schublade des „Psychosomati-schen“ wirft. Diese Patienten oder Klienten, bei denen die perfektesten Apparate keine orga-nische Krankheit feststellen können, wandern von einem zum anderen Mediziner – „die eigent-lich keine „Ärzte“ mehr sind, da sie keine Zeit für persönliche Gespräche haben und nie das Verhältnis zum je einmaligen Leidenden lernten“ (- so der Nestor der Wiener Medizin K. FELLINGER), suchen oft in den überfüllten Apotheken Rat und die neuesten Pharmaka oder vertrauen sich Heilspriktern und Esote-rikern an. Man fürchtet sich auch vor dem bü-rokratischen Räderwerk der Krankenhäuser, wo Computer fast alles bestimmen und die menschliche Begleitung und Geborgenheit dem – Gott sei Dank oft herzlichen – Helferpersonal anvertraut ist. Sowohl die ur-sprüngliche und eigentliche Aufgabe der Medi-

zin (Förderung des Lebens, Befreiung und Lin-derung von Krankheit) als auch die uner-meßliche Nachfrage der hedonistischen Gesell-schaft zeigen sich am Ende dieses Millenniums als unerfüllt und lassen überall typische Ängste auftauchen.

Von einer anderen Form der Angst der Men-schen in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts muß, leider nur sehr kurz, die Rede sein. Der nicht nur wirtschaftliche **Trend zum Übergro-ßen und Übergreifenden**, die mehr oder min-der tief schürfende Union von Ländern mit verschiedener Geschichte und Kultur, die zu-nehmende Globalisierung und Fusionierung auf jeder Ebene (Politik, Verwaltung, Land-wirtschaft, Gesetzgebung usw.) kann ja der Förderung des Friedens und der Geschwisterlichkeit, der Überwindung von dummen Nationalismen und mörderischen Rassismen und zum Aufbau multikultureller Großgemeinschaften, wo gegenseitiges Ver-ständnis und wechselseitige Bereicherung an-statt Konkurrenz, Zank und Vorurteilen ermöglicht werden, dienen. Aber alte, traditi-onsreiche, bodenständige Volkseinheiten und auch einzelne Personen empfinden Angst vor dem Gigantischen, dem Gleichmachenden und Identitätszerstörendem, auch weil die Macht in einer immer kleineren Zahl von Händen liegt, weil lebenswichtige Entscheidungen von an-onymen Bürokratie-Apparaten getroffen wer-den, weil ein einziges Parlament Gesetze für viele Volksgemeinschaften erläßt, die zu stum-men Ja-Sagern degradiert werden.

Diesem Vorgang stellen sich nicht nur die Hochschätzung und Lobpreisung des Kleinen (small is beautiful) entgegen, sondern auch eine zentrifugale, lokalistische Zersplitterung. Die Angst vor dem Verlust des Eigenen, des Kultu-rellen, Familiären, ja sogar des Personalen steigt sich von Tag zu Tag: von den sizilianischen Orangen, die ins Meer geworfen werden müs-sen bis zur allgemein regulierten Tötung von Neugeborenen und Greisen ausgehend, erschreckt zahlreiche Europäer die Monströsität

einer Riesenverwaltung, die die meisten weder verstehen noch beeinflussen können. Diese ist eine der neuen Ängste des Menschen am Ende des 2. Millenniums. Davon gibt es zahlreiche, wie z.B. Angst vor jeglichen Manipulationen, vor der Bevölkerungsexplosion, die nun in jene der Überalterung übergegangen ist, Angst vor Ufos, vor Aids, vor bösen Geistern und Dämonen, Angst vor den Journalisten, ...

Aber, um die Beschreibung der Grundformen der Angst nicht zu sehr auszudehnen, werden wir nur zwei davon kurz erwähnen. Zunächst die Angst vor der Technik: Die Technologie schuf in ihrem Anfang Großes, Mächtigeres als alles, was der Mensch konnte: Lokomotiven, Industriemaschinen, Wolkenkratzer, Rechenapparate, die die Arbeit von zahlreichen, optimalen Mathematikern, Physikern und Chemikern präziser und zig-mal schneller liefern; Automaten, die das Weltall Tag und Nacht erforschen, Kraftfahr- und Flugzeuge ... Die Angst vor diesen Ungeheuern legte viele Menschen lahm und ließ die „laudatores temporis acti“ (die Lobpreiser der alten guten Zeiten) rührend singen. Nun wird die Angst vor dem Übergroßen von jener vor dem Kleinsten begleitet (Atom, Virus, Gen, elektromagnetische Strahlen).

Diese Angst richtet sich an die Technologie – die doch die Menschen auf dem Mond spazieren und das Fernste zu Hause sehen läßt – und nun das Kleinste, Unsichtbare bereits aufwühlt und nach Belieben lenken will... Dieses Kleinste fasziniert und beunruhigt in einem... denn es berührt auch die tiefste Schichte des Menschen: das Mikrobiologische und das Seelische. Die Technik – durch die Maschinen, die sie immer wirksamer entwickelt – erweckt den Traum der „Machbarkeit aller Dinge“ und sogar den seltsamen Vorstellungszwang, daß alles, was gemacht werden kann, auch gemacht werden soll. Man hat Angst vor dieser modernen Übermacht der Technik, die die ganze Erde tatsächlich vernichten kann. Ja, die Technik wird vorschnell als inhuman angeprangert, aber sie

ist eine Errungenschaft der Humanen, die immer mehr de facto dem Befehl des Schöpfers, über die Natur zu herrschen, nachkommen.

Im 1. Kap. des Genesisbuches lesen wir, daß Gott den Menschen, Mann und Frau, als sein Abbild schuf und zu ihnen sprach: „Vermehrt euch, bevölkert die Erde und unterwerft sie euch“ (1,28), und im 2. Kap. (2,15) wiederum: „Gott setzte den Menschen in den Garten Eden, damit er ihn bebaute“ ut operaretur terram. Vor dem Sündenfall wird der Begriff „operare“ verwendet, nach dem Sündenfall „laborare“ (mit Mühe arbeiten). So muß die Bearbeitung und die Beherrschung der Natur durch den vernünftigen Einsatz des Menschen – also durch fortschreitendes Wissen und die davon abgeleitete Technik – im Rahmen der „allgemeinen Berufung zur Heiligkeit“ verstanden und verwirklicht werden. Die Erde zu bearbeiten ist Wille Gottes: derselbe, der die Heiligung des Menschen will (1 Thess. 4,3). Die Entgegensetzung von „vita contemplativa“ und „vita activa“ hat es jahrhundertlang selten begriffen. In unserem Jahrhundert, im sogenannten „Zeitalter der Angst“ ertönte gegen Ende der 20iger Jahre die Verkündigung eines Bahnbrechers der Laienspiritualität – des Sel. Josefmaria ESCRIVÁ – die die Arbeit innerhalb der weltlichen Strukturen, sei sie unauffällig oder spektakulär, emporhob auf die Ebene des zu Heiligenden („Alles, was ihr tut, tut es im Namen des Herrn“, Kol. 3,17), ja, als Tätigkeit, die den Arbeiter heiligt (mit dem Willen Gottes vereint) und die Welt zu heiligen hat (die sog. „consecratio mundi“ wie es 30 Jahre später das II. Vatik. Konzil feierlich proklamierte: siehe bes. LG 31, und G.S. Kap. 3).

Es scheint, daß die Macht des Menschen ihren Höhepunkt erreicht hat: Wir müssen über unser Schicksal entscheiden: für das Leben oder für den Tod. Es ist die Zeit der Reife, der Freiheit und der Verantwortung im größten Ausmaß (E. MOUNIER). Man sollte erkennen, daß die Technik an sich neutral ist, zugleich bewundernswert und banal: alles hängt vom

Gebrauch oder Mißbrauch derselben ab. Alles hängt vom Menschen, der sie erfand und benützt, ab: Er muß humaner werden, nicht die Technik und ihre Maschinen, von denen niemand verlangen kann, was sie nicht geben können.

Erkennen muß man auch, daß viele negative Auswirkungen – meistens Nebenwirkungen – des technischen Fortschritts, wie z.B. Umweltverschmutzung, als Kinderkrankheiten betrachtet werden müssen – wie in der Fabel des Zauberlehrlings: „Die ich rief, die Geister, werde ich nun nicht los“ – ... die Technik selbst hat sie bereits größtenteils geheilt und wird es hoffentlich weiter tun (Die technisierte Welt ist insgesamt viel sauberer geworden als in den vergangenen Zeiten und niemand würde auf die zahlreichen Maschinen verzichten, die unsere Städte und Wohnungen hygienischer und angenehmer gemacht haben).

Das romantische „Zurück zu den alten Quellen!“ vergißt, daß diese Quellen früher allerlei Seuchen verbreiteten, die das Menschenleben durchschnittlich zum Frühsterben verurteilten.

Die Angst ist an sich ein nützliches Alarmsignal gegenüber Gefahren, aber sie ist keine gute Beraterin, weil sie zu instinktiv, zu emotionell, zu unvernünftig ist und zu Kurzschlußideen und –handlungen führt. Viele Technologie-Feindseligkeiten sind infantile Reaktionen, wie jene des Kleinkindes, das, verletzt von einem Spielzeug, es wütend zerstört. Vernünftig reif sollen wir werden im Umgang mit unseren Maschinen und nicht bloß „erhabene“ Verächter derselben: Lernen müssen wir den verantwortlichen Gebrauch z.B. von Internet, das Pornographie in die Familienwohnung bringt, aber auch die gesamte Lehre der Heiligen AUGUSTINUS und THOMAS VON AQUIN, worüber früher nur Experten und „Bibliothekrat“ äußerst mühsam verfügten und zu eigen machen konnten.

Man muß „assimilieren“ und meistern lernen, nicht wegwerfen! Es ist anstrengend, sogar

„heroisch“ anstrengend, aber der Mensch, und vor allem der Christ darf vor den eigenen Fähigkeiten nicht zittern, sondern muß das Gewissen verfeinern (das Lehramt der Kirche achtend) und um das Licht und das Feuer des Hl. Geistes ständig bitten. Weder die Naivität der alten Aufklärer, die den Fortschritt anbeteten, ohne die Richtung desselben zu erkennen und bestimmen zu können, noch der ängstliche Immobilismus oder die Pseudo-Poesie der „Sakralen Natur“-Zurückschauer ist der richtige Weg!

Das Christentum gerade hat die Natur entmythologisiert, d.h. sie von Kobolden, Gnommen und Dämonen gesäubert und in die Hand des Menschen gelegt. Der Mensch von heute muß – nach dem Aufklärungsrausch, der den Naturwissenschaften einen „Totalitätsanspruch“ einräumte (JASPERS) – den Platz der Naturwissenschaft neu definieren (SPAEMANN): Sie selbst kann sich ihn nicht festlegen. Da gilt nur die Ethik, die den Menschen als Selbstzweck (niemals als Mittel) erkennt und der Glaube, der die Würde der Person in ihrer Beziehung zum personalen Gott letzten Endes begründet, sieht und bejaht. Wenn dieses Primat der Menschenwürde in allen Lebensbereichen unserer wissenschaftlich-technischen Zivilisation und die Menschenrechte als Schutz der Menschenwürde überall resepektiert werden, dann wird sich diese typische Angst unseres Zeitalters auflösen, auch wenn dieser ersehnte hochmoralische Zustand der Welt immer vom Bösen verführt, verletzt und umgekippt werden kann. „In dieser Welt, hat Jesus gesagt, werdet ihr immer Bedrängnis erfahren, aber habt keine Angst, ich habe die Welt besiegt“ (Joh. 16,33). Und später sprach er zum himmlischen Vater: „Ich bitte nicht, daß du sie aus der Welt nimmst, sondern daß du sie vor dem Bösen bewahrst“ (Joh. 17,15).

Schließlich soll von einer anderen Grundform der Angst gesprochen werden, die in unserer Zeit herumgeistert und unsere Gesellschaft vergiftet: die Angst vor jeder Bindung,

insbesondere vor der Ehe. Fritz RIEMANN nennt diese Grundform: Angst vor der Selbsthingabe, m. E. mit vollem Recht. Es ist verständlich, daß, wo Menschen vom erwähnten Relativismus und miteingeschlossenen Nihilismus beherrscht sind, es nichts und niemanden gibt, der Vertrauen erweckt und verdient. Freiheit, die allein als Ungebundenheit aufgefaßt wird, steht logischerweise im Gegensatz zur Liebe, die wesentlich nach Verbundenheit und sogar Einheit verlangt. Bei jeder Trauung hört man das Murren der Skeptiker am Ohr der Brautleute: „Nun seid ihr nicht mehr frei“. Und es ist wahr und nicht wahr zugleich, denn jede freie Handlung bringt einen gewissen Freiheitsverlust mit sich: Wer auswählt, verliert in diesem Augenblick die Fähigkeit auszuwählen und ausgewählt zu werden: der ist nicht mehr frei, nicht mehr verfügbar. Aber der Mensch, der seine uneingeschränkte Ungebundenheit, seine absolute Freiheit behalten möchte, müßte eigentlich auf jede Handlung, auf jede Entscheidung, auf jede Liebe, ja, auf das Leben schlechthin verzichten.

Die Freiheit, die den Menschen als Ebenbild Gottes auszeichnet und kennzeichnet, ist, als Ungebundenheit, sozusagen zum Sterben bestimmt: Alles hängt von der Ebene, worauf sie geopfert wird, ab: unten die Sklaverei, oben die Liebe. Und darin besteht die Größe der menschlichen Freiheit: sie bietet uns die Möglichkeit des bedingungslosen Einsatzes, der endgültigen Wahl, der restlosen Hingabe... für die der Mensch geschaffen worden ist. Unser Dasein ist wesentlich Mit-Sein (BINSWANGER). Die Person ist Gabe und Hingabe, Selbstbesitz (Freiheit) und Offenheit, Ich und Beziehung zum Du: Man ist als mit, man verwirklicht sich nur durch die Hingabe an den anderen. Bindungsscheue vor lauter Vorsicht, an totale Sicherheiten Vernarrte, Argwöhnische und Pessimisten aller Art entfremden sich vom realen Leben... welches immer Abenteuer, Wagnis, Kunstwerk, ja ein göttliches Spiel ist, das jede Vernünftelei und jede Berechnung über-

steigt und verblüfft. Johann NESTROY hat es einmal scharfsichtig und köstlich ausgedrückt: „Nur bei der Linie der Gefahr kommt man hinaus ins Freie des Vergnügens. Wer sich scheut, diese Linie zu passieren, der bleibt ewig in der staubigen Vorstadt der Langeweile hocken“... der Langeweile und der Angst, ja, „der Neurose unserer Zukunft“, wie der große Züricher Psychotherapeut M. BOSS in der Mitte dieses Jahrhunderts vorausgesagt hatte. Ernster, erbarmungsvoller und für alle Zeiten hat Jesus es erklärt: „Wer sein Leben retten will, wird es verlieren“.

Es geht aber im Grunde nicht um die Freiheit, sondern um die Eigensucht, welche den Menschen in sich verschließt und zur neurotischen Einengung, zur Erstickung verurteilt. Man fürchtet sich vor den unvermeidlichen Frustrationen des Lebens, und man frustriert sich selber von vornherein. Personale Liebe, die indirekt Selbsterfüllung bringt, fordert Bedingungslosigkeit und endgültige Bindung und Entfaltung im großen Ganzen der Familie... Andere flottierende „Lieben“ – die nur „Liebeleien“ sind – fördern die heute grassierenden Neurosen unter Menschen, die von den strengen Geboten und Tabus der Sexualrevolution der 60iger bis 70iger Jahre noch belastet sind. Eine „Kultur der Liebe“ (nach der glücksversprechenden, anthropologisch tief fundierten Lehre des Papstes) muß noch entstehen, die dem Realismus der Person, der Familie – als Gemeinschaft von Personen – und der Gesellschaft entsprechen, und all diese Wirklichkeiten im Dienste des Lebens fördern wird.

Man muß es erkennen: Entweder die Liebe oder das Nichts... und die Angst.

Die Angst kann nicht unterdrückt, frontal bekämpft, besiegt oder überwunden werden. Sie muß **angenommen** werden – wie der Tod, auf den sie immer hinweist – als Sold der Sünde, als Begleiterin unserer irdischen Existenz... Sie aber **verschwindet**, löst sich geräuschlos auf, wo der Mensch die höhere Geborgenheit der Liebe des Schöpfers und der närrischen Lie-

be des Erlösers in einem Leben aus dem Glauben täglich erfährt. „Die vollkommene Liebe vertreibt die Furcht“, sagte JOHANNES lapidarisch (Joh. 4,18), auch die menschliche Liebe, welche aber ihre festen Wurzeln und ihre höchste Blüte in der Gottesliebe zu finden vermag.

Die eingangs zitierte Vision der JULIANA VON NORWICH befreit auch die angstbeladene Feststellung der Niedrigkeit, ja bedrohliche Nichtigkeit der ganzen Schöpfung folgenderweise: „So gering, wie (das ganze Geschaffene) war, daß es könne leicht in nichts vergehen... Mein Verstand erhielt die Antwort: ‚Es besteht und wird bestehen, weil Gott es liebt‘, und so hat alles das Sein durch die Liebe Gottes.“

Am Ende dieses Millenniums hat uns der Papst empfohlen, Gott als den Vater aller zu betrachten: ER ist allmächtig und Vater – was für ein Glück! Wenn diese erste Feststellung unseres Glaubensbekenntnisses zur Erfahrung wird, dann ereignet sich, was der Sel. Josefmaria ESCRIVÁ überall verkündete und ausstrahlte: Man hat keine Angst mehr, weder vor dem Leben noch vor dem Tod, und auch nicht vor Gott, denn ER ist mein Vater.

LITERATUR

1. AUGUSTINUS, *De symbolo*, c.1; *Bekenntnisse*, Buch X
2. AVERINTSEV Serguei, *Humorlosigkeit des Zeitgeistes*, in: *Konturen. Das Magazin zur Zeit*, Wien, 1997.
3. BOSS Médard, *Einführung in die psychosomatische Medizin*, Bern, 1954.
4. CONDRAU Gion, *Aufbruch in die Freiheit*, Wien, 1979.
5. CHESTERTON G.K., *Was Unrecht ist an der Welt*, München, 1924. *Ketzer*, Frankfurt a. M., 1998.
6. ESCRIVÁ Josefmaria, *Christus begegnen*, Köln, 1978. *Im Feuer der Schmiede*, Köln, 1987.
7. FELLINGER Karl, *Vortrag*, Bericht im „Kurier“, Wien, 1.3.1979.
8. FRANKL Viktor E., *Homo patiens*, Wien, 1950.
9. GRÜBER Karin, *Angst als Krankheit*, in: „ÖAZ“ 1996,19, Wien.
10. JASPERS Karl, *Die geistige Situation der Zeit*, Berlin, 1931.
11. JOHANNES PAUL II., *Evangelium vitae*, 1995.
12. JULIANA VON NORWICH, siehe: KARRER Otto, *Die große Glut. Die Mystik im Mittelalter*, München, 1926.
13. KATSCHNIG Heinz, *Was ist aus der guten alten Angstneurose*, in: *Der Mediziner*, 1996,5, Wien.
14. MOUNIER Emmanuel, *Oeuvres III*, Paris, 1962.
15. NESTROY Johann, *Der Unbedeutende I/15*, in: *Stich und Schlussworte*, Wien, 1977.
16. PASCAL Blaise, *Pensées*, 434.
17. RIEMANN Fritz, *Grundformen der Angst*, München, 1984.
18. SPAEMANN Robert, *Gespräch mit E. Kummer*, in: *Die Presse*, 5.2.1999, *Die europäische Kultur und der banale Nihilismus*, Vortrag in Rom, 1991.
19. SCHELER Max, *Ordo amoris*, in: *Schriften aus dem Nachlass*, Bern, 1957.
20. TORELLO Johannes B., *Psychologie des Alltags*, Wien, 1991. *Über die Tröstung der Kranken in der heutigen Medizin*, in: *Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin*, Wien, 1992.
21. VETTER Helmut, *Der Schmerz und die Würde der Person*, Frankfurt a. M., 1981.
22. WILLI Jürg, *Die neue Angst vor der Ehe*, in: *Die Zweierbeziehung*, Hamburg, 1975.

Der senile, verwirrte Patient

Ein 84-jähriger Pensionär wird nach spitalsärztlicher Versorgung einer Oberarmfraktur bei einem Sturz auf der Straße an der Betreuungsstation eines Pensionistenheimes stationär aufgenommen. Er war bei Rot über die Kreuzung gegangen und hatte den Verkehr nicht beachtet. Die normale tägliche Selbstversorgung ist aufgrund seiner Bewegungseinschränkung nicht mehr gegeben – wie anziehen, waschen, Speisen zerteilen ... – eine intensivere Betreuung erscheint unumgänglich.

Anamnestisch bestehen keine Anfälligkeiten – keine Operationen, keine schweren Erkrankungen – lediglich ein gesteigerter Alkoholkonsum ist erwähnenswert.

Der Aufnahmezustand ist altersentsprechend ohne Besonderheiten (Cor-Pulmo o.B., EZ und Motorik unauffällig, Kreislaufverhältnisse normal, Hör- und Sehvermögen ausreichend, eine phasenweise situative Desorientiertheit ist erkennbar) – die Kritikfähigkeit ist herabgesetzt.

Medikamentös ist der Patient mit Nootropica, einer milden Digitalisierung und gelegentlichen Diuretica versorgt, Sedativa oder Hypnotica bislang nicht erforderlich.

Der Patient ist selten im Zimmer, entfernt sich öfters auch ohne Wissen der Stationschwestern von der Abteilung und sucht gerne nahegelegene, ihm bekannte Gasthäuser auf. Während des sonst weitgehend problemlosen stationären Aufenthaltes fällt eine passagere leichte Verwirrtheit auf.

Nach Abnahme des Gipsverbandes und Wiedererlangung der vollen Mobilität wird der Pa-

tient noch eine Woche ergotherapeutisch behandelt und anschließend in sein Zimmer entlassen.

Nach einer nur kurzen Zeitspanne fällt eine zunehmende Verwahrlosung auf. Der Patient wäscht sich nicht, isst nur nach Aufforderung, das Zimmer kommt zunehmend in Unordnung. Sein „Wandertrieb“ ist jedoch ungebrochen.

Nach einer längeren Straßenbahnfahrt wird der Patient vom Personal der Verkehrsbetriebe in einer Remise aufgegriffen und von einem Polizeiwagen ins Heim zurückgebracht und auf der Betreuungsstation wieder aufgenommen.

Es kommt nach diesem Vorfall zu einer längeren Aussprache zwischen den nahen Angehörigen und dem Stationsarzt bezüglich des weiteren Vorgehens. Als alternative Möglichkeiten stehen zur Auswahl eine „medikamentöse Einengung“, was einer Bewegungseinschränkung durch den Entzug seiner freien Handlungswahl gleichkäme, oder das Eingehen eines gewissen Unfallrisikos bei weiteren unkontrollierten „Ausflügen“ ins Verkehrsgeschehen.

Man einigt sich zuletzt in Anbetracht seiner fröhlichen und unternehmungslustigen Grundstimmung auf ein Bestehenlassen seines persönlichen Freiheitsdranges und entläßt ihn wieder in die Selbständigkeit seines Zimmers. Wenig erfreut darüber ist die Heimleitung, für die der Pensionist eine zunehmende Belastung wird. Die Angehörigen geben die Zusage, sich in verstärktem Maße um den Pensionär zu kümmern ...

Kommentar zum Fall:

Der senile, verwirrte Patient

Walter RELLA

„Der Alte als Gesellschaftsproblem“ so könnte man diesen Fallbericht überschreiben. Tatsächlich schildert er eine Situation, wie sie im heutigen Umfeld der Altenbetreuung, wenn schon nicht alltäglich, so doch typisch ist: Ein alter Mann, der wahrscheinlich den überwiegenden Teil seines Lebens sich selbst und seinen Neigungen gewidmet hat, wird durch die Angehörigen in einem Seniorenheim untergebracht, damit er dort seinen Lebensabend verbringe. Seinen Gewohnheiten anhangend, aber schon von geistigem Abbau gezeichnet, sucht er sich in nahegelegenen Wirtshäusern den Tag zu vertreiben. Der Verkehr der Großstadt überfordert ihn und so wird er zum Opfer der für ihn nicht mehr überschaubaren Regeln: Ein Unfall mit Oberarmbruch zwingt ihn, vorübergehend intensive medizinische Betreuung anzunehmen, welche von fachlicher Seite auch tadellos durchgeführt wird. Dieses Trauma, von dem er sich körperlich doch bald wieder erholt, verschlimmert indes das schon vorbestehende sklerosebedingte Psychosyndrom. Es manifestieren sich Auffassungsdefizite und Mängel kritischer Vernunft, welche bis zu Zuständen passagerer Verwirrtheit reichen. Der Mann ist nicht mehr in der Lage, sein Zimmer in Ordnung zu halten und für sein leibliches Wohl zu sorgen. Nur sein Interesse an Bewegung und Abwechslung bleibt aufrecht, wengleich diese Betriebsamkeit keinen bestimmten Zielen mehr dient. So wird er denn eines Tages in einer Remise der Verkehrsbetriebe aufgegriffen und unter Polizeigeleit zurück ins Heim gebracht.....

Damit endet die Erzählung und beginnt die Frage, auf welche Weise der Mann in Hinkunft bestmöglich betreut werden kann.

Um diese Frage zu erörtern, wollen wir zunächst den Ist-Zustand analysieren und sodann die sich daraus ergebenden Optionen für die Zukunft behandeln.

Der Ist-Zustand ist gekennzeichnet durch die Überlappung von drei unterschiedlichen Lebensräumen, in welchen sich unser Patient bewegt.

- 1) *Lebensraum Großstadt*: Dieser Lebensraum stellt an seine Teilnehmer bestimmte Mindestanforderungen. Dazu gehört ein entsprechendes Orientierungsvermögen und ein verkehrsgerechtes Verhalten, das dem Vertrauensgrundsatz genügt. Unser Patient hat offenbar weder das notwendige Orientierungsvermögen (er wird in einer Straßenbahnremise aufgegriffen) noch kann er den Vertrauensgrundsatz erfüllen (er geht bei „Rot“ über die Kreuzung). Die Tatsache, daß die Straßenverkehrsordnung für alte Menschen den Vertrauensgrundsatz eingeschränkt hat, verändert diesen Lebensraum für den Patienten nicht wesentlich.
- 2) *Lebensraum Heim*: Dieser Lebensraum stellt an die Heimbewohner an sich keine besonderen Anforderungen. Die Heimsinsassen werden „versorgt“, sodaß die Erfüllung der Grundbedürfnisse jedes einzelnen in Anbetracht verschiedenster körperlicher oder geistiger Defizite sichergestellt bleibt. Hand in Hand damit geht indes eine Einschränkung persönlicher Freiheiten, welche durch organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen vorgegeben ist. So etwa sind bestimmte Zeiten der Mahlzeit, der Ruhe und der Aktivität vorgezeichnet. Eine ständige Begleitung des Heimbewohners ist auf Grund der Personalsituation in den Heimstatuten in der Regel nicht vorgesehen.

3) Lebensraum des Patienten: Dieser Lebensraum ist im Wesentlichen durch die persönliche Lebensgeschichte dieses Mannes, mit ihren etablierten Neigungen und Gewohnheiten, sowie durch die verbliebenen Realisierungsmöglichkeiten gekennzeichnet. Unser Patient wird als „fröhlich“ und „unternehmungslustig“ geschildert, was darauf schließen läßt, daß ihm an persönlicher Freiheit für seinen Lebensvollzug viel gelegen sein muß.

Wir erfahren auch, daß er sich mit Vorliebe in Gasthäusern aufhielt, was doch darauf hinweist, daß er sich nicht gerne in die beengtere Atmosphäre des Heimes eingliedern mochte.

Diese drei Lebensräume greifen also in der Person unseres 84-jährigen Pensionärs ineinander. Da diese Lebensräume sehr unterschiedlich strukturiert sind, stellen sie entsprechend hohe Anforderungen an das Anpassungsvermögen. Die innere Konsistenz eines Lebensraumes ist einerseits durch die komplementären Aspekte Freiheit und Verantwortung, andererseits durch ein vorgegebenes Regelsystem gekennzeichnet, welchem sich jeder einzelne Bewohner fügen muß. Grundsätzlich kann jeder Mensch nur soviel Freiheit für sich in Anspruch nehmen, als er auch Verantwortung zu tragen vermag. Und jeder Mensch muß in seinem Lebensraum die berechtigten Ansprüche anderer und die objektiv festgelegten Regeln beachten. Bedeutet das nun, daß derjenige, dessen Kritikfähigkeit herabgesetzt ist, entsprechende Einengungen seines Lebensraumes, auf welche Weise immer, in Kauf nehmen muß? Grundsätzlich ja, aber es darf nicht so geschehen, daß dabei die Würde des Menschen verletzt und das Gebot der Liebe mißachtet wird. Im Verband der Familie oder in der Gemeinschaft naher Angehöriger ist der natürliche Rahmen gegeben, welcher die Erfüllung dieser Maxime gestattet. Denken wir etwa an das Verhältnis von Eltern und Kindern. Hier ist es ganz natürlich, daß das noch uneinsichtige Kind die liebevolle Begleitung und Obhut von

Vater und Mutter genießt. Das Kind besitzt ein Anrecht auf solche Führung und im Gegenzug wird das Kind die elterlichen Gebote und Ratschläge befolgen. Ebenso hat der alternde Mensch, wenn seine geistigen Kräfte nachlassen, ein Anrecht darauf, von seinen Kindern dankschuldig betreut zu werden. Im Falle unseres Pensionärs müßte das bedeuten, daß die Angehörigen den Freiheitsdrang des alten Mannes in Bahnen leiten und ihn gegebenenfalls auf seinen Ausflügen begleiten.

Von dieser idealen Situation ist unser Fall allerdings weit entfernt. Zwar geben die Angehörigen die Zusage, sich in verstärktem Maße um den Pensionär kümmern zu wollen, doch steht zu befürchten, daß es sich dabei um ein reines Lippenbekenntnis handelt. Denn der Mann wurde ja deshalb dem Heim überantwortet, weil die Angehörigen primär nicht in der Lage waren, ihm ausreichend Zeit zu widmen. Wäre dem nicht so, dann hätten ja die zweifellos hohen Kosten einer Heimbetreuung eingespart werden können. Andererseits zeigt sich das Bedürfnis nach familiärer Geborgenheit auf seiten des Pensionärs kaum sehr ausgeprägt. Denn in diesem Fall läge sein Hauptinteresse wohl nicht im möglichst häufigen Besuch nahegelegener Gasthöfe. Es muß also nicht unbedingt der Bequemlichkeit der Angehörigen anzulasten sein, daß der alte Mann aus der Familie ausgegliedert und in einem Heim untergebracht wurde, ganz abgesehen davon, daß die heutige Wohnungs- und Berufswelt eine nachhaltige Betreuung selbstständiger Angehöriger vielfach nicht mehr zuläßt.

Realistischerweise muß also davon ausgegangen werden, daß die Hauptlast der Betreuung unseres Pensionärs vom Heim getragen werden muß. Dieses Heim sieht sich aber nun zu Recht in seiner verantwortungsvollen Aufgabe überfordert. Es ist der Heimleitung wohl kaum zumutbar und auch nicht vorgesehen, daß dem unternehmungslustigen Pensionär, dessen Kritikfähigkeit bezüglich der Folgen seiner Handlungen deutlich eingeschränkt ist, eine indivi-

duelle Betreuungsperson – im Tagesturnus müßten es sogar mehrere sein – beigestellt wird. Andererseits mußte das Personal auf Grund von Erfahrung damit rechnen, daß der Pensionär neuerlich in einem unbeaufsichtigten Moment sein Heim verläßt und im Großstadtverkehr wiederum einen Anlaß für polizeiliches Einschreiten heraufbeschwört. In diesem Fall würde die Heimleitung gewiß zur Verantwortung gezogen werden, da bereits bekannt war, daß der Pensionär nicht mehr in der Lage sein würde, ein regelkonformes Verhalten im Straßenverkehr an den Tag zu legen.

Aus diesem Grunde müßte gewiß eine ausreichende medikamentöse Einengung Platz greifen, wohl wissend, daß es sich dabei nur um die zweitbeste Lösung handelt. Am Grundsatz der Parität von Freiheit und Verantwortung führt aber kein Weg vorbei. Trotz dieser Vorgabe besteht zweifellos ein ausreichender Spielraum sowohl in der Art der Medikation als auch in

der Art der ärztlichen Betreuung, der ausgeschöpft werden muß, damit diese Form der Behandlung die Achtung und Würde der Person nicht verletzt. Das ärztliche Handeln ist hier im vollen Umfang gefordert und es darf auch das begleitende Gespräch nicht vernachlässigt werden. Zweifellos handelt es sich dabei um eine verantwortungsvolle Aufgabe. Die bloße Delegation des Problemfalles an das betreuende Heimpersonal erscheint jedenfalls nicht gerecht.

Die Tatsache, daß dieser Fall sosehr zum Problemfall werden konnte, liegt unter anderem in einer widersprüchlichen Gesellschaftsnorm begründet, welche einerseits Individualismus und Freiheit fördert, andererseits aber Verantwortung und Schuld gerne anderen zuschiebt.

*Dr. Walter RELLA, Praktischer Arzt
Hauptstraße 26
A-2640 Gloggnitz*

Politik im Umgang mit dem menschlichen Leben

Peter HARTIG

Auf Initiative und unter der Leitung von Georg STARHEMBERG veranstaltete das Eferdinger Kulturinstitut die EFERDINGER GESPRÄCHE 1999 vom 15.-17. Oktober 1999. Ziel der Gespräche war es, einen Beitrag zur Klärung von gültigen Grundwerten zur verantwortlichen Gestaltung unserer Zukunft zu leisten. Im Mittelpunkt der Vorträge und Diskussionen stand der gesellschaftliche Umgang mit dem Menschen am Anfang seines Lebens im Licht der rasanten Entwicklung der Biotechnik und den daraus entstehenden ethischen Fragen.

Der Präsident des NR, Dr. Heinrich NEISSER, betrachtete „Die moralische Dimension politischen Handelns“ im Spiegelbild der Gesellschaft, in der Verantwortung zur Gestaltung bzw. im Spannungsfeld internationaler Pluralität demokratisch-mehrheitsbildender, politischer Systeme. Er beschränkte sich auf Moral als Praxis sittlichen Handelns und vermied es, über seine ethischen Motive zu sprechen. Das Gewissen überließ er der persönlichen Verantwortung.

Univ.Prof. Dr. Martin LANGER (Universitätsfrauenklinik Wien) sprach über „Ethik in der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Probleme kleinster Frühgeborener“.

In beeindruckender Weise öffnete er den Blick für die Wertkonflikte und neuen Entscheidungssituationen, vor denen ein Geburtshelfer heute aufgrund der rasanten Entwicklung medizinischer Technologie (neonatale Intensivmedizin, pränatale Diagnostik) sowie der neuen Arzt-Patientenbeziehung (partnerschaftlich statt paternalistisch) täglich steht. In seiner Diskursethik stützte er sich auf HABERMAS, RAWLS, SASS, VIEFHAUS u.a. Als Lösungsmodell im Autonomie-Konflikt (zwischen Arzt und

Patient über die medizinische Maßnahme) und im Benefiz-Konflikt (Nutzen für Patientin und/oder Kind) nannte er das „Kohärenzmodell“ (BAYERTZ), das „ein kontext-sensitives Urteilen im Lichte einer essentiell unvollständigen Theorie“ fordert. Er schloß sich der Meinung an (SCHÖNE-SEIFERT), daß eine metaphysisch abgeleitete Tugendethik in einer wertpluralistischen Gesellschaft keine Akzeptanz findet. Er unterschied folgende ethische Prinzipien: „Benefizienz“; „Autonomie“; „Proportionalität“; „Pragmatische Klugheitsregel“ und erklärte die Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Als häufigstes Beratungs- und gemeinsames (für Eltern/Patientin und Arzt) ethisches Dilemma im klinischen Alltag nannte er die Beratung für das geburtshilfliche Vorgehen bei extremer Frühgeburtlichkeit. Dabei betonte er, daß die Prognose von Mortalität und Morbidität des Neugeborenen eng an den jeweiligen Standard der perinatalogischen Einheit gebunden ist. Als Entscheidungsgrundlage für Arzt und Patientin kämen nur die Ergebnisse der eigenen perinatalogischen Einheit in Frage, nicht die neueste Literatur. Das Benefizienzprinzip für den Fetus stehe hier im Vordergrund. Die autonome Entscheidung der Schwangeren stelle das Bindeglied zwischen dem vorlebensfähigen Fetus und dem späteren Kind dar. Für die geburtshilfliche Beratung gäbe es (nach CHERVENAK) folgenden Rahmen: vor der 24.SSW sollte der Arzt „non-direktiv“ sein, ab der 24.SSW „direktiv“ gegen Therapie- oder SS-Abbruch; nach der 26.SSW gegen „nicht-aktives“ und nach der 28.SSW für „aktives“ geburtshilfliches Vorgehen.

Juristisch gelte der Grundsatz: Keine Entscheidung gegen die Patientin. Prof. LANGER

warnte vor zunehmender Verrechtlichung, die in 10-15 Jahren zur Gefährdung von Entscheidungen führen könne.

Univ. Prof. Dr. Peter HUSSLEIN (Universitätsfrauenklinik Wien): „Überlegungen zum Beginn des Lebens und die diesbezüglichen gesellschaftlichen Regelungen.“

Er betonte anfangs, daß sein pointiert vorgezogener Standpunkt der Diskussion und Klärung ethischer Dilemmata dienen solle. Es fanden dann auch seine Ausführungen lebhaften Widerspruch, insbesondere folgende: In einem 4-zelligen Wesen könne er noch keinen Menschen erkennen. Außerdem sei die Entnahme einer der 4 Zellen der Entwicklung des Lebens nicht abträglich. Er verteidigte die Rechtssituation in Österreich, wonach der Schwangerschaftsabbruch bis zur 16. Schwangerschaftswoche straffrei sei mit folgenden Thesen: Es gäbe eine aufsteigende Qualität des Lebens (Befruchtung, Entstehung des Nervensystems, Beginn des extrauterinen Lebens); daraus resultiere eine differenzierte Bewertung der Unantastbarkeit des Lebens; die Sexualität habe einen Wert an sich (Vertiefung der Beziehung, Lustgewinn), der sich am Respekt vor dem Partner und sich selbst orientiere. Zur Abtreibung laute seine Formel: „So selten, so früh, so ungefährlich wie möglich.“ Die Entnahme von Eizellen zwecks späterer Befruchtung käme Frauen entgegen, die auf diese Weise unbeschränkt vom Lebensalter „ihren Kinderwunsch ausleben könnten.“ Die rechtliche Möglichkeit eines gentechnischen Eingriffs in die Keimbahn zwecks Gen-Entnahme, Reparatur und Reimplatation wäre höchst wünschenswert.

In der anschließenden Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß das Leben ein Kontinuum mit unterschiedlichen Ausdrucksformen (Embryo, Greis) und in jeder Phase unantastbar sei. Die künstliche Befruchtung bedeute wie die Fristenlösung einen Dammbbruch, der bis zur Akzeptanz der Euthanasie am Beginn und am Ende des Lebens führe. Der Eingriff in die

Keimbahn stelle die gefährlichste Verführung des Menschen dar, die Schöpfungsverantwortung aus den Händen eines unendlich liebenden, göttlichen Schöpfers in die von Handwerkern zu legen, deren menschliche Liebe von Eigenliebe, Ehrsucht und Habgier geprägt ist. Die bewußte Verfälschung und Verharmlosung der Absichten durch die gängige Terminologie wurde mehrfach kritisiert („Schwangerschaftsunterbrechung“ u.a.)

Univ. Prof. Dr. Nikolaus BOHLER (Orthopäde – Wien) und Univ. Prof. Dr. Georg FREIHERR VON SALIS (Universität Leipzig) behandelten das Thema „Haben wir die Pflicht, das Recht und die Freiheit alles zu tun, was die Medizin zustandebringt?“ – aus unterschiedlicher Sicht.

Böhler beantwortet die Frage eindeutig: Ärzte haben nicht die Pflicht, alles zu tun, was sie können. Die entsprechende Abwägung ist Sache der Ethik. Er hält die Erwartungen an die Ärzte (durch die Medizin potenziert) für überhöht. Die ungeheure Beschleunigung der Entwicklung (Züchtung von Gliedmaßen, Xenotransplantation, identische Humanspende aus der Tiefkühle, Kunstgelenke, künstliche Beatmung und Ernährung) fordere das Spezialistentum und schädige die ganzheitliche Sicht. Wir haben die ethische Pflicht zu optimaler – nicht aber zu maximaler – Behandlung, geregelt in der Arzt-Patientenbeziehung. Dennoch gibt es die Freiheit zu maximaler Behandlung, u.zw. durch die Gentechnologie. Wo sind die Grenzen? Wir befinden uns auf einem „Slipery slope“, wo der geplante Mensch bald möglich ist.

FREIHERR VON SALIS beantwortet die oben gestellte Frage folgendermaßen:

- 1) Unter der Voraussetzung, daß die allgemeinen gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen beachtet werden, haben wir natürlich das Recht und gleichzeitig die Freiheit, für den Patienten alles in der Medizin Mögliche zu tun, wobei im Zweifelsfalle das Wohlergehen des einzelnen Patienten Vorrang vor jeglichen wirtschaftlichen Überlegungen haben sollte.

2) Solange aber die Medizin (im weitesten Sinne) Handlungen ermöglicht, die moralisch verwerflich oder zumindest sehr umstritten sind, haben wir vor allem die Pflicht, jede einzelne Entscheidung kritisch zu überdenken, und dabei gleichzeitig den Mut und die Konsequenz aufzubringen, uns einem vielfach vielleicht übermächtig erscheinenden Zeitgeist zu widersetzen. Dazu sei grundlegende Neubesinnung erforderlich, die jedoch nicht bei wirtschaftlichen Ansätzen, sondern mit Überlegungen zur Ethik in der Medizin begonnen werden soll.

S.E. Weihbischof Dr. Andreas LAUN referierte über „Die Kirche im Strudel des Zeitgeistes im allgemeinen und der modernen Medizin im Speziellen.“

Dieser Vortrag und seine pointierten Wortmeldungen in der Diskussion zu anderen Vorträgen beleuchteten die jüdisch-christliche Auffassung von Sittlichkeit im täglichen Leben und besonders die ethisch-moralischen Grundsätze bei komplexen und neuen Entscheidungssituationen in der Medizin.

Die Veranstaltung war ausserordentlich gut besucht und dank des brisanten Themas, der kompetenten Vortragenden und des gastfreundlichen Rahmens im traditionsreichen, fürstlichen Schloss Eferding ein großer Erfolg und wichtiger Beitrag zur Klärung gültiger Werte im Hinblick auf eine verantwortliche Gestaltung unserer Zukunft.

*Dkfm. Peter HARTIG, Hietzinger Hauptstraße 71
A-1130 Wien*

Stellungnahme zum Artikel: „Sinnorientierte Medizin“

(in *IH VI/3* S.187-207, Johannes BONELLI und Enrique H. PRAT)

Dem Artikel „Sinnorientierte Medizin“ meines Kollegen und Freundes Johannes BONELLI kann ich zwar viel abgewinnen, seinen Äußerungen zu onkologischen Therapien muß ich jedoch als Onkologe zumindest teilweise widersprechen. So wird von Bonelli versucht, recht verallgemeinernd darzulegen, daß bei „der“ onkologischen Chemotherapie deren toxische Nebenwirkungen höher liegen als die Wahrscheinlichkeit der Wirkung. Diese Behauptung ist zwar für eine Reihe maligner, insbesondere solider Tumoren derzeit noch gültig, für hochmaligne Lymphome (Heilungsrate 50%) schlichtweg falsch. Man muß daher schon konkret zwischen den möglichen Therapieerfolgen bei verschiedenen Tumorentitäten unterscheiden.

Wenn man die Therapieergebnisse einer adjuvanten Chemotherapie bei Patientinnen mit Mammakarzinom analysieren will, dann muß man zuerst einmal zwischen prämenopausalen und postmenopausalen Patientinnen unterscheiden. Ich beziehe mich ebenfalls auf die Daten und Ergebnisse des Schmoll-Kompodiums (Ausgabe aus dem Jahre 1999). Die günstigsten Ergebnisse durch eine adjuvante Chemotherapie werden bei prämenopausalen Patientinnen erzielt, bei postmenopausalen Patientinnen konnte durch eine Polychemotherapie keine Verbesserung der Überlebenszeit erzielt werden. Allerdings steht bei dieser letzteren Patientinnengruppe bei Hormonrezeptor-positiven Tumoren an sich eine hormonelle Therapie im Vordergrund. Nach den nunmehr vorliegenden 20-Jahres-Ergebnissen von Bonnadonna ergibt sich ein Gesamtüberleben von 42% in der CMF-Gruppe gegenüber 33% in der Kontrollgruppe. Schlüsselst man diese Ergebnisse nach dem Menopausenstatus auf, so zeigt sich bei Patientinnen in der Prämenopause ein Gesamtüberleben von 47% in der CMF-

und von 24% in der Kontrollgruppe. Bei Frauen in der Postmenopause ist das gesamte Überleben in beiden Gruppen mit 22% ident.

Nach den metaanalytischen Untersuchungen der Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group ergibt sich durch die zytostatische Behandlung eine jährliche Reduktion der Mortalität um 18 +/- 8%. Nach 10-jähriger Beobachtungszeit lag der Anteil überlebender Patienten in der Polychemotherapiegruppe um 6,8% höher als in der Kontrollgruppe. Bei einer Inzidenz von 40.000 Mamma-Karzinomen pro Jahr in Deutschland entspricht dies immerhin einer Anzahl von 2.700 durch Chemotherapie geheilten Patientinnen.

Es mag auch der Hinweis erlaubt sein, daß die Erfolge der seriösen naturwissenschaftlichen Medizin normalerweise in kleinen Schritten erfolgen und eine gewissen Bescheidenheit in der Wertung „erfolgreich“ oder „nicht erfolgreich“ angezeigt ist. Auch heute gilt der pharmakologische Grundsatz, daß eine wirksame Therapie auch Nebenwirkungen bedingt. Wir Ärzte sollten die Nebenwirkungen einer Therapie immer sehr gewissenhaft bedenken und die Erfolgsrelation und die Zumutbarkeit eingehend erwägen und mit den betroffenen Patienten ausführlich besprechen. Haarausfall, Abgeschlagenheit und Blutbildschäden sind reversible Nebenwirkungen und können bei guter Führung und professioneller Supportivtherapie durch den behandelnden Arzt gemeinsam überwunden werden. Auch der Eintritt einer irreversiblen Nebenwirkung, nämlich der vorzeitigen Menopause, müßte bei einem ausreichend zu erwartenden therapeutischen Benefit und beispielsweise einer guten prophylaktischen Osteoporosetherapie zumutbar sein.

Prim. Univ.-Prof. Dr. K. Abbrederis, Dornbirn

Kommentar der Autoren zum Leserbrief VON K. ABBREDERIS

Natürlich gibt es auch in der Onkologie wie in allen Sparten der Medizin Therapieansätze, die nach unseren S.O.M.-Kriterien als sehr wirksam und relevant eingestuft werden müssen. Unser Aufsatz konnte freilich nicht auf alle Detailfragen eingehen, sondern nur exemplarisch anhand von Einzelbeispielen das Prinzip einer quantitativen Beurteilung der Wirksamkeit einer Therapie aufzeigen.

Gerade im Bezug auf die Ergebnisse der Bonadonna-Studie hätte man nicht nur in prä- und postmenopausale Patientinnen sondern noch in weitere Subgruppen unterteilen können. So konnte zum Beispiel das Gesamtüberleben auch bei solchen Patientinnen nicht verbessert werden, bei denen 4-10 Lymphknoten befallen waren. Die Ursache für derartige Unterschiede in den Subgruppen wird höchst kontroversiell diskutiert. Tatsache ist jedenfalls, daß in der Praxis bisher keinerlei Konsequenzen aus diesen Ergebnissen gezogen wurden. Nach wie vor bekommen alle Rezeptor-negativen prä- und postmenopausalen Patientinnen mit Lymphknotenbefall eine adjuvante Chemotherapie, obwohl man von vornherein weiß, daß Frauen in den besagten Subgruppen nichts davon profitieren werden.

Interessant ist auch die Feststellung, daß in Deutschland pro Jahr durch die Chemotherapie 2700 Patientinnen „geheilt“ werden können. Unterwirft man die Daten jedoch unserer SOM-Analyse, so ergibt sich doch ein deutlich anderes Bild: Eine Reduktion der Mortalität um 6,7% in 10 Jahren entspricht ziemlich genau den Ergebnissen aus der BONADONNA-Studie. Dies bedeutet eine Verlängerung der medianen Lebenserwartung von 8,6 auf 11,4 also um 2,8 Jahre, d.h. nach 2,8 Jahren sind in der Behandlungsgruppe ebenso viele Patientinnen gestorben wie in der Kontrollgruppe. Die Le-

benserwartung von 50jährigen gesunden (=geheilten) Patientinnen müßte hingegen 30 Jahre sein! Von Heilung im eigentlichen Sinn kann wohl hier nicht gesprochen werden. Es kommt nur zu einer Verschiebung des Todeszeitpunktes (im konkreten Fall 2,8 Jahre). Der Fehler besteht darin, daß immer nur ein momentaner Zeitpunkt(=Endpunkt) – nicht aber der Verlauf bei der Beurteilung von Studien berücksichtigt wird. Zum besseren Verständnis sei ein Vergleich erlaubt:

Wenn ein Rettungsboot Schiffbrüchige aus dem Meer fischt, kann im Moment sicher von Lebensrettung gesprochen werden. Dennoch ist es zur Beurteilung der gesamten Rettungsaktion von erheblicher Relevanz, ob das Rettungsboot letztlich auch alle Passagiere unverseht an Land bringen konnte. Erst dann kann von **tatsächlicher** Rettung (=Heilung) gesprochen werden!

Aus der Perspektive der S.O.M. sollten daher die obigen Befunde mit mehr Transparenz präsentiert werden; z.B. daß bei einer Inzidenz von 40.000 Mamma-Karzinomen pro Jahr in Deutschland immerhin 37.300 Patientinnen völlig umsonst eine Chemotherapie erhalten müßten, damit 2.700 davon profitieren können. Deren Profit bestünde in einer medianen Verlängerung der Lebenserwartung von 8,6 auf 11,4 Jahre.

Unter diesen Auspizien ist die Frage schon berechtigt, ob dieser Benefit ausreicht, um 37.300 deutschen Frauen eine vorzeitige Menopause mit all den damit verbundenen Nebenwirkungen und Risiken ohne weiteres zuzumuten, obwohl sie davon keinerlei Vorteil haben. Hier wäre die Berücksichtigung von relevanten Subgruppen ein konstruktiver Ansatz. Auf jeden Fall sollte man die betroffenen Frauen über die wahren Erfolgsaussichten der angebotenen Therapie richtig informieren, um ihnen eine angemessene Entscheidung für oder gegen eine Behandlung zu ermöglichen.

NACHRICHTEN

Bevölkerung: Wachstum hat sich verlangsamt

In den vergangenen Jahren hat sich das Wachstum der Weltbevölkerung deutlich verlangsamt, und zwar von 2,4 auf 1,3 Prozent. Die Einwohnerzahl in Österreich dürfte bis zum Jahr 2050 um acht bis elf % schrumpfen. Besorgniserregend sei jedoch die Altersstruktur: Auf drei Ältere komme in den nächsten 30 Jahren nur ein Jüngerer. Diese Entwicklung könnte sowohl das Pensionssystem als auch die Wettbewerbsfähigkeit des Landes vor enorme Probleme stellen.

Die Lebenserwartung ist in Österreich weiterhin sehr hoch (73,7 Jahre bei Männern im Vergleich zu 63,3 Jahren weltweit und 80,2 Jahre bei österreichischen Frauen im Vergleich zu 67,6 Jahren weltweit). Mit 4,8 Promille Säuglingssterblichkeit liegt Österreich im europäischen Spitzenfeld.

Kathpress, 21. September 1999

Gentechnik: Möglichkeiten und Grenzen

Die Senatskommission für Genetische Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) veröffentlichte Ende Juli d.J. eine Erklärung über Früherkennung von genetischen Krankheiten, in der ethische, rechtliche und soziale Fragen in diesem Zusammenhang beleuchtet werden.

Die Früherkennungsgendiagnose unterscheidet sich von üblichen Diagnose-Verfahren, die bisher nicht in der Lage waren festzustellen, ob eine Krankheit tatsächlich ausbrechen wird oder wann das der Fall sein würde. Zwischen dem Testergebnis und den ersten Krank-

heitssymptomen können viele Jahre oder Jahrzehnte liegen. Eine Datierung ist bisher zwar auch noch nicht möglich, doch mit Hilfe neuer Chip-Technologien können jetzt auf relativ einfache Art mehrere Gene gleichzeitig erkannt werden. Solche Tests hätten, wenn sie großflächig eingesetzt würden, für die Gesellschaft wie für den einzelnen gravierende Konsequenzen hinsichtlichlich Krankenversicherung und Arbeitsmarkt.

Die Senatskommission empfiehlt, die Anwendung der Früherkennungsgendiagnose ausschließlich für die medizinisch gerechtfertigte Feststellung von Gesundheitsrisiken einzusetzen. Zu untersuchende Personen müßten zuvor ihre Zustimmung abgeben. Das „Recht zu wissen“ müsse genauso wie das „Recht nicht zu wissen“ respektiert werden. Weiters empfiehlt die Kommission, keine Gentests bei Kindern und Jugendlichen durchzuführen, die zum Ziel haben, Krankheiten vorauszusagen, die erst im Erwachsenenalter ausbrechen und nicht geheilt werden können. Arbeitsspezifische Tests sollen nur dann durchgeführt werden, wenn genetische Krankheiten vorhersehbar sind oder ihr Auftreten für Dritte mit einem hohen Risiko verbunden wäre. Angesichts zu erwartender neuer Fortschritte im Bereich der Gendiagnose sind geeignete, konkrete Sicherheitskriterien gefordert. In bezug auf private Krankenversicherungen, die im Gegensatz zu Pflichtversicherungen dazu verpflichtet, vor Vertragsabschluß alle Krankheiten zu melden, wird empfohlen, daß Gentests keine Vorbedingungen für den Vertragsabschluß darstellen dürfen.

Presseausendung der dt. Forschungsgemeinschaft, Bonn, 15. Juni 1999

Drogen: Behandlungsmethoden bei Abhängigkeit

Nach 10jähriger Forschungstätigkeit eröffnen sich neue Perspektiven für die Behandlung von Drogenabhängigkeit: Wie eine Presseausendung des French National Institute for Health and Medical Research (INSERM) kürzlich veröffentlichte, entwickelte das Institut unter der Leitung von Pierre SOKOLOFF in Zusammenarbeit mit dem Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), der Universität Cambridge und der französischen Pharmafirma Bioprojet ein neues Präparat, das die Drogenabhängigkeit von kokainsüchtigen Ratten senken konnte.

Dieses Präparat, genannt BP 897, der erste spezifische *Aktivator* des D3-Dopamin-Rezeptors, kann Süchtigen helfen, ihre starke Abhängigkeit abzubauen und das Rückfallrisiko nach einem Entzug zu senken. Diese Wirkung kann möglicherweise auch bei weiteren Arten der Abhängigkeit erzielt werden.

Bisher gab es nur Ersatzbehandlungen – wie Methadon, SubutexR oder Nikotin-Patches. Diese Mittel konnten zwar die Auswirkungen begrenzen, nicht aber die Wurzel erfassen, nämlich die krampfhaftige Sucht nach Drogen.

Die Entwicklung begann 1989, als P. SOKOLOFF und J. C. SCHWARTZ den „third receptor for the neurotransmitter dopamine“, genannt den D3-Rezeptor entdeckten. Dieser Rezeptor befindet sich in einem kleinen Teil des Gehirns, dem *nucleus acumbens*, der Kernregion für Abhängigkeiten (wie z.B. von Kokain, Morphinum, Heroin, Nikotin oder Alkohol).

Presseausendung des French National Institute for Health and Medical Research (INSERM), 21. Juli 1999

Xenotransplantation: Studie als Meilenstein

Die Auswertung der bisher größten retrospektiven Studie zur Sicherheit der Xenotransplantationen von Zellen, Gewebe und Organen von einer Species zur anderen ergab keinen Hinweis auf Infektion durch „Porcine Endogenous Retrovirus“ (PERV) bei 160 Patienten, die vorher mit Gewebe von Schweinen behandelt worden waren. Weltweit wurden Patienten gesucht, die mit lebendem Schweinegewebe behandelt wurden. So waren darunter solche, die bereits vor 12 Jahren mit Schweine-Hauttransplantaten nach Verbrennungen behandelt wurden, andere mit Zellen der Schweinepankreas wegen Diabetes oder solche nach Blutwäsche mittels Schweine-milz, -niere oder -leber. Proben dieser Patienten wurden mit den modernsten Methoden nach drei Kriterien und in verschiedenen Laboratorien getestet und schließlich von den US-Zentren für „Disease Control and Prevention“ überprüft. Die Ergebnisse zeigen, daß Gewebe von Schweinen im menschlichen Körper lange Zeit ohne negative Einflüsse existieren können.

*Presseaussendung/Novartis,
19. August 1999*

Fortschritt: Erste Herzoperation mit Robotertechnik

Im Medical Center der Ohio State University wurde erstmals in den USA eine minimal invasive Herzoperationstechnik mittels da Vinci-Computer-unterstütztem Roboter angewandt. Dieses System arbeitet mit winzigen Kameras mit mehreren Linsen, die in die Brust des Patienten eingeführt werden und eine dreidimensionale Sicht des Herzens liefern. Der Chirurg am Computer beobachtet und kontrolliert die von ihm selbst mittels joy-

stick innerhalb der Brust bedienten Roboterarme. Diese halten speziell entwickelte chirurgische Instrumente, die den Bewegungen der Hände des Chirurgen am joystick genau folgen. Mit dieser Robotertechnologie benötigt man lediglich drei Öffnungen— jede etwa in der Größe eines Bleistifts. „Diese neue Technik wird weniger postoperative Schmerzen und kürzere Genesungszeiten zur Folge haben“, so Dr. WOLF. Die Ohio State University und die Universität Leipzig sind die einzigen Orte weltweit, wo diese fortschrittliche Art von Roboter-einsatz, entwickelt durch „Intuitive Surgical“ mit Sitz in Californien, studiert wird. In Europa wurden bereits mehr als 100 Operationen dieser Art erfolgreich durchgeführt.

Presseaussendung der Ohio State University, 3. September 1999

Ökonomie: Profitorientierte Spitäler sind kostenintensiver

Das Dogma des freien Marktes in der Medizin, wonach Profitstreben die Fürsorgeleistungen optimieren und Kosten minimieren, scheint widerlegt. Seit Jahrzehnten weisen Studien nach, daß profitorientierte Spitäler um 3 bis 11% teurer sind. Keine Studie hat vom Gegenteil berichtet. Profitorientierte Spitäler wenden weniger für Personal auf, vermeiden wohl tätige Leistungen und kürzen den Krankenhausaufenthalt. Durch wesentlich höhere Verwaltungskosten und andere Hilfseinrichtungen werden sie jedoch teurer gegenüber Spitälern, die nicht auf Gewinn ausgerichtet sind. Gewinnfördernde Strategien fordern unredliche Verrechnung und Reduzierung von Leistungen.

Der ganz wesentliche Einwand gegenüber profitorientierten Spitälern ist, daß hier ein neues Wertesystem begründet wird, das die Wurzeln der Gemeinschaft und die Samariter-Tradition des Spitalswesens

zerstört, die Ärzte und Schwestern zu Instrumenten von Investoren macht und Patienten als Waren betrachtet. In unserer Gesellschaft gibt es „off-limits“-Zonen für den Kommerz. Gesundheitsdienst ist zu wertvoll, zu persönlich und zu korrumpierbar, um ihn dem „Markt“ zu überlassen.

*New England Journal of Medicine,
Vol. 341, Nr. 6, 5. August 1999*

AIDS: Neue Strategie für Impfstoff

Forscher der Duke University, Durham, N.C., stellten ein merkwürdiges Phänomen in Gegenden südlich der Sahara fest: Viele Prostituierte, die mit HIV-infizierten Männern Kontakt haben, stecken sich selbst nicht an. Diesbezügliche Untersuchungen ergaben, daß die Schleimhaut ihrer Vagina HIV-spezifische sekretorische Antikörper enthält (Immunoglobulin A - IgA), die das Virus vom Eindringen in den Blutkreislauf abhalten könnten. Man hofft, diese Erkenntnis für die Herstellung eines Impfstoffes nützen zu können. Eine neuartige nasale Einnahmeform wäre für Entwicklungsländer besonders geeignet. Die Duke-Forscher konzentrieren sich auf ein Protein, genannt gp 120, das sich auf der Virusoberfläche befindet und für die Virusinfektion wesentlich ist. Wenn dieses Protein mit dem Zellrezeptorprotein (CD4) in Kontakt kommt, kann das Virus die Zelle penetrieren und eine neue Infektion verursachen. Neutralisierende Antikörper können das verhindern. Die Forscher bevorzugen einen Impfstoff aus einer Mischung synthetischer Peptide, so daß keine Infektion durch den Impfstoff selbst befürchtet werden muß.

Von den weltweit geschätzten 33,4 Mio. HIV-Infizierten leben südlich der Sahara in Afrika rd. 22,5 Mio., 6,7 Mio. in Süd- und Südostasien und 1,4 Mio. in Lateiname-

rika. Im Vergleich dazu gibt es etwa 665.000 Infizierte in den USA. Mehr als 2,4 Mio. starben weltweit im vorigen Jahr.

Presseausendung des Duke University Medical Center, 19. Oktober 1999

Gentest: Angst vor Diskriminierung

Eine Studie des Krebs-Zentrums der Yale University bestätigt, daß die Angst vor genetischer Diskriminierung jene Leute von Gentests fernhält, welche erblich vorbelastet sind. Dieselben Ängste werden auch von erfahrenen Krebs-Genetikern geteilt. 85% der Befragten gaben an, die Tests weiterhin durchführen zu lassen, wenn ein Elternteil oder Geschwister bekanntermaßen Träger der Mutation sind. Vorsicht ist zwar angesagt, aber bisher wurden keine Diskriminierungen dokumentiert. Dennoch sei eine bessere Gesetzgebung auf diesem Gebiet gefordert.

Presseausendung der Yale University, 21. Oktober 1999

Schwangerschaft: Folsäure zur Verhinderung von Mißbildungen

Erstmals konnten Forscher (an der Universität von Nebraska) anhand eines Modells mit gen-präparierten Mäusen verständlich machen, wie durch Folsäure bekannte Geburtsfehler, wie Neuralrohrdefekte oder Wolfsrachen, verhindert werden können. Etwa eines unter 1000 Neugeborenen leidet an Neuralrohrdefekt und ca. eines unter 600 an Wolfsrachen. In der fünfjährigen Forschung konnte nachgewiesen werden, daß große Mengen an Folsäure, die an trächtige Mäuse mit der bekannten Stoffwechselstörung verabreicht werden, zur Geburt von gesunden Embryos führte. Es wird daher empfohlen, daß Schwangere 1 mg Folsäure täglich

einnehmen, um derartige Geburtsfehler zu vermeiden. Folsäure findet man in Multivitaminen, Müsli, Getreide, Broccoli, Spinat, Eigelb und Früchten.

Presseausendung der University of Nebraska Medical Center, 30. September 1999

Gesellschaft: Mehr Selbstmorde unter sozial Vereinsamten

Gegenden mit hohem Prozentsatz an gesellschaftlicher Zersplitterung [Einsame, Mietwohnungen, Unverheiratete, kurze Wohndauer auf einem Platz] weisen eine höhere Selbstmordrate auf als arme Gegenden. Zu diesem Ergebnis kamen Dr. Elise Whitley und Kollegen an der Universität Bristol in einer Studie über 633 Parlamentswahlkreise in Großbritannien. Sie schlossen daraus, daß Maßnahmen zur Verhinderung von Selbstmorden vermehrt in sozial vereinsamten Gegenden und weniger in Armenvierteln ansetzen müßten. Sie forderten auch die Erforschung der zugrundeliegenden Ursachen für das Entstehen sozialer Vereinsamung als Grundlage für politische Überlegungen.

British Medical Journal, 14. Oktober 1999

Abtreibung: Abtreibungszwang für Krankenhäuser in Frankreich

Die französische Frauenministerin Martine AUBRY hat ihre Absicht bekräftigt, die Frist für eine straffreie Abtreibung von zehn auf zwölf Wochen zu verlängern und wird nächstes Jahr einen Gesetzesentwurf zur Änderung des seit 1975 geltenden Abtreibungsrechts in Frankreich vorlegen. Weiters soll „das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch“ in allen französischen Krankenhäusern eingefordert werden können. Alle Krankenhausdirektoren wurden durch einen Er-

laß verpflichtet, sämtliche Formen des Schwangerschaftsabbruches in ihren Spitälern zu ermöglichen. Die Frauenministerin hatte zudem Ärzten, die aus Gewissensgründen eine Abtreibung ablehnen, Nachteile bei Beförderungen angedroht.

Gegen die geplanten Reformen haben sich in den vergangenen Monaten die katholische Bischofskonferenz und führende Muslime Frankreichs ausgesprochen. Die Bischofskonferenz kritisierte unter anderem, daß gegenwärtig in Frankreich das „Recht auf Abtreibung“ betont werde, während im Gesetz von 1975 der Schwangerschaftsabbruch als ein Vergehen betrachtet wird, das aber strafrechtlich nicht geahndet wird.

In Frankreich werden nach Schätzungen von 1994 jährlich rund 220.000 Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen, d.h. jede dritte Schwangerschaft wird durch Abtreibung beendet.

Kathpress, 17. November 1999

Mifegyne: Abtreibungspille auf dem Markt

Die umstrittene Abtreibungspille Mifegyne (RU 486) wird Ende November auf den Markt kommen. Eine eigens dafür gegründete Firma „Femagen“ wird den Vertrieb des Präparates in Deutschland, Österreich und den Niederlanden übernehmen. Dabei sollen keine wirtschaftlichen Interessen verfolgt werden. Gewinne kommen einer Stiftung zu gute, die Konzepte für ungewollte Schwangerschaften entwickelt. Der Eingriff mit RU 486 kostet in Österreich gleich viel wie eine chirurgische Interruptio (5.700,- ATS). Das Mittel soll aber nicht in Apotheken frei erhältlich sein, sondern nur direkt an Einrichtungen und Ärzte geliefert werden, die Abtreibungen vornehmen.

Kathpress, 19. November 1999

RdM RECHT DER MEDIZIN
Wien, Zeitschrift in Deutsch
6. Jahrgang Heft 4, 1999

Editorial

Impressum

Beiträge:

Heinz MAYER: Anstaltsgebühren in der Sonderklasse. Der VwGH auf Abwegen?

Johannes Wolfgang STEINER: Das neue Disziplinarrecht;

Thomas HOLZGRUBER/Friedrich HARTL: Physiotherapeutische Einrichtungen – eine Kritik;

Peter BARTH: Hat der Patient bei eigenmächtigen medizinischen Eingriffen Anspruch auf Ersatz seines Körper- und Gesundheitsschadens? Neues aus Gesetzgebung und Verwaltung;

Arzneibuchgesetz;

Verordnung, mit der die Verordnung betreffend Institute zur Char- genprüfung geändert wird;

Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG;

Kundmachung von Rechtsvorschriften; Erratum;

Rechtsprechung:

Beweislast für Aufklärung bei chirurgischen Eingriffen;

Dokumentationspflicht;

Psychiatr. Unterbringung (I), (II); Behandlungsfehler bei Herzoperation;

Rechtsprechung zum Disziplinarrecht; Forum;

Buchbesprechungen

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY.

Dordrecht / Boston/ London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Vol 24 No. 4, 1999

Loretta M. KOPELMAN und Laurence B. MCCULLOUGH: HUME, Bioethics,

and Philosophy of Medicine;

Tom L. BEAUCHAMP: HUME and the Nonhuman Animal;

R.G. FREY: HUME on Suicide;

Larry R. CHURCHILL: Looking to HUME for Justice: On the Utility of Hume's View of Justice for American Health Care Reform;

Kenneth F. SCHAFFNER: Coming Home to HUME: A Sociobiological Foundation for a Concept of 'Health' and Morality;

Laurence B. MCCULLOUGH: HUME's Influence on John GREGORY and the History of Medical Ethics;

Loretta M. KOPELMAN: Help from HUME Reconciling Professionalism and Managed Care;

HASTINGS CENTER REPORT.
New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Volume 29 No. 4, 1999

Contributors

From the Editor

Letters

Capital Report: Joanne SILBERNER: Federal Science Policy: Changing Battle Lines, New Fronts;

Jonathan R. COHEN: In God's Garden. Creation and Cloning in Jewish Thought;

Michael L. GROSS: Autonomy and Paternalism in Communitarian Society. Patient Rights in Israel;

At law: Carl E. SCHNEIDER: Regulating Doctors;

Derrick E. AARONS: Medicine and Its Alternatives. Health Care Priorities in the Caribbean;

Laura WEISS ROBERTS et al.: An Office on Main Street. Health Care Dilemmas in Small Communities;

Reviews: Stan VAN HOOFT: The Persistence of Intuitionism;

Erwin FLEISSNER: Race and the Human Genome;

Jonathan D. MORENO: Present at the Conception;

In the literature; Research notes; In brief: Xenotransplantation: Full Speed Ahead, Slow Down; Euthanasia in The Netherlands: Some

First Experiences of Evaluation; Committees;

Calendar & Announcements: Inside back cover;

Publications form The Hastings Center; Insert

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch
1999/4

Editoriale: A proposito delle campagne di prevenzione dell'AIDS;

P. ASCANI, O. NEVES DE ALMEIDA: Proprietà industriale: alcune considerazioni sul brevetto biotecnologico;

A. CONTI, G. ZANINETTA: Accanimento terapeutico: esperienza in un reparto di cure palliative;

F. D'ONOFRIO, U. DE FANIS, R.G. CRAVERO: Ma esiste il terzo sesso?

Notizie flash;

Documentazione:

Dal Magistero del Santo Padre: Lettera di GIOVANNI PAOLO II ai

Vescovi della Germania; Dagli Organismi Internazionali:

I. Parlamento Europeo e Consiglio dell'Unione Europea: Direttiva 98/44/CE del Parlamento Europeo e

del Consiglio del 6 luglio 1998 sulla protezione giuridica delle invenzioni biotecnologiche;

II. Council of Europe: Additional Protocol to the Convention for the

Protection of Human Being with regard to the Application of

Biology and Medicine, on the Prohibition of Cloning Human

Beings; Dai Comitati di Etica: Italia. Comitato Nazionale per la

- Bioética: La clonazione
 Notiziario:
 Convegno: „Nel Rispetto die Diritti Umani il Segreto della Pace Vera“;
 Gruppo di Lavoro a partecipazione Intergovernativa aperta sulla Biosicurezza;
 Recensioni:
 D. LAMB: L'etica alle frontiere della vita (D. SACCHINI);
 Dalla Letteratura Internazionale:
 Uso e abuso del concetto di futilità in medicina;
 È sempre necessario il consenso informato nei trials clinici?
 Etica della ricerca in psichiatria;
 Etica e sessualità delle persone handicappate istituzionalizzate;
 Segnalazioni Bibliografiche
 Etica e Ambiente
 Medicina e Morale 1998-1999
- ANNUARIO FILOSOFICO
 Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
 XXXII/1, 1999
- Alejandro G. VIGO: Presentación; Estudios:
 A. Interpretación:
 Alfonso GÓMEZ-LOBO: La fundamentación de la ética aristotélica;
 Carlo NATALI: Problemas de la noción de causa final en ARISTÓTELES;
 Alejandro G. VIGO: Incontinencia, Carácter y razón según ARISTÓTELES;
 Wolfgang WIELAND: Norma y situación en la ética aristotélica;
 Héctor ZAGAL: Síntesis, eufhyía y anchínoia en ARISTÓTELES;
 B. Discusión:
 Rózsa BERTÓK/Niels ÖFFENBERGER: Observaciones sobre el así llamado silogismo práctico;
- Jorge Alfredo ROETTI: ARISTÓTELES y el principio de (no)contradicción;
 C. Recepción:
 Marcelo D. BOERI: SÓCRATES y ARISTÓTELES en el examen estoico de la incontinencia;
 Joaquín G. HUODOBRO: La recepción del derecho natural aristotélico en Tomás DE AQUINO;
 Fernando INCIARTE: Verdad práctica en ARISTÓTELES y Duns SCOTO;
 Jorge MARTÍNEZ: Religión y ética en ARISTÓTELES y SANTO TOMÁS;
 Mirko SKARICA: La recepción del concepto aristotélico de verdad práctica en Tomás DE AQUINO;
 Franco VOLPI: Rehabilitación de la filosofía práctica y neo-aristotelismo;
 Bibliografía
 Novedades bibliográficas
 Instrucciones para los colaboradores

DAS MITVERSCHULDEN DES PATIENTEN IM ARZTHAFTUNGSRECHT

Jens GÖBEN

Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main 1998

180 Seiten

ISBN 3-631-31574-0

In Rechtsprechung und Judikatur nimmt die Haftpflicht des Arztes im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungsmaßnahmen immer umfangreichere Formen an, und es steigen die Anforderungen an die ärztliche Sorgfalt.

Wird in der Folge einer ärztlichen Behandlungsmaßnahme beim Patienten ein Gesundheits- oder Vermögensschaden herbeigeführt, ist in der Realität der Patient oft selbst an dessen Entstehung oder zumindest Vergrößerung beteiligt.

Grundsätzlich ist es nicht Aufgabe der Rechtsordnung, die ihr Unterworfenen vor sich selbst zu schützen, da der Täter gegen sich selbst de lege keine rechtswidrigen Handlungen setzen kann. Daher anerkennt die Rechtsprechung nur sehr zurückhaltend einen anrechenbaren Verstoß des Patienten gegen die Gebote des eigenen Interesses.

Jens GÖBEN untersucht die Seite des Patienten und versucht, ihn im Falle eines eingetretenen Schadens nicht als Nebentäter – so behandelt ihn § 254 dt. BGB –, sondern als Mittäter zu qualifizieren.

§ 254 BGB als Anwendungsfall des § 242 BGB überläßt dem Richter die Entscheidung nach Billigkeitserwägungen, wodurch eine Rechtssicherheit nicht gewährleistet sein kann. Der Autor versucht daher in seinen umfangreichen rechtstheoretischen Untersuchungen die Zurechnungskriterien der Haftung für die Mithaftung anwendbar zu machen.

Die Mitverantwortung des Geschädigten an Schädigungen seiner Rechtsgüter sei nicht nur von Billigkeitserwägungen abhängig, sondern eine Tatbestandsnorm sui generis mit speziell

ausgestalteten Wirkungen. GÖBEN verwendet dafür den dem Privatversicherungsrecht entstammenden Begriff der Obliegenheit und stellt die Hypothese auf, daß es einen dem deliktischen Haftungstatbestand qualitativ entsprechenden Obliegenheitstatbestand geben muß. Die Obliegenheit erzeugt im Unterschied zur Rechtspflicht einen nur mittelbaren Rechtszwang, d.h. deren Nichtbefolgung bedingt den Verlust eigener günstiger Rechtspositionen.

Das Gebot, sich selbst nicht zu schädigen und nicht zu gefährden, sei dementsprechend weder Rechtspflicht noch ethisches Gebot, sondern Obliegenheit. Daraus folgt, daß deren Verletzung Tatbestände mitwirkenden Verschuldens des Patienten bei der ärztlichen Behandlung darstellt.

Abschließend stellt GÖBEN fest, daß die Anrechenbarkeit einer mitwirkenden Verursachung des Patienten für den Bereich der ärztlichen Haftung nur untergeordnete Rolle spielt, weil das Selbstbestimmungsrecht des Patienten umfassenden Schutz genießt.

E. SERDET

TELEOLOGIE DES LEBENDIGEN

Walter SZOSTAK

Zu K. POPPERS und H. JONAS' Philosophie des Geistes

Peter Lang Verlag – Frankfurt am Main, 1997

236 Seiten

ISBN 3-631-30894-9

Karl POPPERS und Hans JONAS' Entwürfe einer Philosophie des Geistes bilden den Hintergrund für SZOSTAKS tiefgreifende Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Sein von Lebewesen und insbesondere mit der Frage nach der Teleologie (Zielhaftigkeit) des Lebendigen. Von den Spätphilosophien dieser beiden Autoren

sagt SZOSTAK, daß sie innerhalb der „biologisch“ orientierten Philosophie des Geistes „ein Alternativprojekt zu dem szientistisch orientierten Naturalismus“ etabliert haben. Die Abhandlung zeichnet sich durch die fruchtbare Behandlung der ontologischen Grundlagen der Philosophie des Lebendigen aus.

Das erste Kapitel bildet eine allgemeine Einleitung. Darin werden die Zusammenhänge zwischen der Teleologie des Lebendigen und der Philosophie des Geistes behandelt. Im Vordergrund steht die Frage nach der Relevanz teleologischen Denkens. Um die Option für dieses Denken zu bekräftigen, konzentriert sich die Argumentation auf die Spätphilosophien JONAS' und POPPERS. Nicht zuletzt in Bezug auf den vermeintlich antiteleologischen Impetus des Kritischen Rationalismus ist es besonders beachtenswert, daß es SZOSTAK gelingt, gerade im Rückgriff auf Karl POPPER die „Unhintergebarkeit“ des teleologischen Denkens überzeugend offenzulegen.

In den Kapiteln zwei und drei befaßt sich SZOSTAK mit Hans JONAS' philosophischer Biologie bzw. mit Karl POPPERS evolutionärer Drei-Welten-Theorie. Schon die Behandlung des Gegenstands der ersten drei Kapitel ist Anlaß für die Formulierung der These, daß die Teleologie des Lebendigen sowohl bei POPPER als auch bei JONAS eine besondere Relevanz für die „Philosophie des Geistes“ besitzt. In diesem Sinn wird zum Beispiel in Anlehnung an ein bekanntes Diktum MACINTYRES erklärt, daß es nicht möglich ist, ein ethisches Sollensprinzip – wie etwa den kategorischen Imperativ KANTS – für den Menschen verbindlich machen zu wollen, wenn zugleich das Sein oder die Natur des Menschen im Sinne einer teleologie- und wertfreien Wissenschaft verstanden wird.

Neben diesem Ergebnis kommen auch noch andere wichtige Aspekte der Philosophien beider Denker zum Ausdruck. So zum Beispiel die genealogische Stufenkonzeption des Erkennens (POPPER) oder die Einheit von Erkennen und Handeln, wie sie in Hans JONAS' Konzepti-

on entfaltet wird. Die essentielle Handlungsvermitteltheit des Erkennens wird dabei ebenso sorgfältig herausgearbeitet wie das Verständnis des Lebens als einer spezifischen Seinsform, die sich vom Nichtlebendigen absetzt und deshalb ohne Zweifel einen ontologischen Sonderstatus besitzt.

Nach SZOSTAK ist der anthropologische Gehalt einer Teleologie des Lebendigen an der Frage zu bemessen, „wie wir uns als zugleich handelnde und natürliche Wesen begreifen können“. Ist der antizipatorische Aspekt menschlichen Handelns-Könnens – fragt weiter SZOSTAK – den Prinzipien des Lebens entgegengesetzt? Oder ist das Streben nach Selbsterhaltung vielmehr nur die unterste Weise des Strebens nach dem „Unbedingten“, so wie ARISTOTELES es verstanden hat? Mit R. SPAEMANN und R. LÖW stellt er alsdann fest: „Nur wenn die Idee der Antizipation auf irgendeine Weise in der Struktur der organischen Natur vorgezeichnet ist, ist es möglich, den Menschen als natürliches und zugleich für Unbedingtheit offenes Wesen zu verstehen“.

Hans JONAS' Kritik an der Teleonomiekonzeption („Der teleologische Horizont läßt sich teleonomisch nur simulieren, nicht aber rekonstruieren“) kommt in diesen Kapiteln ebenso zur Sprache wie die metaphysische Ausrichtung bei POPPER, die sich unter anderem in der starken teleologischen Konnotation seines evolutionstheoretischen Konzepts („aktiver Darwinismus“) äußert. Was ferner das Verständnis der Seinsweise der Lebewesen betrifft, ist nach SZOSTAKS Ausführungen nicht zuletzt der Unterschied zu den „Maschinen“ zu beachten: Beim Lebewesen ist das Erfordernis gegeben, sich auf die Welt einzulassen, d.h. sich in einer bestimmten Weise zur Umwelt zu verhalten, um seine Identität aufrechtzuerhalten bzw. immer wieder neu zu gewinnen. Ein Lebewesen kann im Unterschied zu einer Maschine nicht aufhören, die ihm eigene Tätigkeit („Leben“) auszuüben.

Im Anschluß an die philosophische Biologie JONAS' wird das Paradigma der psychophysi-

schen Totalität des Menschen behandelt. Dies hängt auch mit der Frage nach dem Erkennen von Leben zusammen. „Leben kann nur von Leben erkannt werden“. Nach JONAS erschließt sich die Frage nach den Bedingungen der Möglichkeit von Erkennen nur unter den „natürlichen Bedingungen“ eines vorgängigen „In-der-Welt-Seins“ lebendiger Wesen.

Bei POPPER andererseits haben wir es auf der Ebene der philosophischen Biologie mit einer erkenntnistheoretischen Adaptation einer organismuszentrierten Evolution zu tun. Aus seiner Organismuszentrierung heraus wendet sich POPPER entschieden gegen den Anspruch einer physikalistischen Erklärung des Lebendigen. Biologie kann niemals – erklärt POPPER – als die bloße Summe von „Physik plus Chemie“ aufgefaßt werden. Den ontologischen Sonderstatus des Lebendigen gilt es gegen jede Form einer materialistischen Biologie zu verteidigen. Diesen ontologischen Sonderstatus gilt es anzuerkennen, „selbst wenn wir eines Tages imstande sind, belebte Dinge aus unbelebten herzustellen“.

Insgesamt bedeuten die theoretischen Konzepte beider Philosophen eine Rehabilitierung der aristotelischen Teleologie und eine Abwendung vom Ansatz der Systemtheorie bzw. vom teleonomischen Universalismus in der philosophischen Biologie. Teleologische und kausale Erklärungen sind vereinbar. Die Annahme einer essentiell teleologischen Verfassung des Lebendigen ist unverzichtbar.

In einem weiteren Kapitel werden der Emergentismus und das Gehirn-Geist-Problem behandelt. Den Defiziten des Emergentismus stellt SZOSTAK die theoretischen Vorteile des Praeformationismus gegenüber. Auch in diesem Zusammenhang werden die Verdienste JONAS' erwähnt, dem es in seinen Werken gelungen ist, die metaphysischen Prämissen des modernen Naturbegriffs ins Blickfeld gerückt zu haben.

Von besonderer Bedeutung ist außerdem die Auseinandersetzung um das Problem der psy-

chophysischen Wechselwirkungen. In diesem Punkt trennt sich der Verfasser eindeutig von der Position POPPERS, der den psychophysischen Interaktionismus noch annahm. SZOSTAKS Lösungsvorschlag beruht darauf, die Handlungen selbst als psychophysische Vorgänge aufzufassen, und zwar in ihrer ursächlichen Dimension, d.h. eher als Ursachen denn als Wirkungen. Werden Handlungen in ihrer Qualität als psychophysische Vorgänge ernst genommen, dann ist es erklärlich, daß sie auf natürliche Weise physische Wirkungen erzeugen können. Das sonst immer wieder auftretende theoretische Problem der Kausalrelation zwischen den Bereichen des Mentalen und des Physischen löst sich auf der Grundlage dieser vertieften Sicht von selbst auf.

Das fünfte und letzte Kapitel befaßt sich mit der Bedeutung des teleologischen Denkens für die praktische Philosophie. Die Überlegungen münden in eine Kritik mancher Ansätze der neuzeitlichen Ethik. Besondere Aktualität kommt dem Beweis der Notwendigkeit zu, die prinzipienethischen Grundlagen der modernen Freiheitsethik (sowie der Diskurs- und der Verfahrensethik) zu modifizieren.

J.R. ROSADO

DER MENSCH ALS WARE

Markus DREIXLER

Peter Lang Verlag 1998

310 Seiten

ISBN 3-631-34185-7

Der Autor geht von der Tatsache aus, daß in den letzten Jahren zunehmend Fälle publik wurden, in denen Menschen wie eine Ware nach und in Deutschland gehandelt wurden. Als Dissertant der Jurisprudenz versucht er, den Begriff „Menschenhandel“ weiter zu fassen als das gängige Strafrecht ihn definiert, um auch alle jene „modernen“ Erscheinungsformen des Menschenhandels einer Sanktionie-

zung zugänglich zu machen, die vom Gesetzgeber bislang zu wenig juristische Beachtung fanden; sei es, daß sie ganz neue Phänomene darstellen, sei es, daß sie durch besonders verwerfliche Praktiken nach Einbeziehung in das Strafrecht rufen.

Markus DREIXLER nimmt vier Gebiete besonders ins Visier, um an Hand von nationalen und internationalen Recherchen zu klaren Begriffen über jene Tatbestände zu kommen, die unter dem Delikt „Menschenhandel“ subsumiert und dementsprechend geahndet werden sollen. Ausgehend vom Adoptionskinderhandel und dem Geschäft mit menschlichen Organen schneidet er das Problem des Arbeitnehmerhandels mit illegalen ausländischen Arbeitskräften und das Verbrechen des Frauenhandels an.

Jedes dieser Kapitel wird mit wissenschaftlicher Akribie behandelt: Nach einer Begriffsdefinition wird auf die Geschichte des Phänomens eingegangen, wobei dem modernen Human-Handel nach Umfang und Methode ein besonderes Augenmerk zugewandt wird. Schließlich werden die schon bestehenden Möglichkeiten der Verhinderung erörtert, ihre Grenzen kritisiert und Vorschläge zu Verbesserungen der Rechtspraxis erarbeitet.

Obwohl es ein juridisches Werk ist, das auch dementsprechend mit Kodices und Paragraphen gespickt ist, gewinnt es Lebendigkeit durch die vielen interessanten Einzelfälle, die der Autor von den verschiedensten Organisationen übernimmt, da es ihm selbstverständlich nicht möglich gewesen wäre, für alles eigene Erhebungen zu machen. Vieles liest sich wie ein Horrorkrimi, und man ist erschüttert über die entsetzlichen Verbrechen, die in unserem angeblich so aufgeklärten Jahrhundert möglich sind. Markus DREIXLER weist auch auf jene Schwächen der Gesetze hin, die es den skrupellosen Ausbeutern möglich machen, immer wieder glimpflich davonzukommen, und er prangert besonders jenen Umstand an, daß manche Händler sogar das Risiko einer Bestrafung auf

sich nehmen, da die „Handelsspanne“ so groß ist, daß sich der Schacher mit der Ware Mensch trotz aller Verbote und Gesetze und deren Sanktionsandrohungen als lukrativ errechnet.

Naturgemäß geht der Dissertant vor allem auf die juristischen Seiten der Phänomene ein, aber das Buch ist wegen seiner Fallstudien sicher auch für Fachleute anderer Fakultäten interessant. Dem Normalleser wiederum öffnet es die Augen für die Katastrophe, die durch ein ungezügelttes Besitz- und Machtstreben, aber auch durch eine immer weitere sittliche Entartung entstanden ist.

Kritisch wäre dem Umstand zu begegnen, daß der Autor, was die Begründung von Strafsanktionen anlangt, einer liberalen Rechtspraxis das Wort redet. Höchstes Gut ist für ihn die absolute Selbstbestimmung des menschlichen Individuums, die nur durch den Rang des Allgemeininteresses eine Beschränkung erfahren dürfe. Normen, die darüber hinausgehen, werden prinzipiell abgelehnt, da in erster Linie die persönliche Autonomie erhalten werden muß.

Am Ende seiner Abhandlung fordert der Jurist eine neue Weltsozialpolitik, die die internationalen Ungleichgewichte der materiellen Mittel so regelt, daß dem kriminellen Menschenhandel der Boden entzogen wird. Er fordert deshalb auf, „grundlegende Veränderungen im weltweiten Umgang der Staaten und Menschen miteinander anzustreben und durchzusetzen.“

Es wäre nun sicher angebracht, die vielzitierte Autonomie des einzelnen genauer unter die Lupe zu nehmen und die Frage zu diskutieren, inwieweit die absolute, uneingeschränkte Autonomie die angeprangerten Mißstände zumindest mitverursacht, und wieweit ihr eine liberale Rechtspraxis Paroli bieten kann.

Freilich sind diese Fragen nicht mehr allein von der Jurisprudenz zu behandeln, da mit ihnen bereits auf philosophisches Terrain übergegangen wird.

E. LINDT

DAS ÄRZTLICHE GESPRÄCH. GRUNDLAGEN UND ANWENDUNGEN

Fritz MEERWEIN

Verlag Hans Huber - Bern 1998

232 Seiten

ISBN 3-456-83141-2

Die Literatur zu den psychologischen Aspekten des ärztlichen Gesprächs ist immens und wächst täglich rapide an. Sich auf dem laufenden zu halten, ist sicher nur dem Spezialisten möglich. In dieser Situation hat der Verlag Hans Huber den Nachdruck der dritten Auflage von F. MEERWEINS Einführung in die psychosomatischen Aspekte der ärztlichen Gesprächsführung aus 1986 unternommen. Möglichen Angriffen bezüglich Antiquiertheit der Aussagen zum Trotz bietet diese Übersicht die Qualitäten eines klassischen Propädeutikums.

Zunächst werden die Grundbegriffe der psychoanalytischen Theorie dargelegt. Hierbei wird in wohlthuender Abwehr omnipotenter Erklärungsmodelle der Unterschied zwischen den Objekten empirischer Forschung, welche Teilaspekte menschlichen Verhaltens untersucht, und dem ganzen Menschen aufgezeigt. „Der Mensch als Ganzes kann nie Gegenstand empirischer Forschung sein“. Auf der Basis dieser Klarstellung gelingt dem Autor dann eine beachtlich übersichtliche und praxisnahe Skizzierung der Grundzüge des psychoanalytischen Modells. Hierbei wird die Dichotomie psychogene versus somatogene Störungen abgelehnt und der Begriff des „somatischen Entgegenkommens“ bei der psychopathologischen Symptombildung eingebracht.

Im folgenden Abschnitt werden wesentliche Aspekte des praktischen ärztlichen Gesprächs wie die Eröffnung des Erstgesprächs, Übertragung und Gegenübertragung und verschiedene Interventionsformen dargestellt. Es folgen die Erörterung beson-

derer Gesprächssituationen wie das ärztliche Gespräch in der Klinik, das Gespräch mit dem depressiven Patienten, mit dem alten und sterbenden Patienten. Abschließend werden psychodynamische Modelle einzelner Krankheitsbilder wie Anorexia nervosa und Colitis ulcerosa vorgestellt. Das vom Autor vorgeschlagene Gespräch „fordert den Arzt nicht ... dazu auf, dem Kranken mehr Zeit zu widmen, aber dem Kranken so zuzuhören, daß schließlich Zeit gespart wird“.

Als Propädeutikum vereint der vorliegende Band die Einfachheit in der Darstellung der Thematik im Interesse des Anfängers mit der Fundiertheit in den Detailaussagen und der Kraft zur Synopse, die den erfahrenen Spezialisten kennzeichnen. Zahlreiche illustrierende Zitate sowie das ausgedehnte Literaturverzeichnis sichern die wissenschaftliche Grundlage.

Das sicher aktuelle Kapitel „Über den Wunsch nach Freitod Schwerkranker“ bietet klare und wertvolle Aussagen, wie z.B., daß die Rede darüber „sich in den Sterbezimmern Krebskranker als bloßer Euphemismus entpuppt. Seine Herkunft aus dem Vorzimmer des Todes, in denen sich die Gesunden oder die Nocheinmal-Davongekommenen aufhalten, kann er dort nur schlecht verleugnen“. Ob die Übereinkunft zwischen Sigmund Freud und seinem letzten Arzt, Max SCHUR, über die Verabreichung einer Dosis Morphium, aus der FREUD dann nicht mehr erwachte, als „Glücksfall“ und „anzustrebendes Ideal“ anzusehen ist, bleibt wohl in Diskussion. Ungeachtet dieser Position eignet sich das Buch insgesamt sowohl als Einstiegslektüre für Studierende der Medizin und Psychologie als auch als anregende Gesamtschau für den in Psychoanalyse oder Psychosomatik versierten Fachmann.

G. TRIBL

**BEGRENZUNG DER AUFKLÄRUNGS-
PFLICHT DES ARZTES BEI KOLLISION
MIT ANDEREN ÄRZTLICHEN PFLICH-
TEN**

Hans-Jürgen ROßNER

Peter Lang Verlag- Frankfurt am Main 1998

429 Seiten

ISBN 3-631-31905-3

Dieses Buch stellte eine Dissertation dar, ist juristisch wissenschaftlich formuliert, nicht nur zentriert auf die Vergleiche der Rechtssprechung zwischen Deutschland und USA in dem angegebenen Thema, sondern weitausholend und systematisch in seiner Behandlung aller juristisch denkbaren Möglichkeiten, wie, wann und weshalb die Aufklärungspflicht des Arztes limitiert ist.

Der Stil des Werkes ist in der Sprache der Juristen abgefaßt, daher für den juristischen Laien nicht einfach zu lesen, wenngleich durch Kasuistiken und anschauliche Beispiele aufgelockert.

Das Interesse des Arztes ist schon durch den Titel geweckt, wohl auch ein Grund, daß diese Rezension von einem Mediziner erbeten wurde.

Der Autor des Buches legt eine erstaunliche Weitsicht und einen Einblick in die Fähigkeiten des Arztberufes an den Tag, die ihn dazu befähigen, jenen Ausnahmezustand zu erfassen, in dem sich Ärzte unvermutet befinden, wenn sie ihre schützende, lindernde und heilende Tätigkeit für Schwerstkranke zur Entfaltung bringen sollen.

Der Autor zeigt einerseits auf, wie sich vom Standpunkt der Autonomie des Patienten aus der gegenseitige Umgang von Patient und Arzt gravierend verändert hat- nicht immer zur Zufriedenheit beider. Vielmehr bewegt uns Ärzte das Problem, wie wir mit der „neuen Freiheit“ unserer Patienten am besten umgehen: Es ist klar, daß wir den Zeiten entwachsen sind, als Ärzte ihre Patienten wie unmündige Kinder behandelten, auch wenn sie dabei liebevoll und verantwortungsbewußt vorgegangen sein mögen (Paternalismus). Dieser Zustand wurde gra-

vierend verändert, je mehr die Patienten und ihre Rechtsvertreter in die Planung einer Diagnostik und Therapie einbezogen werden wollten.

Daraus hat sich schließlich eine neue Sparte der Jurisdiktion, nämlich die der Patientenrechte entwickelt, welche zwangsläufig auf seiten der Ärzte zu einem Pflichtenkatalog führen mußte.

Eine sehr zentrale dieser Pflichten ist die Aufklärungspflicht, die nicht nur zur Mitentscheidung des Patienten, sondern auch zur Eindämmung der Schadenersatzklagen gegen die Ärzte dienen darf.

Der Autor arbeitet nun mustergültig heraus, wie in so manchen gar nicht so seltenen oder weit hergeholtten Kasuistiken die Aufklärungspflicht zum Bumerang werden kann, wenn nämlich auf die Verfaßtheit des Patienten einerseits und den objektiven Nutzen der Aufklärung andererseits zu wenig Bedacht genommen wird. Hier wurden die Ursprünge des „therapeutischen Privilegs“ (USA der 70er-Jahre) aufgezeigt, sowie dessen Integrierung in die deutsche und letztlich österreichische Spruchpraxis.

Das „Privileg“ des Behandlers besteht dabei nicht in einer neuen Form der Paternalisierung, sondern eher in einem „privilegium odiosum“, einer unangenehmen Aufgabe, die ihm aber leider niemand abnehmen kann: den Patienten „vor sich selbst“, unter Umständen vor seinen Angehörigen zu schützen, damit ihm durch das Oktroy der Aufklärung kein zusätzliches, unnötiges Leid erwächst („Aufklärungsschaden“).

Der Autor geht mit aller gebotenen Umsicht an das Problem heran, dreht und wendet es nach allen denkbaren Seiten (extensive gegenüber restriktiver Risikoaufklärung, Einschränkung gegenüber Einbeziehung der Interessen Dritter, Relevanz des Betreuungsrechtes etc.), um alles Für und Wider bezüglich der Begrenzung der Aufklärungspflicht in einem sehr fundierten und gut lesbaren Kapitel zusammenzufassen.

Besondere Anerkennung verdient der Autor für das Kapitel „Lösungsvorschläge“, das auf über 100 Seiten zu allen angesprochenen Pro-

blemen Stellung nimmt, sie dem – auch für den juristischen Laien nachvollziehbaren – Vergleich der Rechtspraxis in den USA und in Deutschland unterwirft, wobei er keiner der kniffligen Fragen aus dem Wege geht, die in der ersten Hälfte des Buches akribisch angeschnitten worden sind.

Das Buch stellt eine Bereicherung für die Information von uns Ärzten dar, weil es gewisse Aspekte des neuen Umgangs zwischen Patient und Arzt wieder relativiert und zurechtrückt. Das Stichwort „therapeutisches Privileg“ ist in unseren Landen gut verwurzelt und auf gutem Wege, Allgemeingut zu werden. Der extreme Begriff des „Aufklärungsschadens“ ist interessant, aber noch bewährungsbedürftig.

Für Ärzte, Juristen, Studenten der Medizin und des Rechts, für Pflegepersonen in leitender und lehrender Stellung, und für alle Spitalsbibliotheken bestens zu empfehlen!

F. KUMMER

BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG – ENTWICKLUNG UND EVALUATION VON GESUNDHEITZIRKELN ZUR PRÄVENTION ARBEITSBEDINGTER ERKRANKUNGEN

Wolfgang SLESINA, Franz-R. BEUELS, Reinhold SOCHERT

In Gesundheitsforschung. Herausgegeben von Bernhard BADURA, Klaus HURRELMANN, Alexander KRÄMER und Ulrich LAASER

*Juventa Verlag Weinheim und München 1998
ISBN 3-7799-1179-5*

Der Einfluß der Arbeit auf die Gesundheit der Arbeitnehmer läßt sich außer bei mechanischen und toxischen Belastungen nur schwer verifizieren. Speziell psychische Faktoren sind nur unter Einbeziehung aller Lebensumstände zu bewerten. Hier versuchen die Autoren mit Hilfe von Fragebogen über die Angaben der Arbeitnehmer, die Krankheitshäufigkeit und

die Erkrankungen bzw. die Beschwerden Profile zu erarbeiten, die den Ansatz für die Präventionsmaßnahmen bilden. Sie verbinden das „integrierte Belastungs-Beanspruchungs-Konzept“ mit einem phänomenologischen Ansatz, wobei auch psychosozialer Stress mitberücksichtigt werden kann. Eine spezielle, persönliche Befragung und die Gruppendiskussion ergänzen die methodischen Instrumente, deren Effekte auch verglichen werden. Als wesentlichen Erfolgsgaranten werden die Einbeziehung aller Beteiligten inklusive der zuständigen Verantwortlichen, Sicherheitstechniker, Betriebsärzte, Leitungspersonal etc. gesehen, die in offener Diskussion Situationskritik, Beschwerdekataloge, aber auch Lösungsvorschläge erbringen. Auf die Rolle der steuernden Moderatoren wird hingewiesen. Regeln und Struktur der Gesundheitszirkel sind klar beschrieben, Moderatoren, Verfahrensschritte und Merkmale definiert. Der verwendete Fragebogen enthielt 26 Items, die in einer Belastungs-Beschwerde-Matrix auszufüllen waren und die Selbstwahrnehmung der Beschäftigten reflektierte.

Die Durchführung des Projektes erfolgte in zwei Abschnitten in Schmelz-, Schmiede-, und Walzbetrieben, im ersten Abschnitt mit sieben Gesundheitszirkeln, im zweiten mit neun. Nach dem einleitenden Gespräch mit Firmenleitung und Abteilungsleitern, sowie Betriebsarzt und Ergonomieverantwortlichen fanden Informationstreffen statt, wo die Teilnehmer und Vertreter der Zirkel gewählt wurden. Pro Gruppe fanden 11-13 Sitzungen statt. Die Ziele der Forschungsgruppe waren die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Verringerung der Befindenstörungen (Befindlichkeitsstörungen), und die Zusammenarbeit mit allen betrieblichen Gruppen zur Schaffung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Dann erfolgte die Evaluierung der ausgefüllten Fragebogen, die für die Gesundheitszirkel die Diskussionsgrundlage bildeten. Als Resultat der Diskussion ergaben sich Änderungsvorschläge, die an die Leitung der Betriebe weitergegeben und so-

weit wie möglich dann auch umgesetzt wurden. Als wichtige Maßnahme wurde von den Initiatoren die Protokollierung der Sitzungen angeführt, da sich daraus eine Verbesserung des Entwicklungsverlaufes erzielen ließ.

Weitere vier Kapitel beschreiben die Situationen von Kranfahren, Steuerleuten im Warmwalzbetrieb, Anlagenbedienern im Warmwalzbetrieb und Stationsinstandhaltern, die in Betriebs-, Arbeitsbeschreibung, Arbeitsaspekte, wahrgenommene Belastungs-Beschwerden-Zusammenhänge und Änderungsvorschlägen gegliedert werden. Spezielle Risiken wie Umgebungseinflüsse sind detailliert angeführt, gravierende mechanische, aber auch zeitliche und leistungsbedingte Vorgaben berücksichtigt und ergonomische Mängel werden aufgedeckt.

Die Gesamtergebnisse der Untersuchungen werden nach Zahl und Art der Arbeitsaspekte beurteilt, dabei werden hier lediglich Übereinstimmungen angegeben. Bei den Themenbereichen finden sich schwere körperliche Arbeit, Zeit/Leistungsdruck und Unfallrisiko als häufigste Probleme. Auch kumulierende Faktoren ließen sich eruieren. Die vorgeschlagenen Änderungen sind besonders häufig gegenüber einem Unfallrisiko erfaßt, Hitze und Schwerarbeit sind die nächst häufig genannten Änderungswünsche. Die genaue Anzahl der durchgeführten Änderungen wird von den Autoren nicht angeführt, sie werden auf ca. 35% geschätzt. Als wesentlichen Erfolg geben die Autoren die Aktivierung der Mitarbeiter betreffend Änderungsvorschlägen am Arbeitsplatz und Bewußtmachen der Risiken an, die sonst als gegeben angenommen werden und als nicht änderbar angesehen wurden. Weiters sind die Gespräche untereinander und mit den leitenden Personen als Verbesserung der Kooperation und Konsensbereitschaft angeführt, die auch eine Verbesserung des Arbeitsprozesses auslösten.

Zwei Jahre nach Abschluß der Gesundheitszirkel fanden Evaluationssitzungen statt, wo die Ergebnisse neuerlich besprochen wurden: Es ging um positive Aspekte der Zirkel, freie

Gesprächsart, Aufgreifen wichtiger Gefährdungsmomente, Zufriedenheit bei den Beteiligten, Empfehlung für die Weiterarbeit, etc.

Im letzten Kapitel wird der hier verwendete „Düsseldorfer Ansatz“ mit dem „Berliner Ansatz“ verglichen und auf weitere 317 Gesundheitszirkel hingewiesen, deren Initiation und Moderation speziell von Betriebsärzten übernommen werden sollte. Die Beispiele der im Buch beschriebenen Zirkel sollten durch Untersuchungen in Betrieben des Bürobereiches und besonders in kleineren Unternehmen ergänzt werden, sie bilden eine Basis des Zusammenführens von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Da diese von der Basis getragen werden sollten, können sie als eine gute Ergänzung bzw. Vorbereitung des Arbeitsschutzausschusses angesehen werden, der für diese Aufgaben nicht die nötige Zeit besitzt.

Ein Bericht für motivierte Arbeitnehmer, Betriebsärzte, Betriebspsychologen, Ergonomiefachkräfte, Sicherheitstechniker und weitsichtige Arbeitgeber, denn „gesunde Arbeitsplätze“ mit motivierten Arbeitern, die auf die eigene Gesundheit achten, verbessern letztlich den Erfolg eines jeden Betriebes!

O. JAHN

THE PHILOSOPHY OF NATURE OF ST. THOMAS AQUINAS

Leo ELDERS

Peter Lang Verlag - Frankfurt am Main 1997

387 Seiten

ISBN 3-631-31602-X

Mit diesem Textbuch bietet der Peter Lang Verlag eine anziehende und aktualisierte Einführung in die Naturphilosophie.

Neben einer breit angelegten allgemeinen Naturphilosophie (107 Seiten), werden in ausgedehnten Abschnitten die Bewegung und die Veränderung gesondert abgehandelt. Der dritte Teil des Buches über 250 Seiten ist der spekula-

tiv-philosophischen Psychologie gewidmet. Ein ausreichendes Sach- und Namensverzeichnis runden das Werk ab.

Der Autor, zur Zeit an der Philosophischen Hochschule Gustav-Siewerth tätig, hat in diesem Buch seine jahrzente lange Lehrerfahrung einfließen lassen. Die Grundlinie dieses Lehrbuches bildet eine geraffte und dennoch vollständige Darlegung der aristotelisch-thomistischen Sichtweise und deren Beiträge zum philosophischen Naturverständnis. Ganze Textpassagen von ARISTOTELES und THOMAS VON AQUIN werden in dieses Lehrbuch aufgenommen, so daß es dem Leser anheim gestellt bleibt, diese klassischen Passagen den ansprechenden und originellen Deutungen des Autors gegenüberzustellen. Es gelingt auch dem Autor, die Intentionen der Klassiker herauszuarbeiten und Mißverständnisse in der Rezeption der aristotelisch-thomistischen Begriffe zu klären. Dadurch kann sich der Leser von der Aktualität der Gedankengänge in den aristotelischen und thomistischen Texten überraschen lassen. Einen Schwerpunkt bildet hier die Klärung des Naturbegriffes und dessen Wandel im Laufe der Geschichte (Seite 56 bis 57).

Der Leser findet im dritten Teil der spekulativen-philosophischen Psychologie eine anregende Auseinandersetzung mit der Evolutionstheorie und der Frage der Hominisierung (Seite 346-364). Zum Studium der speziellen Themen der spekulativ-philosophischen Psychologie bietet der Autor jeweils eine knappe Einführung, die der interessierte Leser in weiterführenden Abhandlungen vertiefen sollte.

Positiv auffallend sind die häufigen Verweise des Autors auf gegenwärtige Forschungsergebnisse der Naturwissenschaften. Die intensive Auseinandersetzung mit den jeweiligen divergierenden philosophischen Positionen, quer über die ganze Ideengeschichte, bieten dem Leser eine Orientierungshilfe im philosophischen Disput.

Aufgrund der beachtlichen Zahl angeführten und zitierten Werke wäre in einer deutschsprachigen Ausgabe dieses Werkes eine systematische Angabe dieser Werke und deren

Autoren im Anhang begrüßenswert. Dieses Werk sollte einen Verleger finden, der es auf Deutsch herausgibt, denn es stellt einen originellen und mutigen Versuch dar, die aristotelisch-thomistische Naturphilosophie heute verständlich zu machen.

CH. SPALEK

*DIE GROßE KRANKHEIT DER ZEIT
ODER GRUNDLAGEN EINER MEDIZIN-
PHILOSOPHIE*

Michael IMHOF

Verlag: Königshausen & Neumann, Würzburg
1997

216 Seiten

ISBN 3-8260-1441-3

Der Text des vorliegenden Buches wird vornehmlich in drei Schichten geschrieben, in einer physikalisch-quantentheoretischen Schicht, in einer humanbiologisch-ärztlichen und in einer philosophisch-theologischen Schicht; die jeweiligen Entsprechungen dieser Schichten wurden zusammengefügt bzw. gegenübergestellt und zu einer komplexen Medizinphilosophie vereinigt.

Der Autor, wissenschaftlicher Chirurg (5), beginnt seine Überlegungen mit der Geistesgeschichte der Medizin, schildert alle ihre Epochen und stellt die physikalischen, chemischen, physiologischen, pathologischen, philosophischen, ethischen und religiösen Beziehungen in der Sichtweise von Theorie und Praxis der Humanmedizin dar, (welche immer schon als Natur- und Geisteswissenschaft verstanden wurde). Physikalische Gegebenheiten des menschlichen Organismus werden bis in die Dimension der Quantentheorie hinein erörtert. E. SCHRÖDINGER spannte „den Bogen von der Wellenmechanik der Quantentheorie über die thermodynamische Betrachtungsweise hin zur mystischen Schau Gottes“ (85). Transkulturelle religiöse Auffassungen werden mit biologischen Elementen menschlichen Lebens verbunden,

insbesondere werden die geistige Demut angesichts des nahenden Todes (SOKRATES), die Überwindung des Leidens durch das rechte Wissen (BUDDHA) und die Überwindung des Leidens durch die Liebe (JESUS) eingefügt in die Ganzheitsstruktur des Heilens, in die geistige Dynamik des Lebens; das Geheimnis des Lebens korrespondiert mit der Geistigkeit des Heilens.

An den Phänomenen der carcinogenen Erkrankungen und des Hirntodes diskutiert der Autor seine Auffassungen für die Grundlagen einer Medizinphilosophie und schreibt zuletzt: „So könnte der moderne Arzt Priester, Naturwissenschaftler und Philosoph gleichzeitig sein“, gemäß der Forderung des HIPPOKRATES (208). „Der Patient der Medizin der Zukunft wird zum menschlichen Du werden, die Einsicht wird herrschen, daß Krankheit immer eine Störung von Harmonie des Gesamten ist“ (208), von allem, was dem Humanen zuzuordnen ist.

Der Autor hat, weit ausholend, die humanbiologischen, ethischen und religiösen Systeme und Auffassungen unter Benützung moderner Literatur oft bis in Einzelheiten dargestellt – ohne jedoch der Falle aller Religionswissenschaft zu entgehen, JESUS CHRISTUS gleichrangig mit SOKRATES, BUDDHA, (HIPPOKRATES und anderen) einzustufen.

GOTTFRIED ROTH

**DER HIRNTOD
EIN MEDIZINISCHES PROBLEM UND SEINE
MORALPHILOSOPHISCHE TRANSFORMATION**

Ralph STOECKER

Alber, Praktische Philosophie Band 59

Freiburg/München, 1999

360 Seiten

ISBN 3-495-47939-5

In der medizinischen Praxis gilt nahezu als unumstritten, daß mit dem endgültigen Ausfall des ganzen Gehirns, der Mensch tot ist. Bis

jetzt war diese Materie Monopol der Mediziner und Biologen. Juristen und Philosophen haben dazu bis vor kurzem wenig zu sagen gehabt. Ihre Bedenken werden aber immer lauter, werden von den Ärzten jedoch kaum ernst genommen. Sie mußten oft von den „Göttern in Weiß“ den Vorwurf einstecken, sie reden ohne nur einen Fall zu kennen. In den letzten Jahren haben aber auch Ärzte in Europa und Amerika Bedenken angemeldet und damit die Diskussion richtig in Gang gebracht. Auf den fahrenden Zug sind dann auch Juristen und Philosophen voll aufgesprungen. Viele, darunter auch der Autor des Buches, regen sich zunächst einmal über den Entstehungszusammenhang der Hirntoddefinition auf. Die Fortschritte der Intensivmedizin und der Transplantationsmedizin haben zweifelsohne mitunter kausal dazu beigetragen, daß diese Definition festgelegt wurde und sie sehr rasch eine allgemeine Zustimmung in Praxis und Gesetz gefunden hat. Aber die zweifelsohne unglückliche Optik der Koppelung von Hirntod und Transplantationsmedizin kann nicht eine stichhaltige Argumentation ersetzen. Man muß doch letztlich immer zwischen dem Begründungs- und dem Entstehungszusammenhang unterscheiden, was in dem Fall sicherlich durch die Ideologisierung der Debatte, die auch von der Grünbewegung angeheizt wird, schwer geworden ist.

Dem Autor des Buches kann man sicherlich nicht vorwerfen, daß er sich mit vordergründigen Argumenten zufrieden gibt. Ganz im Gegenteil enthält das Buch, das eine Überarbeitung seiner Habilitationsschrift an der Fakultät für Geisteswissenschaft und Philosophie der Universität Bielefeld ist, eine ganz außergewöhnliche und auch hervorragende Auseinandersetzung mit dem Thema. Der Autor begnügt sich nicht aus der Perspektive der philosophischen Anthropologie und der Ethik zu argumentieren, sondern zieht einen sehr breiten Bogen, der die ganze Philosophiegeschichte – von den Präsokratikern über AUGUSTINUS bis hin zu WITTGENSTEIN und Peter SINGER – eben-

so die Literaturgeschichte – von HOMER über BALZAC bis hin zu SARTRE und BRECHT – die Medizingeschichte, die Thanatologie und Kultursoziologie umfaßt.

In den ersten Kapiteln wird die Hirntoddebatte in ihrer Genese und Ausrichtung ideologiekritisch analysiert. Hier fällt zum ersten Mal auf, daß, obwohl der Autor nur von der Hirntoddefinition spricht, mit den gleichen Argumenten auch die kardiorespiratorische Todesfeststellung in Frage stellt. Im zweiten Kapitel prüft der Autor jene gängigen Argumente, die die Gleichstellung von Hirntod und Tod des Menschen untermauern wollen. Aus den ersten zwei Kapiteln zieht er den merkwürdigen Schluß, daß in Hinblick auf die Todesfeststellung und näher hin auf die Frage, ob Hirntod auch ein Tod des Menschen ist, nur eine morphologische Charakterisierung des Lebens hilft: Leben ist eine artspezifische Zellstruktur oder eine artspezifische, aus Körperzellen zusammengesetzte Struktur: „Tot ist er (der Mensch) dann, wenn die menschentypische Zusammensetzung aus Körperzellen nicht mehr besteht, die erklärt, weshalb es überhaupt Menschen auf der Welt gibt.“ Welche die typische Struktur einer Spezies ist, ist eine Frage, die an die Naturwissenschaften gerichtet ist (S.85). Damit übergibt er die Frage an die Naturwissenschaft, ohne sich weiter mit dem Ausdruck der artspezifischen Zellstruktur auseinanderzusetzen. Obwohl er in seiner Todesdefinition auf die Naturwissenschaft zurückgreift, spielt offensichtlich die Definition des Todes keine besondere Rolle in der Prüfung der Frage, ob der Hirntod der Tod des Menschen ist oder nicht. Daß – wie der Autor behauptet – bereits auf Grund dieser Definition nachgewiesen ist, daß Hirntod und Tod des Menschen nicht deckungsgleich sind, wird kaum jemand nachvollziehen können. Diese ziemlich formale Definition des Lebens weicht in keiner Weise von jener anderer Autoren ab (z.B. J.BONELLI et al. „Brain death: understanding the organism as a hole“, *Medicina e Morale* 1999/3: 497-515),

die für eine Gleichstellung von Hirntod und Tod argumentieren. Vielleicht ahnt es der Autor, wenn er sich aufrichtig die Frage stellt, ob er es sich überhaupt nicht zu einfach gemacht habe und ob die Begriffe des Todes und des Lebens komplexer sind, als sie nach seiner Analyse erscheinen. Eine mutige Kontrollfrage, die er allerdings nicht überzeugend beantwortet. Für STOECKER werden viele der mit der Hirntod-Debatte verbundenen Probleme verständlich, wenn man annimmt, daß unser moderner Todesbegriff immer noch in der Tradition des Seelenbegriffs steht. Diese Tradition unterscheidet nämlich nicht zwischen einer ernährenden und einer denkenden Seele, und daher kann – so STOECKER – zwischen biologischem und menschlichem Leben unterschieden werden. Aber auch dagegen argumentieren meines Erachtens recht schlüssig die Verteidiger der Hirntoddefinition, die diesen Unterschied nicht wirklich gelten lassen.

In der zweiten Hälfte des Buches bemüht sich der Autor Eigenschaften zu finden, die für die Personalität des Menschen maßgeblich sein könnten, um dann zu prüfen, ob damit doch die Hirntoddefinition „zu retten“ sei. Immer wieder findet er scheinbar Eigenschaften, die ganz überzeugend sind. Manchmal läßt er den Leser fest daran glauben, daß sogar er selbst – der Autor endlich überzeugt ist und die Behauptungen der ersten Hälfte des Buches revidiert, aber letztlich werden auch diese von ihm widerlegt. So z.B. diskutiert er die frühere Position von SHEWMON, der inzwischen seine Position total revidiert hat und zum Gegner der Hirntoddefinition geworden ist. Der Autor behauptet, daß die Argumentation des früheren SHEWMON schlüssig und kaum angreifbar sei. Er geht dann die Einwände aller Kritiker der SHEWMON Position der Reihe nach durch und verwirft sie, im letzten Moment fällt ihm noch ein Argument ein, mit dem er meint, doch die starke Argumentation von SHEWMON entkräftet zu haben. Diese Argumentationsstrategie ist etwas mühsam und schadet dem Dialog mit dem Leser.

Die abschließende These STOEKERS (Kapitel 6) ist die der Auflösung der ethischen Grundannahme über den Tod, d.h. daß in der Geschichte eines Menschen durch den Verlust ethisch relevanter Eigenschaften ein Umschwung eintritt, durch den sich seine ethische Stellung auflöst (Tod). Gerade die Intensivmedizin – so der Autor – zeigt den Abbau des Menschlichen im Menschen als einen Prozess: „Man weiß, wann dieser Mensch zu leben aufgehört hat, aber der Verlust des biologischen Lebens ist damit nur ein Verlust unter vielen, nur eine Etappe im schrittweisen Verlust an ethischen Gewicht“ (S.331).

Einem Autor, der wirklich so viele Argumente und Gegenargumente über eine These auf ihre Stimmigkeit prüft, ist schwer zu sagen, daß er gerade das Falsche geschrieben hat. Er hätte aber vielleicht jener Argumentation, die aus der Aussage SPAEMANS resultiert, die er selber zitiert hat, folgen können. SPAEMANN sagt nämlich, daß die Grenzen des Lebens zugleich die Grenzen des funktionierenden Organismus seien. Anstatt eine Eigenschaft zu suchen, die für die Personalität zuständig ist, wäre vielleicht der richtige Weg, jener der Suche nach hinreichenden und notwendigen Eigenschaften des funktionierenden Organismus, um dann zu prüfen, ob diese beim Hirntoten gegeben sind. Dies haben BONELLI *et al.* in der oben erwähn-

ten Arbeit getan und kommen zur Schlußfolgerung, daß beim Hirntoten der Organismus tot ist.

Wie eingangs gesagt, handelt es sich um eine Habilitation. Es werden auch viele Nebenthemen nicht behandelt. Nichtsdestotrotz kann man sagen, daß jeder Satz des Textes seine Berechtigung hat. So zum Beispiel wäre m.E. die Behandlung des Utilitarismus und die Kritik an den Präferenzutilitarismus von Peter SINGER in diesem Zusammenhang nicht unbedingt notwendig, sie trägt wirklich wenig zum Thema bei, aber trotzdem handelt es sich um eine sehr fundierte Kritik, die für andere Debatten von Nutzen sein könnte. Erstaunlich ist aber, daß die Argumentation des Autors zur Begründung der Sittlichkeit der Organexplantation von lebenden Hirntoten trotzdem rein utilitaristisch ausfällt: dem Hirntoten kann dadurch nicht geschadet werden, aber demjenigen, dem das Leben gerettet wird, erhält einen großen Nutzen.

Das Buch ist sicherlich nicht für Mediziner, sondern für Philosophen geschrieben. Man wird sehen, ob die darin enthaltenen wertvollen Gedanken und Argumentationen zur Klärung der Frage oder zur weiteren Verwirrung einen Beitrag leisten.

E.H.PRAT

Imago-Hominis- Seminar 2000
Das medizinische Ethos an der Jahrtausendwende

Ort: Zell am See
Termine: 6.-9. April 2000

Donnerstag 6.4. abends

Ankunft und Begrüßung

Freitag 7.4. Ethische Dilemmas

Hans Thomas (Lindenthal Institut, Köln)
Von Hippokrates bis Kevorkian

Notburga Auner (KH St. Elisabeth, Wien)
Die Medikalisierung des Lebens:
Lifestyle – Medizin

Enrique Prat (Imabe-Institut)
Der therapeutische Übereifer

Falldiskussion

Samstag 8.4. Neue Paradigmen

Peter Költringer (KH Barmherzige Brüder, Graz)
Neue Anforderungen an die kommunikative
Kompetenz des Arztes

Enrique Prat (Imabe-Institut)
Ökonomie und Qualitätssicherung: Mehr als
Modewörter?

Johannes Bonelli (KH St. Elisabeth, Wien)
Das neue Paradigma einer sinnorientierten Me-
dizin (S.O.M.). Wie relevant ist EBM wirklich?

Falldiskussion

Sonntag 9.4. Die Tugenden des Arztes

Walter Schweidler (Universität Dortmund)
Wiederentdeckung der Tugend

Ort: Sport-Hotel-Alpin – Zell am See

Teilnehmergebühr inkl. Vollpension

Normal-Preis	6.500,-
für Imago Hominis-Abonnenten	6.000,-
Zusatz für 1 Begleitperson (im Doppelzimmer):	2.700,-

Anmeldungen bis 17. März 2000 an:

IMABE – Institut für medizinische und anthro-
pologische Medizin
Landstr. Hauptstr. 4/13
A - 1030 Wien

Tel.: 01/715 35 92

Fax: 01/715 35 93

e-mail: postbox@imabe.org

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS

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) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

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

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

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

IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486

Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben

Nr. 3: Drogen

VORSCHAU

Imago Hominis BAND VII/NR. 1/2000

Schwerpunkt

ZUKUNFT DER BIOETHIK: TUGENDEN UND PRINZIPIEN

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

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
E-Mail: postbox@imabe.org
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Dr. Antoine SEGUR-CABANAC
Dkfm. Peter HARTIG
Mag. Edel M. CECH
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers,
Grundlegende Richtung:
Homo 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: Alexander GUDENUS
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großbeersdorf
Anzeigenkontakt:
Claudia LAPKA
Einzelpreis:
Inland ATS 120.–,
Ausland ATS 150.–
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.–,
Ausland ATS 500.–
Studentenabo ATS 250.–
Fördererabo ATS 1.000.–
Abo-Service:
Claudia LAPKA
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 gemäß
§ 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der
Fassung des Steuerreformgesetzes
1993, BGBl.Nr. 818/93, an.
Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.

IMABE