

Imago Hominis

BAND VII/Nr. 3 • 2000 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 173

AUS AKTUELLEM ANLASS

- N. AUNER *Die Entschlüsselung des menschlichen Genoms* 176
E. PRAT *Warum Menschen klonen?* 178
AIDS in Afrika 182

SCHWERPUNKT *Ethik im Krankenhaus*

- J. BONELLI, H. MÄDER
Qualitätssicherung im Krankenhaus und Tugenden. Ein Fragenkatalog 189
E.H. PRAT
Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung des Zusammenhangs .. 199
P. KÖLTRINGER
Neue Anforderungen an die kommunikative Kompetenz des Arztes 213

S.O.M.

- Bewertung der Multicenterstudie über die Prävention bei Koronarherzkrankheiten* 222

NACHRICHTEN 225

- Drogen ♦ Abtreibung ♦ Haftung ♦ Suizid ♦ Klonen
Gesundheitspolitik ♦ Psychiatrie ♦ AIDS ♦ Lifestyle*

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 228

BUCHBESPRECHUNGEN 230

ANKÜNDIGUNG SYMPOSIUM 238

NEUERSCHEINUNG 240

BERICHTIGUNG 242

IMPRESSUM 243



DVR: 002987(017)

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)
Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Elisabeth HASELAUER (Soziologie, 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)
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
www.imabe.org

QUARTALSSCHRIFT DES
INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN 1021-9803

ISSN

In den beiden letzten Ausgaben von *Imago Hominis* wurde versucht den Blick auf die Thematik „Tugend“ und das Konzept der Tugendethik zu lenken. Die „Tugend“, von der Philosophie der Moderne verworfen, wird wiederentdeckt. Und zurecht, denn unseres Erachtens ist das Instrumentarium vieler Lösungsansätze für die zahlreichen Fragestellungen der Bioethik im Konzept der Tugendethik enthalten. In den vergangenen Ausführungen wurde vornehmlich allgemein und abstrakt über die Tugenden gesprochen. In dieser Nummer soll es konkreter werden. So wird aufgezeigt, dass die Tugenden im Alltag des Krankenhauses oder einer Ordination unbedingt notwendig sind.

Vor wenigen Wochen hat JOHANNES PAUL II an die Ärzteschaft folgende Worte gerichtet: „Dem Kranken muss geholfen werden, nicht nur um das physische Wohlbefinden, sondern auch das psychische und moralische wiederzuerlangen. Das setzt beim Arzt neben der fachlichen Kompetenz eine Haltung der liebenden Sorge voraus, die sich am Bild des guten Samariters im Evangelium inspiriert.“¹

Dies bedeutet, dass fachliche Kompetenz notwendigerweise an eine tugendhafte Haltung gekoppelt werden soll. Sonst verflacht die berufliche Berufung des Arztes und der Dienst am kranken Menschen ist unvollständig.

Die Arbeit im Krankenhaus stellt eine neue, man könnte sagen zusätzliche Herausforderung an den Arzt dar. Der Patient wird einer ganzen Institution anvertraut, und der Arzt ist eingebunden in diese. Er repräsentiert sie, ist aber letztlich wieder nicht der Hauptverantwortliche. Er ist erster Ansprechpartner, nach Dienstschluss aber völlig ersetzbar. Er organisiert Diagnosestellung und Therapie und ist auf die Zusammenarbeit mit einer ganzen Reihe von Personen angewiesen, um seine Aufgaben zu erfüllen. Die besonderen Gegebenheiten des Zu-

sammenarbeitens erfordern beträchtliche Aufmerksamkeit und Sorgfalt. Die möglichen Fehlerquellen liegen auf der Hand. Schlechte Kommunikation, mangelnde Organisation, unzureichende Genauigkeit, ganz gleich auf welcher Ebene der Organisation, stellen für den Patienten eine (unnötige) Belastung und im schlechtesten Fall sogar einen Schaden dar. Hier treten wiederum die Tugenden auf den Plan.

In diesem Zusammenhang sprechen kompetente Krankenhausmanager über die Qualitätssicherung wie von einem Zauberwort. Die Vorstellungen, was darunter zu verstehen ist, weichen stark voneinander ab. Die Frage, die wir uns in diesem Heft gestellt haben ist, ob eine Qualitätssicherung, die unumstritten um die Wahrung der Standards bemüht ist, ohne Forderung nach Tugenden auskommen kann.

Die Autoren des Beitrags „Qualitätssicherung im Krankenhaus und Tugenden. Ein Fragenkatalog.“ haben sich die Mühe gemacht in Form von Fragen einige Bereiche der Tugend im Krankenhaus abzustecken. Die Anregungen haben keine Scheu davor, ins konkrete Detail zu gehen. Manches könnte als eine Selbstverständlichkeit erscheinen, und sie ist es auch. Dennoch zeigt die Erfahrung, dass gerade in Situationen der Arbeitsüberlastung diese Details zuallererst verloren gehen können. Die Themen sind aus dem Leben gegriffen, erheben aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Licht der begonnenen Überlegungen scheint es klar zu sein, dass die persönliche und individuelle Übung der Tugenden aller Mitarbeiter einer Institution des Gesundheitswesens einen ganz wesentlichen vor allem aber unverzichtbaren Beitrag zu Qualitätssicherung stellen. Wie der Zusammenhang begründet wird, ist im Artikel „Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen“ nachzulesen. Die erwähnte Rolle der Kommunikation soll im dritten Beitrag von

P. KÖLTRINGER zur Sprache kommen. Die gegenwärtige Situation stellt gerade im kommunikativen Sektor besondere Anforderungen an den Arzt dar.

In der Rubrik „Aus aktuellem Anlass“ werden drei vieldiskutierte Themen aufgegriffen. Die angekündigte Gesetzesänderung in Großbritannien, die demnächst das „therapeutische Klonen“ menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken freigeben soll, verdient einen ausführlicheren Kommentar. Es ist interessant, auch einiges über die Hintergründe zu wissen. Eine andere Nachricht hat in den letzten Wochen Schlagzeilen gemacht: die Entschlüsselung des menschlichen Genoms ist so gut wie abgeschlossen. Welche Auswirkungen wird dieses Wissen auf die Forschung haben? Welche Änderungen werden auf unsere Gesellschaft zukommen? Feststeht, dass diese wissenschaft-

lichen Erkenntnisse eine sozialpolitische Herausforderung darstellen. Das dritte Thema, das angeschnitten wird, ist seit Jahren ein „Dauerbrenner“. Die Verbreitung von AIDS und die großen gesellschaftlichen und wirtschaftspolitischen Folgen dieser Epidemie in Afrika sind Probleme, die mit höchster Dringlichkeit nach geeigneten Lösungen verlangen. Ein Konzept, das die Würde des Menschen missachtet, kann nur zwischenzeitlich erfolgreich sein. Eine kritische Auseinandersetzung mit den diversen Aktionsprogrammen ist nötig.

Die Herausgeber

Referenzen

1. JOHANNES PAUL II, Ansprache an die Ärzte am 7. Juli 2000

Die Entschlüsselung des menschlichen Genoms

Notburga AUNER

In Kürze, so scheint es, wird die Wissenschaft eines ihrer ehrgeizigsten Ziele erreicht haben: die Entschlüsselung des menschlichen Erbgutes. Dieses Faktum stellt einen Meilenstein für den Fortschritt dar. Politiker, Ethiker, Wissenschaftler, Ökonomen versuchen sich über die Bedeutung dieser Tatsache Klarheit zu verschaffen. Bei öffentlichen Auftritten oder der Mitteilung an die Medien sind nicht immer Klärung, sondern auch Verwirrung die Folge. Die Perspektiven, die sich auftun, sind gewaltig und noch unabschätzbar. Angeheizt wird die Kontroverse durch eine starke Tendenz der Kommerzialisierung der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Beispielsweise hat die Firma Celera, mit Hauptsitz in den USA, durch ihre Forderungen nach Patentierung ihrer wissenschaftlichen Arbeiten in Europa keine Freunde gefunden. Der Widerstand wird zudem emotional geführt, die Argumente pro und contra entbehren häufig der rationalen Fundamente.

Indes ist aber offensichtlich, dass sich die Entwicklung mit oder ohne Patentrecht nicht mehr zurückdrehen lässt, und der Konfrontation mit der Gentechnik nicht aus dem Weg gegangen werden kann. Diverse Spekulationen vornehmlich gesellschaftspolitischer Art, Horrorvisionen und beängstigende Szenarien florieren, weil eine revolutionäre Entwicklung und Veränderung erwartet werden muss. Wenn beispielsweise ein Philosoph in unverantwortlicher Art anlässlich einer Festrede die Gentechnik als Aufforderung verstanden wissen will, für die Bildung eines neuen Menschengeschlechtes nach Maß und Vorgabe, und sich die intellektuelle Elite zur Diskussion aufmacht, dann muss die Gesellschaft die ethische Dimension des Fortschritts und ihre Anwendungsbereiche abstecken, damit sie nicht überrascht und von den Tatsachen eingeholt wird.

Dabei soll aber der Bezug zum aktuellen Wissensstand nicht verloren gehen. Unser genetisches Erbe ist auf 3.120 Mio. „Zeilen“ geschrieben, biochemisch ausgedrückt, den Basenpaaren. Bislang sind ca 97% dieser Zeilen bekannt, es wird angenommen, dass in den nächsten Monaten, bis längstens in 2 Jahren die ausstündigen 3% entschlüsselt sein werden. Interessanterweise sind 99,8% der genetischen Daten bei allen Menschen gleich. Genetisch gesprochen gibt es daher keine verschiedenen Rassen. Die restlichen 0,2% bewirken eine 6 Mio.-fache Unterschiedlichkeit, was mathematisch gesprochen unendliche Möglichkeiten der Kombination ergibt. So ist auch auf genetischer Ebene jeder einzelne Mensch ein unwiederholbares Individuum, Ausnahme sind die eineiigen Zwillinge, die genetisch ident, aber doch in zwei verschiedenen Personen verwirklicht sind. 97% des menschlichen Genoms haben bislang eine nicht ersichtliche Funktion. In den Abschnitten, die nicht Gene (Funktionseinheiten) sind, beobachtet man eine beträchtliche Variabilität. Wahrscheinlich dienen sie der Kontrolle, Suprimierung oder Expression. Die exakte Zahl der Gene ist ebenfalls noch unerforscht, 38.000 sind schon lokalisiert, es könnten aber noch 100.000 bis 150.000 insgesamt werden, wird ebenfalls spekuliert. Dieses Wissen ist weniger Errungenschaft der modernen Medizin, als der Gentechnologie und der Computertechnik, die es ermöglicht haben, das Entschlüsselungsverfahren beträchtlich zu beschleunigen. Die Gesamtentschlüsselung des menschlichen Erbgutes ist aber keinesfalls Endpunkt sondern erst der Anfang der wissenschaftlichen Arbeit. Bald wird man in den Genen lesen können, was sie aber genau zu bedeuten haben, ist noch unbekannt. Der nächste Schritt wird die Entschlüsselung der Proteine betreffen. Schätzungsweise gibt es 100.000 unterschiedliche Eiweiße im menschlichen Orga-

nismus, deren Aufbau ja in kodierter Form auf den Genen festgehalten ist. Erst das Verständnis des Zusammenspiels diverser Proteine und ihrer Funktionsabläufe wird uns Einblick in die pathophysiologischen Zusammenhänge verschaffen. Das erweiterte Wissen um die genaue Zusammensetzung des Erbgutes wird sicher in weiten Anwendungsbereichen zum Einsatz kommen. Seit Jahren wissen wir, dass zahlreiche Krankheiten ihre Hauptursache oder eine Mitursache in der genetischen Konstellation haben. Die genaue Lokalisation der krankmachenden Gene bietet der Prävention neue Möglichkeiten, der Gedanke an alternative Therapieformen, die das Übel an der Wurzel, nämlich auf der genetischen Ebene anpacken, ist nur logische Konsequenz. Die volkstümliche Sprache vom Krebsgen oder dem Alzheimergen vereinfacht eine äußerst komplexe Realität. Zur Zeit ist die Wissenschaft bemüht, bestimmte Genveränderungen mit bestimmten Krankheitsbildern in Zusammenhang zu bringen. Genaue Vorhersagen, ob eine bestimmte Mutation tatsächlich ein bloß zelluläres Geschehen darstellt, oder ob der gesamte Organismus in Mitleidenschaft gezogen und die Krankheit zum Ausbruch kommen wird, sind noch nicht möglich. Die Wissenschaftler sprechen beim Vorhandensein bestimmter Gene von Veranlagungen. So kann man mutmaßen, dass diese Genkonstellation eine Krankheit verursachen wird. Mit Sicherheit vorhersagen kann man es nicht. Die Euphorie der 90-er Jahre, alle Erbkrankheiten durch Genterapien an der Wurzel zu heilen, ist der Ernüchterung gewichen. Tausende von Versuchsanordnungen haben zu keinem wirklich greifbaren Ergebnis geführt. Alles scheint unendlich mal komplizierter als anfangs angenommen. Einige glauben auch nicht mehr an die Durchsetzung der Genterapie. Dafür ist eine andere Vorstellung in den Vordergrund gerückt, die auch realistischer erscheint. Mit Hilfe von Gentests soll die Ansprechbarkeit bestimmter Medikamente erforscht werden. Schon lange wird beobachtet, dass ein und dasselbe Therapiekonzept nicht bei allen Patienten in gleicher Weise gut wirkt. Könn-

te man durch Gentests die Personen erfassen, die auf ein bestimmtes Medikament ansprechen, so könnte man wesentlich besser und zwar individuell behandeln. Aber auch dieser Anwendungsbereich der Gentechnik ist noch eine Vision.

Außer Krankheiten suchen die Genetiker auch nach Veranlagungen, Charaktereigenschaften in den Genen: Intelligenz, Alkoholismus, Homosexualität, Aggressivität. Es ist modern geworden für alles eine „seriöse“ Ursache im Erbgut zu suchen. Selbst wenn dies eines Tages mit Sicherheit nachgewiesen werden kann, bleibt die Tatsache bestehen, dass der Mensch mit seinem persönlichen Charakter immer von Anlage und Umfeld geformt wird. Er ist quasi „Produkt“ eines Zusammenspiels von Erbanlage und Ambiente in das sich der persönliche Wille noch kräftig einmischt. Oder, wie C. VENTER, der berühmt gewordene „Celera“-Chef es erst kürzlich ausdrückte: „Niemand kann sich hinter seinen Genen verstecken.“ Das Genom wird niemandem seine persönlichen Entscheidungen und seine Verantwortlichkeit abnehmen können.

Wichtige Fragen müssen rund um die Gendiagnostik noch ausdiskutiert werden. Wie soll mit diesem Wissen umgegangen werden? Auf persönlicher Ebene, auf medizinischer und im gesellschaftspolitischen (Versicherungen, Arbeitgeber etc.) Bereich. Man kann sich der Vorstellung nicht erwehren, dass eine neue Art der Diskriminierungen entstehen könnte. Menschen könnten nach ihren Erbeigenschaften eingeteilt werden. Die physische Konstitution mit einer beschränkten, aber doch niemals zuvor gekannten Vorhersagbarkeit durch das Wissen um die genetische Veranlagungen könnte zum neuen Maßstab werden. Es ist unvorstellbar, welche gesellschaftlichen Auswirkungen dies haben könnte. Man muss sich heute dringend mit diesen Fragen auseinandersetzen, um nicht vom Fortschritt überrollt zu werden.

*Dr. Notburga AUNER
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A - 1030 Wien*

Warum Menschen klonen?

Enrique H. PRAT

Der sogenannte „Human Fertilisation and Embryology Act“, der in Großbritannien die künstliche Befruchtung regelt und die Experimente mit Embryonen bis zum 14. Lebenstag zulässt, soll nun auf Vorschlag der Regierung dahingehend abgeändert werden, dass auch die Klonung von Menschen zu Forschungszwecken erlaubt werden soll.

Die „Human Genetics Advisory Commission“ und die „Human Fertilisation and Embryology Authority“ hatten im Dezember 1998 einen Bericht veröffentlicht: „Cloning issues in reproduction, science and medicine“, in dem sie für die Zulassung der sogenannten therapeutischen Klonung (Klonung zu Forschungszwecken) eintraten. Die Regierung setzte daraufhin eine offizielle Expertengruppe unter der Leitung des „Chief Medical Officer“ ein, welche diese Frage eingehend studieren und eine Empfehlung abgeben sollte. Die Gruppe stellte den Bericht im Juni fertig. Er wurde dann am 16. August 2000 unter dem Titel „Stem Cell Research: Medical Progress with Responsibility“ („Stammzellenbericht“) veröffentlicht¹. Gleichzeitig kündigte die Regierung an, die Empfehlungen umsetzen zu wollen.

Die therapeutischen Möglichkeiten jener Zellen (Stammzellen), die noch undifferenziert sind und sich zu verschiedenen Gewebetypen entwickeln können, wurden in den letzten Jahren entdeckt und mit dem Fortschritt der Gentechnik als sehr hoch eingeschätzt. Wie ursprünglich angenommen, besteht theoretisch die Möglichkeit diese Zellen einem Menschen zu entnehmen, sie im geeigneten Kulturmedium zu züchten, um dann erkrankte Organe durch genetisch idente Zellen zu ersetzen. Zukünftige Anwendungsbereiche der Stammzellentherapie werden für unterschiedliche Erkrankungen erwartet: z.B. gegen die Parkinson-

Krankheit, gegen Multiple Sklerose, Alzheimer, Diabetes, Polyarthrit, Osteoporose, gegen verschiedene Krebsarten, Hepatitis, Leberzirrhose u.a.m.

Von einer tatsächlichen Therapie mit Stammzellen ist die Forschung aber noch sehr weit entfernt. Dies wird im „Stammzellenbericht“ der britischen Wissenschaftlergruppe bei der Aufzählung der Bedingungen, die noch offen sind², zugegeben. Das Ziel wird man erst erreicht haben, wenn:

- a) die Stammzellen erfolgreich isoliert und im Labor gezüchtet werden können;
 - b) es gelingt diese Zellen *in vitro* in spezifische Gewebezellen zu verwandeln;
 - c) eine Technik entwickelt werden kann, zerstörtes Gewebe durch das im Labor hergestellte zu ersetzen;
 - d) das neue Gewebe sich im Körper ohne andere Risiken für den Patienten normal entwickelt.
- Das sind lauter Ungewissheiten, die erst die Forschung klären muss. Ob überhaupt jemals das Ziel erreicht werden kann, wagt niemand zu behaupten. Aber man kann darauf hoffen. Das Ziel ist jedenfalls erstrebenswert.

Vom ethischen Standpunkt aus ist zu begründen, dass man ernsthaft beabsichtigt, die Geheimnisse der Stammzellen zu erforschen. Positive Ergebnisse können viel Segen für den Menschen und eine weitere Revolution für die Medizin bringen. Die heikle Frage, von der Ethik her gesehen, liegt in der Gewinnung der Stammzellen. Im Bericht werden alle sechs möglichen Quellen aufgezählt:

- 1) frühe Embryonen, die durch „In-vitro-Fertilisierung“ geschaffen werden: entweder solche, die nicht mehr implantiert werden (die sogenannten überzähligen Embryonen) oder jene, die extra für Forschungszwecke erzeugt werden;
- 2) durch Klonung erzeugter Embryonen;

3) von Keimzellen oder Organen abgetriebener Föten;

4) Nabelschnurblut zum Zeitpunkt der Geburt;

5) manche Gewebearten von Erwachsenen (z.B. aus dem Knochenmark);

6) reife Gewebszellen von Erwachsenen, die auf Stammzellen „umprogrammiert“ wurden (theoretisch)³.

Die Autoren des Berichtes erwarten sich offensichtlich von den zwei ersten Quellen die besseren Forschungsergebnisse, ganz einfach „weil Stammzellen, die aus embryonalem Gewebe gewonnen werden, theoretisch das größte Potential haben, sich in die meisten Zellenarten zu entwickeln“. Diese Hypothese klingt zwar plausibel, dürfte aber keine größere Plausibilität als die bereits vorhandene, im Bericht auch zitierte Erkenntnis haben, wonach es bereits gelungen ist, aus Stammzellen des menschlichen Knochenmarks eine Vielzahl anderer Zellarten wie etwa Blut, Muskeln oder Knochen zu gewinnen⁴. Es wird im Bericht sogar zugegeben, dass Stammzellen aus dem Gewebe von Erwachsenen langfristig das gleiche oder sogar mehr Fähigkeiten haben werden als die embryonalen Zellen⁵. Aber die Experten halten es trotzdem für notwendig, Forschung mit embryonalen Zellen zu betreiben, weil sie ihrer Einschätzung nach die Grundlagen zur Verwendung der Zellen von Erwachsenen bilden werden.

Die vierzehn Experten empfehlen daher, diese Forschung zu erleichtern, indem die dafür notwendige Klonung erlaubt wird. Die Regierung akzeptierte bereits die Empfehlung und kündigte an, dem Parlament eine entsprechende Ergänzung zum Gesetz von 1990 vorzulegen. Diese Gesetzesänderung wird bedeuten, dass in den kommenden Jahren viele Embryonen ausschließlich zu Forschungszwecken produziert werden und dass wahrscheinlich – quasi als Nebenprodukt – nach einer gewissen Zeit auch die Technik des menschlichen Klonens, der Schaffung von identen Menschen zur Ver-

fügung stehen wird. Das eigentlich entscheidende Urteil des ganzen Berichtes lautet, dass die ethischen Bedenken, die wegen des Verbrauchs von Embryonen und wegen der sonstigen Risiken vorgebracht werden, durch den zu erwartenden zukünftigen Nutzen aufgewogen werden⁶. Ohne diese Aussage wäre die Empfehlung wertlos. Dieses Urteil verlangt einen vierfachen Kommentar:

1) Es handelt sich um ein rein ethisches Urteil, das zwölf sehr kompetente Mediziner oder Biologen gemeinsam mit nur einem Ethiker und einem Juristen gefällt haben. Etwas verwunderlich ist, dass die Regierung bei einer so heiklen Frage nicht mehr ethische Kompetenz gesucht hat. Der Verdacht, dass es sich um ein Gefälligkeitsurteil handelt, liegt daher nahe. Jeder würde wahrscheinlich im entgegengesetzten Fall der Ansicht sein, dass es bei der Erhebung eines rein medizinischen Befundes kaum vernünftig ist, ein Consilium von 13 Ethikern und Juristen und nur einem Mediziner zu bestellen. Die medizinische Fachkompetenz der Expertengruppe ist nicht anzuzweifeln, wohl aber ihre ethische.

Dieser Mangel geht schon daraus hervor, dass sie sich nicht einmal um eine ethische Argumentation bemüht haben und sich mit einer formalrechtlichen Begründung des Urteils begnügen. So wird betont, dass die ethischen Bedenken, die gegen die vorgeschlagene therapeutische Klonung bestehen, gleichermaßen für das bestehende Gesetz von 1990 geltend gemacht werden⁷. Das Gesetz 1990 habe die Forschung mit Embryonen bis zum 14. Lebensstag erlaubt und die Schaffung von Embryonen exklusiv zu Forschungszwecken nicht ausdrücklich verboten. Der Gesetzgeber habe fast alle Empfehlungen des Warnock Committees angenommen, das 1984 einen Bericht darüber veröffentlichte (Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology, auch bekannt einfach als „Warnock-Report“).

Der Bericht setzte sich tatsächlich sehr stark mit den ethischen Implikationen auseinander und stand einige Jahre weltweit zur Diskussi-

on. Vor allem wurde massiv die Schlüsselthese kritisiert, an die sich heute kaum jemand mehr erinnert und die weitgehend verlassen wurde: das Recht auf Lebensschutz soll erst mit dem 14. Tag beginnen. Dieser Ansicht haben sich viele Institutionen, z.B. auch die Deutsche Ärztekammer (1985) und die Österreichische Rektorenkonferenz (1986) angeschlossen. Welche Gründe konnten sie dafür ins Treffen führen? Im Wesentlichen ein zweifaches Argument: Auf der naturwissenschaftlichen Seite wurde argumentiert, dass ca. am 15. Tag das Zentralnervensystem entsteht und ab dem 14. Tag der Embryo die Fähigkeit verliert, sich in Zwillinge (natürliche Klonung) zu teilen. Damit ist der Zeitpunkt des Beginns seiner individuellen Entwicklung markiert, d.h. er wird zum Individuum. Letzteres entspricht dem philosophischen Aspekt des Argumentes. Damit könnte heute kaum mehr der präembryonale Status begründet werden. Jeder ehrliche Wissenschaftler muss zugeben, dass die Bildung des Primitivstreifens des Zentralnervensystems nur ein willkürlich gewählter Zeitpunkt sein kann: vorher ist der Embryo nicht weniger Mensch als nachher. Nicht viel anders ist das Schicksal des philosophischen Teils der Argumentation. Die Festlegung der Individualität ab dem 14. Tag konnte schon damals nur von wenigen Philosophen getragen werden. Heute steht die Klonung als Möglichkeit unmittelbar bevor. Es wäre nur ein geschmackloser Witz, sollte jemand die Individualität eines Erwachsenen deshalb leugnen, weil noch eine Kopie von ihm hergestellt werden könnte. Auch dieses Argument ist endgültig vom Tisch. Das war der Etikettenschwindel des Warnock-Reports und des britischen Gesetzes von 1990: eine 14-Tagegrenze anzunehmen, um den Embryo in einen Präembryo umzutaufen. Erstaunlich ist, dass die Expertengruppe, die mehr als fünfzehn Jahre später die Materie der Klonung ethisch zu beurteilen hatte, trotz alledem zur Ansicht kam, dass die moralischen Kriterien des Warnock-Reports auch jetzt gel-

ten und daher die therapeutische Klonung erlaubt werden müsse. Die damaligen Kriterien und Argumente werden deshalb nicht einmal erwähnt.

2) Ethisch gesehen muss aber festgehalten werden, dass eine Güterabwägung, die das menschliche Leben zur Disposition stellt, auf jeden Fall gegen die Würde des Menschen verstößt und immer im kategorischen Widerspruch zum Recht auf den Schutz menschlichen Lebens steht.

3) Offensichtlich wollten die Experten, aus welchen Gründen auch immer, von diesem klaren ethischen Grundsatz, der bei der Konvention des Europarates zur Biomedizin (Art. 18,2.) zum Forschungsverbot mit Embryonen geführt hat, absehen. In ihrem Fall muss man entgegenhalten, dass kein kompetenter Ethiker, der von der Würde des Menschen nur ein wenig hält, eine Güterabwägung nachvollziehen kann, die das reale Gut menschlichen, konkreten und entwicklungsfähigen Lebens auf Kosten von Handlungen und Vorgängen opfert, die direkt kein menschliches Leben retten und nur möglicherweise (hypothetisch) in einer nicht absehbaren Zukunft Menschenleben retten können.

4) Sogar für den moralischen Relativisten, für den alles zur Disposition steht, wäre in dem Fall diese Güterabwägung unmoralisch, weil auch für ihn gelten müsste, dass bei gleichen oder ungewissen Erfolgsaussichten jene Variante vorzuziehen ist, die ethisch das geringere Übel darstellt. Die Experten selbst gaben andeutungsweise zu, was viele andere Wissenschaftler in den letzten Wochen weltweit bestätigt haben, dass die Verwendung embryonaler Zellen nämlich größere Erfolgschancen hätte, kein gesichertes Wissen darstellt und dass es überhaupt noch viele andere mögliche Wege gäbe, die für alle vom ethischen Standpunkt aus annehmbar wären.

Hinzu kommt noch etwas: Am Tag nach der Veröffentlichung des Stammzellenberichts, d.h. am 17. August 1999 wies der Londoner „Daily Telegraph“ auf einen neuen Etikettenschwindel

hin. Der Bericht plädiert für die Zulassung einer therapeutischen Klonung (gentechnische Herstellung von Geweben und Organen zu Transplantations- oder Heilzwecken) unter Beibehaltung des Verbotes der reproduktiven Klonung (gentechnische Schaffung von identen Individuen). Dazu der Daily Telegraph: „Die therapeutische Klonung existiert nicht. Anders gesagt, würde morgen die Forschung mit geklonten Embryonen erlaubt werden, dann könnte man damit keine einzige Diabetes, keine Herzinsuffizienz oder sonst eine Krankheit heilen. Kein menschliches Leiden könnte dadurch gelindert werden“. Tatsächlich wäre die richtige Bezeichnung: reproduktive Klonung für Forschungszwecke.

Gleich am Beginn des dritten Jahrtausends wird also der vierte Akt der Tragödie des Abbaus der rechtlichen Grundlagen des Lebensschutzes inszeniert, die im 20. Jahrhundert mit der gesetzlichen Zulassung der Abtreibung (erster Akt), der Legitimierung der künstlichen Befruchtung (zweiter Akt) und der Straffreiheit der Euthanasie in Holland (dritter Akt) eingeleitet wurde. Die reproduktive Klonung lässt sich schon als fünfter Akt voraussehen. Wer wird sie verhindern können, wenn die Technik einmal für Forschungszwecke völlig entwickelt wurde? Welche weiteren Akte werden noch hinzugefügt

werden? Es ist zu hoffen, dass diese Tragödie spätestens dann gestoppt wird, wenn die Bürger endlich verstehen, dass ab dem Zeitpunkt, ab dem man es gesetzlich zulässt, die Menschen in zwei Klassen eingeteilt werden, in jene mit und in jene ohne Recht auf Lebensschutz. Niemand würde dann mehr sicher sein können, dass er nicht sich selbst irgendwann einmal in der zweiten Klasse vorfindet.

Referenzen

1. Department of Health (DH), *Stem Cell Research: Medical Progress with Responsibility*, <http://www.doh.gov.uk/cegc/stemcellreport.htm>
2. DH, *Stem Cell Research...*, 3
3. DH, *Stem Cell Research...*, 4
4. DH, *Stem Cell Research...*, 2.13; VESCOVI, A.L. et al., *Turning Brain into Blood: A Hematopoietic Fate Adopted by Adult Neural Stem Cells in Vitro*, *Science*, 283(1999): 534-537; PITTENGER, M.F. et al., *Multilineage Potential of Adult Mesenchymal Stem Cells*, *Science*, 284(1999): 143-147; SANCHEZ-RAMOS, J. et al., *Adult Bone Marrow Stromal Cells Differentiate into Neural Cells in Vitro*, *Experimental Neurology*, 164 (2000): 247-256
5. DH, *Stem Cell Research...*, 2.13
6. DH, *Stem Cell Research...*, 4.26
7. DH, *Stem Cell Research...*, 4.25

Prof.Dr. Enrique H. PRAT
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A - 1030 Wien

AIDS in Afrika*

Seit der Ausbreitung von AIDS vor fast 20 Jahren sind nach Angaben von UNAIDS weltweit mind. 18,8 Millionen daran gestorben. Heute sind weltweit 34,3 Millionen Menschen HIV-positiv, doch nur 5% der HIV-Infizierten können sich eine Therapie leisten (Kosten der Tritherapie pro Jahr und Person belaufen sich auf rund 6000 DM im Jahr). Erschreckende Zahlen, die auf eine notwendige Auseinandersetzung mit dem Thema hinweisen.

Aufgrund der hohen Zahl an Infizierten allein in Afrika (24,5 Millionen, das sind 70%) fand vom 9. bis 14. Juli in Durban (Südafrika) die 13. Internationale AIDS-Konferenz statt, zu der rund 12.000 Teilnehmer aus der ganzen Welt angereist sind. „In den nächsten zehn Jahren wird AIDS in Schwarzafrika mehr Menschen töten als alle Kriege des 20. Jahrhunderts“, erklärte Peter WALKER, Leiter der Seuchenbekämpfung beim Internationalen Komitee vom Roten Kreuz.

Bei der Konferenz wurde die Anti-AIDS-Politik in Südafrika kritisiert. Es fehlt sowohl an wirksamen landesweiten Aufklärungskampagnen als auch an Medikamenten, u.a. dem Mittel AZT, das die Übertragung des HIV von Schwangeren auf ihre Neugeborenen verhindert.

Nelson MANDELA, der Ex-Präsident von Südafrika erklärte, dass das erschreckendste an AIDS die Tatsache sei, dass die Infektionen verhindert hätten werden können. Scharfe Initiativen zur Vorbeugung neuer Infektionen unter den Jugendlichen, landesweite Aktionen, die die Übertragung des HIV von Schwangeren auf ihre Kinder verhindern, aber auch die weitere Forschung für einen geeigneten Impfstoff sind nach MANDELA die wichtigsten Maßnahmen im Kampf ge-

gen AIDS. Weiters wies er in seiner Rede darauf hin, dass es aber nicht nur darum geht, einen Impfstoff gegen AIDS zu finden, sondern sich den an AIDS Sterbenden vor allem mit Liebe, Fürsorge und tröstenden Worten zuzuwenden.

Diesem Appell folgt die Katholische Kirche schon seit einigen Jahren. Auch sie hat die Dringlichkeit erkannt, den Kampf gegen AIDS aufzunehmen.

Die Ausbreitung von AIDS in Afrika südlich der Sahara zeigt jetzt, dass sich die bisher verfolgte Vorsorgepolitik als unwirksam erwiesen hat. Im Allgemeinen beschränkte sie sich darauf, den Gebrauch des Präservativs zu fördern, ohne eine Änderung der Verhaltensweisen vorzuschlagen. Mitunter wird die katholische Kirche beschuldigt, die Bemühungen zur AIDS-Vorsorge zu stören, weil sie sich der Politik, die auf das Präservativ zentriert ist, entgegensetzt.

In der Folge wird ausgeführt, was gerade die Kirche in Afrika unternommen hat und welche Beweggründe sie für diese Vorgangsweise hat.

Initiativen und Kritikpunkte

Die Katholische Kirche steht dieser Situation nicht gleichgültig gegenüber. Im Gegenteil, von Beginn der Epidemie an war die Kirche mit ihren Spitälern und sanitären Einrichtungen, den Pfarren und durch die Dienste der Ordensleute, etc. immer präsent. Die Kirche in Afrika war im Kampf gegen AIDS an vorderster Front stets aktiv.

Die Mitglieder des Päpstlichen Rates für die Familie in Zusammenarbeit mit verschiedenen

* Zusammenfassung durch die Redaktion von zwei Beiträgen aus: *Acciprens*, 60/00, 3.05.2000

Osservatore Romano, italienische Ausgabe 5.04.2000, Jacques SANDEOU

Bischofskonferenzen haben zahlreiche Versammlungen von Ärzten und einschlägigem Pflegepersonal organisiert, um das Problem zu studieren und Lösungen vorzuschlagen. Die meisten Treffen wurden in den betroffenen Ländern (Uganda, Kenia, Tansania, Ghana, Elfenbeinküste, Benin, in der Zentralafrikanischen Republik und in Burkina-Faso) selbst veranstaltet. Es ist nötig, insbesondere die bewundernswerte Hingabe und die einzigartige Großzügigkeit von so vielen Personen anzuerkennen, welche die Kranken in ihren Häusern versorgen. Sie besteht in einer menschlichen Unterstützung, in medizinischer Hilfe und oft in der Ernährung und Beherbergung (AIDS-Waisenhäuser).

Man muss dabei berücksichtigen, dass in den meisten Fällen nur wenig öffentliche Hilfe dafür bereit gestellt wurde und von den internationalen Organisationen noch weniger zu erwarten war.

Angesichts der Anstrengungen dieser Personen, die täglich und im Stillen im Kampf gegen diese Epidemie tätig sind, überraschen einige Erklärungen, die kürzlich anlässlich einer Reise in afrikanische Länder abgegeben wurden. Immer wieder gibt es Leute, die die Katholische Kirche der „Indifferenz“ beschuldigen. Es ist verständlich, dass jemand, der zum ersten Mal nach Afrika reist und mit eigenen Augen die Realität des Problems sieht, einen Schock erleidet und mit Abscheu reagiert. Es ist aber nicht logisch, auf der Suche nach den Verantwortlichen für die Situation genau jene zu beschuldigen, die sich vielleicht unvollkommen aber doch in sehr konkreter Weise dafür einsetzten, Abhilfe zu schaffen. Noch weniger logisch ist es, dass die Kritiker mit der leichtfertigen Haltung der simplen Beschuldigung vorgehen.

Die Katholische Kirche wurde der Verantwortunglosigkeit gegenüber der AIDS-Epidemie in Afrika beschuldigt und zwar wegen ihrer Haltung zur Prävention sexueller Ansteckung. Der Päpstliche Rat für die Familie hat

stets die Botschaft der Katholischen Kirche hinsichtlich der schwierigen Frage der Prävention von AIDS in Erinnerung gerufen und dies immer wieder bei den verschiedenen Zusammenkünften mit Freiwilligen getan. Diese Botschaft basiert auf dem Konzept der Würde des Menschen. Es geht um die Vision des Mannes und der Frau und ihrem besonderen Wert als Personen, vor allem was die Sexualität betrifft.¹ Dort wo es eine wahre Erziehung zu den Werten der Familie gibt (zur Treue und zur Enthaltbarkeit der Eheleute, im wahren Sinn der gegenseitigen Hingabe), dort gelingt es, Formen der Promiskuität zu überwinden (was ebenso im Interesse der Staaten ist), dort erringen die Personen einen menschlichen Sieg, auch gegenüber diesem schrecklichen Phänomen.

Vorbeugen oder eindämmen?

Bei der Prävention einer Epidemie kann man zwischen eigentlichen Vorbeugungsmaßnahmen und „Eindämmungs“-maßnahmen unterscheiden. Bei der Malaria z.B., die auf Grund ihrer Häufigkeit in der afrikanischen Bevölkerung und der Zahl der durch sie verursachten Toten, eine ähnliche Erkrankung wie AIDS ist, sind die bisher zur Vorbeugung entwickelten Mittel eher Mittel der „Eindämmung“, d.h. sie bekämpfen nicht die Wurzel der Krankheit. In der Praxis haben sich diese Mittel als wenig wirksam erwiesen, weil es unmöglich war, die Larven der Anophelesmücke zu töten oder zu erreichen, dass die Bevölkerung die offenen Wasserreserven meidet. Ein gegenteiliges Beispiel wäre die Typhuserkrankung, weil erreicht wurde, dass mehr auf die Wasserquellen geachtet wurde und dadurch die Zahl der Krankheitsfälle eingeschränkt werden konnte. Das war eine tatsächliche Maßnahme der „Vorbeugung“ und so konnte der verantwortungsvolle Umgang mit einer Ansteckungsquelle korrigiert werden.

Will eine tatsächliche Vorbeugung von AIDS angestrebt werden, dann ist es nötig, dass die Menschen ihr Sexualverhalten ändern. Hier liegt die hauptsächliche Ursache für die Ausbreitung der Krankheit. Solange diesbezüglich keine Anstrengung unternommen wird, kann eine tatsächliche Vorbeugungs-Kampagne nicht realisiert werden. Teil der Vorbeugung ist die sexuelle „Enthaltbarkeit“. Die ganze Welt weiß, wie gut dieses Mittel zur „Begrenzung“ der Ansteckung ist, und wie schwierig es ist, dies der Bevölkerung eines Landes klar zu machen. In der Regel wird der leichtere Weg gegangen und das Präservativ propagiert. Abgesehen von der Möglichkeit eines Materialfehlers (Riss) ist es klar, dass ein Kondom nur dann wirksam ist, „wenn es korrekt benutzt wird“,² d.h. unter optimalen Bedingungen. Die Praxis zeigt, dass es einen weiten Raum für falsche Anwendungen gibt.³ Diesbezüglich gibt es eine Reihe von Studien, die zahlreiche Fälle des Versagens der Präservative im Detail beschreiben.⁴ Doch eigenartiger Weise wird weiterhin „Vorbeugung“ mit „gutem Gebrauch des Präservativs“ gleichgesetzt, ohne dass seine fehlende Wirksamkeit bei der Ausbreitung der Epidemie berücksichtigt wird.

Die Entscheidung, die Anwendung des Präservativs zu fördern, wurde nicht aus wissenschaftlichen Gründen gefällt, sondern aus „Prinzip“. Seit einiger Zeit weiß man, dass das Präservativ auch bei der Empfängnisverhütung nur eine relative Wirksamkeit hat.⁵ Die Statistik zeigt eine ca. 15% Fehlerquote auf. Da will man glaubhaft machen, dass der HIV-Virus, der 450 mal kleiner ist als eine Samenzelle, durch eine Barriere aus Latex ausgesperrt werden kann.

Die einzige verlässliche statistische Studie bezüglich der Wirksamkeit im vorbeugenden Kampf gegen HIV wurde von der Groupe d'Études Européennes⁶ durchgeführt. Diese Studie untersucht den Fall von fixen Partnerschaften, von denen nur ein Partner HIV-seropositiv ist⁷. Sie spiegelt nur die europäische Situati-

on wieder, wo wiederum die sexuelle Übertragung des Virus eine andere Dimension hat. Andere Statistiken, die mit Vorsicht zu interpretieren sind, zeigen eine Fehlerquote von wenigstens 10%.⁸

Kürzlich haben einige Forscher der College Medical School in London⁹ aufgezeigt, dass die allgemeine Meinung über das Präservativ im Kampf gegen AIDS zu einem gegenteiligen Effekt, als dem gewünschten, führen kann. Das falsche Gefühl der Sicherheit, das in der Bevölkerung entsteht, führt zu einem risikoreichen Sexualverhalten. Man kann nicht auf eine Eindämmung von AIDS durch das Präservativ hoffen, ebenso wie man einen Fluss nicht durch Sandsäcke an einer Überschwemmung hindern kann, sobald die Hauptdeiche geborsten sind. Insgesamt bleibt nur eine Eindämmung zu erwarten.

Die Wurzel des Problems suchen

Die Kirche hat nicht die Absicht die Angelegenheit auf technisch-sanitärer Ebene zu diskutieren, sondern wünscht die Aufmerksamkeit auf die menschliche Wurzel des Problems zu lenken, d.h. auf den Respekt der menschlichen Sexualität und auf die Werte, welche die Vermehrung der Personen definieren. Wenn die Epidemie einen großen Anteil in Afrika südlich der Sahara erreicht hat, dann liegt der Grund darin, weil sie dort günstige Bedingungen vorgefunden hat: Arbeitslosigkeit, Bürgerkriege, Vertreibung der Flüchtlinge, Konzentrationen der städtischen Armut, Entwicklung der Prostitution, usw.

Will man darüber hinaus erklären, warum die Frauen von dieser Infektion stärker betroffen sind (13 Frauen je 10 Männer)¹⁰, dann ist den erwähnten Gründen die Armut hinzuzufügen: die Unterwerfung der Frau unter den Ehemann und die große Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, die die AIDS-Infektion im Organismus der Frau be-

günstigen.¹¹ Untersuchungen, die in Tansania und Uganda durchgeführt wurden, haben gezeigt, wie die Ansteckung mit AIDS kontrolliert und vorgebeugt werden kann, nämlich durch eine Behandlung der Geschlechtskrankheiten ohne zusätzliche Mittel gegen AIDS.¹² Die AIDS-Vorbeugung muss an der Wurzel erfolgen, d.h. zum sozialen Umfeld und den Werten vorstoßen, wenn sie wirksam sein soll.

Die Rolle, welche die Katholische Kirche bei der AIDS-Vorbeugung in Afrika südlich der Sahara eingenommen hat, ist bedeutend. In Uganda, Tansania und Nigeria bildeten sich Gruppen von Jugendlichen, geführt von Ordensgeistlichen und katholischen Laien, die sich dem Kampf gegen AIDS widmen.¹³ Einige dieser Gruppen führen den bezeichnenden Namen wie Youth Alive oder Youth for Life und ihre Jugendlichen widmen sich dem Kampf gegen AIDS, wobei sie bei sich selbst beginnen und einen Anhänger unter ihren Schulkameraden suchen, um die sexuelle Enthaltsamkeit bis zur Heirat zu propagieren.

Uganda ist hier beispielhaft. Zwischen 1989 und 1995 ist die Ausdehnung dieser Epidemie um 10% zurückgegangen.¹⁴ Die Untersuchung führt diese Tatsache auf den vermehrten Gebrauch des Präservativs zurück, aber auch auf einen anderen Faktor, der uns von noch größerer Bedeutung erscheint: Die Änderung in der Haltung von Jugendlichen, die begonnen haben, ihren ersten Sexualkontakt auf die Heirat aufzuschieben. 1989 haben 31% der männlichen Jugendlichen und 26% der weiblichen Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren erklärt, sich sexueller Beziehungen enthalten zu haben; 1995 waren es bereits 56% der männlichen Jugendlichen und 46% der weiblichen Jugendlichen.

Das ist die Botschaft der Kirche: Die radikalste und wirksamste AIDS-Vorbeugung ist die sexuelle Abstinenz vor der Ehe und die eheliche Treue. Das von der Kirche vorgelegte

Modell ist sicherlich kein leichtes. Es ist jedoch vollständig menschlich und gründet sich auf den Glauben und die Hoffnung und nicht auf die Verteilung von Latex. Man kann die Motive verstehen, welche die Sanitätsbehörden dazu drängen, die Vorbeugung unter den Prostituierten und ihren Kunden durch Präservative durchzuführen. Doch die AIDS-Vorbeugung muss weitergreifen, muss auf einer anderen Ebene stattfinden und an die tatsächlichen sozialen, wirtschaftlichen, politischen und moralischen Wurzeln der Epidemie gehen. Das ist nicht unmöglich: Man muss den Blick nur heben und einen größeren Respekt vor der menschlichen Person suchen.

Referenzen

1. Pontificio Consejo para la Familia, *Sexualidad humana: verdad y significado. Orientaciones educativas en familia*, Rom (1995) (ver servicio 2/96)
2. UNAIDS, *Sexual behavioural change for HIV. Where have theories taken us?*, UNAIDS Best Practice Collection, Juni 1999, S. 20
3. CATES, W., HINMAN, A.R., *AIDS and absolutism. The demand for prevention in prevention*, NEJM, 327: 492-494
4. APRIL, K., KOSTER, R., FANTACCI, G. et al., *Qual è il grado effettivo di protezione dall'HIV del preservativo?*, Medicina e Morale (1999), 44: 903-905. KIRKMAN, R., *Condom use and failure*, The Lancet (1990), 336: 1009
5. GRADY, W.R., HAYWARD, M.D., YAGI, J., *Contraceptive failure in the United States: estimates from 1982 National Survey of Family Growth*, Family Planning Perspectives (1968), 18: 200-209
6. DE VICENZI, I., *Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples*, British Medical Journal (1992) 304: 341-346; *A longitudinal Study of Human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners*, NEJM (1994) 331: 341-346
7. PADIAN, N., MARQUIS, L., FRANCIS, D.P. et al., *Male-to-Female Transmission of Human Immunodeficiency Virus*, Journal of the American Medical Association (1987) 258: 788-790
8. GÖTZSCHE, P.C., HÖRDING, M., *Condoms to Prevent Do Not Imply Truly Safe Sex*, Scandinavian Journal of Infectious Diseases (1988) 20: 233-234; HEARST, H., HULLEY, S., *Preventing the heterosexual spread of AIDS. Are we giving our patients the best advice?*, Journal of the American Medical Association (1988) 259: 2428-2432

9. RICHENS, J., INRIE, J., COPAS, A., *Condoms and seat belts: the parallels and the lessons*, The Lancet (2000) 355: 400-403
10. UNAIDS, *AIDS epidemic update*, Dezember 1999, S. 16
11. COHEN, M.S., *Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer hypothesis*, The Lancet (1998) 351:5-7
12. GROSSKURTH, H., MOSHA, F., TODD, J., *Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania*, The Lancet (1997) 346: 530-536, (1997) 350: 1805-1809; WAVER, M.J., SEWANKAMBO, N.K., SERWADA, D. et al., *Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomized community trial*, The Lancet (1999) 353: 515-535
13. MCSWEENEY, L., *AIDS, your Responsibility*, The Ambassador Publications (1991); MCSWEENEY, L., *Changing Behaviour. A Challenge to Love*, The Ambassador Publications (1995)
14. *A measure of success in Uganda*, UNAIDS Case Study (1998)

SCHWERPUNKT

Qualitätssicherung im Krankenhaus und Tugenden. Ein Fragenkatalog.

J. BONELLI, H. MADER

ZUSAMMENFASSUNG

Qualitätssicherung wird im Krankenhaus immer wichtiger. Große Qualitätssicherungsmodelle versprechen viel in der Theorie, aber meistens leisten sie nichts Anderes als die Festlegung von Qualitätsstandards und -regeln. Die einfache Erstellung eines Katalogs jener im Krankenhaus anstehenden Fragen der Qualität von Gesundheitsleistungen zeigt, dass es unsinnig wäre, für alle diese Fragen Standards und Regelungen vorzusehen. Fachmedizinische und pflegerische Bemühungen um Qualität, Anstrengungen in der Organisation und im Ablauf sowie die Setzung von Erfolgszielen sind sicherlich sehr wichtig, sie reichen aber nicht aus, um den Menschlichkeitsanforderungen im Krankenhaus gerecht zu werden. Die Sicherung und Stärkung der ethischen Kompetenz im Krankenhaus, die vor allem in den Tugenden besteht, wäre eine vorrangige Aufgabe des Qualitätsmanagements.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Krankenhaus, Tugenden, ärztliches Handeln

ABSTRACT

Quality Assurance in Hospitals is becoming more and more important. Important for assuring quality are very promising in theory, but generally end up as just a listing of quality standards and rulings. Simply making a catalogue of all the questions in a hospital regarding the quality of health services shows that it would be nonsense to set up rules and standards for all these questions. Striving to improve the quality of special medical treatment and nursing, efforts to better organisation and administration as well as setting goals to be attained are certainly very important, but are not sufficient to realize the humane requirements in a hospital. Assuring and strengthening the ethical competence in hospitals, which above all includes the virtues, would be a pre-eminent task for quality management.

Keywords: quality assurance, quality management, hospital, virtues, physicians' performance

Anschrift der Autoren: Univ.Prof.Dr. Johannes BONELLI, Direktor des KH St. Elisabeth
Landstraßer Hauptstraße 4a, A - 1030 Wien
Univ.Prof.Dr. Heinrich MADER, KH der Barmherzigen Brüder
Große Mohrengasse 9, A - 1020 Wien

Qualitätssicherung und das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs

Qualitätssicherung ist auch im klinischen Bereich zum Zauberwort geworden. Das Anliegen ist sicherlich berechtigt. Das Gesundheitswesen hat sich im letzten Jahrhundert von der relativ einfachen Einzelversorgung zu der hochtechnisierten Massenversorgung entwickelt, in der die Prozesse sehr kompliziert wurden. In diesem Zusammenhang ist Qualitätssicherung bestimmt eine Notwendigkeit. Dabei haben Ärzte und Pflegepersonal ihr Leitbild, primär Anwalt des Patienten und ausschließlich seinem Wohl verpflichtet zu sein, immer aufrechtzuerhalten versucht. Ob freilich manche (gesetzliche) Regelungen der Beziehung zwischen Patient und Arzt bzw. Pflegepersonal oder Krankenanstalt der Verwirklichung dieses Leitbildes dienlich sind oder sie eher behindern und dabei zu einer Art Verteidigungsmedizin zum Nachteil des Patienten führen, steht hier nicht zu Diskussion. Jedenfalls haben die gesetzlichen Regelungen die Qualitätssicherung zum unentbehrlichen Kontrollinstrument gemacht. Dieser Tatsache wird man, ob man will oder nicht, Rechnung tragen müssen, auch wenn das dem Arzt und dem Pflegepersonal aus ihrem Selbstverständnis heraus nicht immer leicht fällt.

Der spezifische Beitrag des Arztes bei jeder Heilbehandlung ist sein Fachwissen und Können. Der spezifische Beitrag des Pflegepersonals ist die qualifizierte Pflege. Verwaltung und Organisation sind weitere Bereiche im Krankenhaus, die eine ganz besondere Kompetenz erfordern. Die medizinische und die pflegerische Kompetenz stehen natürlich im Zentrum der klinischen Versorgung der Patienten, aber sie alleine genügen nicht, um der medizinischen Handlung gerecht zu werden. Jeder Arzt und jede Krankenschwester machen sehr bald die Erfahrung, dass jegliche Behandlung ein Umgang mit einer Person ist. Wenn daher der Patient nicht zu einer Sache oder einem bloßen

Gegenstand werden soll, muss jedes fachgerechte Tun, jeder einzelne medizinische und pflegerische Handgriff immer in eine personale Beziehung eingebettet sein. Dies stellt den Arzt und das übrige Pflegepersonal, aber auch Verwaltung und Organisation eines Krankenhauses vor Anforderungen, die weit über reine Fachkompetenzen hinausgehen. Sie können durch ein festgeschriebenes Reglement im Sinne der Qualitätssicherung kaum bewältigt werden. Was zur fachlichen Kompetenz noch hinzukommen muss, könnten wir zunächst die Menschlichkeit nennen, also eine Haltung, die den Patienten immer unter allen Umständen die Anerkennung als Person zollt und Einfühlungsvermögen, kommunikative Fähigkeit, Barmherzigkeit und viele andere Eigenschaften erfordert, die noch zu erwähnen sein werden.

Qualitätssicherung in der klinischen Praxis: ein Fragenkatalog

Die Qualitätssicherung ist bereits eine eingeführte Wissenschaft, der sich universitäre und außeruniversitäre Institute widmen. Obwohl darüber gewaltig geforscht und geschrieben wird und überall teure Fachseminare angeboten werden, sind die meisten systematisierten Konzepte mit gewissen Abwandlungen immer noch aus dem industriellen Bereich kopiert. Es ist eine unumstrittene Tatsache, dass sich solche Konzepte nur sehr beschränkt umsetzen lassen. Große wissenschaftliche Modelle versprechen viel in der Theorie, aber bei der Umsetzung scheinen sie nicht besser zu sein als einfache Regelungen. Man darf allerdings die wichtigen Beiträge und die Fortschritte der Qualitätssicherung im Krankenhaus nicht verniedlichen. Die Organisation und Regelung von vielen internen Prozessen ist gut gelungen. Aber wenn man es genau betrachtet, laufen die gängigen Konzepte darauf hinaus, für alles und jedes eine Regel zu finden, die dann in Form einer Bestimmung als Norm für die Beteiligten

gelten soll. Dadurch kann es leicht passieren, dass zumindest ein beträchtlicher Teil der Bemühungen zur Qualitätssicherung in endlosen Regeln und Bestimmungen ausmündet, die niemand wirklich einhalten kann und die sogar kontraproduktiv wirken könnten, wenn nicht immaterielle Werte des menschlichen Zusammenlebens mitberücksichtigt werden.

Zur Verdeutlichung wird hier ein Katalog von nicht fachmedizinischen und pflegerischen Fragen, die Gegenstand der Qualitätssicherung im Krankenhaus sein müssten, vorgelegt. Er beinhaltet jene Voraussetzungen, die unter dem oben erwähnten, aber nicht genau umrissenen Begriff „Menschlichkeit im Krankenhaus“ subsumiert werden könnten. Es sind Antworten auf die Frage, was alles zu beachten ist, damit die menschliche Qualität der Leistungen im Krankenhaus gesichert wird. Dieser Katalog wurde von Mitarbeitern des IMABE (Institut für medizinischen Anthropologie und Bioethik) gemeinsam mit externen Experten des Gesundheitswesens erarbeitet. Er erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder systematischen Aufbau. Die Fragen wurden heuristisch und nach Kapiteln geordnet, wie es sinnvoll erschien. Er ist sicher ergänzungsbedürftig.

Qualitätssicherung: Regeln oder Tugenden?

Der Katalog zeigt den großen Umfang der Fragestellung bei der Qualitätssicherung, auch wenn man von den eigentlichen medizinischen Fragen, die sich unmöglich katalogisieren lassen, absieht. Man könnte jede dieser Fragen als positive Maxime verordnen. Man könnte z.B. die Regel aufstellen: „Alle Dienste müssen pünktlich erledigt werden; Patienten sind bei Verschiebungen mit der Bitte um Verständnis im voraus zu informieren.“ Die Aufstellung der Regel hilft noch wenig. Der erste Schritt in Richtung Wirksamkeit der Regel ist, sie dem Personal ins Bewusstsein zu bringen. Aber die

se Regel erfordert z.B. von denen, die sie einhalten müssten, eine Reihe von Einstellungen, die man ruhig mit Tugenden¹ benennen kann: Gerechtigkeit, Achtung und Respekt vor dem Patienten, Ordnungssinn, Pünktlichkeit, Arbeitsamkeit etc. Wenn man diese Eigenschaften nicht hat, wird die Regel nicht funktionieren. Wenn man sie dagegen hat, würde die Regel eigentlich nicht nötig sein. Aber zwischen Tugenden besitzen (in vollkommener Weise) und sie nicht (noch nicht) zu besitzen, liegt der eigentliche Bereich, in dem wir Menschen uns bewegen. Deswegen sind die Regeln wichtig, insofern sie zum Erwerb der Tugenden anspornen. Aber es geht eigentlich nicht um die Regel sondern darum, das Richtige gut und dies auch mit Freude zu tun.²

Es geht hier nicht darum, nun alle im Katalog angeführten Haltungen genau zu definieren. Diese Begriffe sind geläufig, so dass man ihren Inhalt gut kennt. Natürlich könnte man in einem Tugendtraktat die Frage der Abgrenzung oder Überschneidung zwischen den verschiedenen Tugenden aufwerfen, nur diese Frage ist hier irrelevant. Für den Alltag genügt die Unschärfe der allgemeinen Sprache vollkommen. Es besteht ein Konsens darüber, dass damit Haltungen bezeichnet werden, die tatsächlich das Gute und die Qualität unseres Handelns mitausmachen.

Was heißt dies konkret für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus?

Fachmedizinische und pflegerische Bemühungen um Qualität, Anstrengungen in der Organisation und im Ablauf, sowie die Setzung von Erfolgszielen sind sicherlich sehr wichtig, sie reichen aber nicht aus, um den Menschlichkeitsanforderungen im Krankenhaus gerecht zu werden. Die Sicherung und Stärkung der ethischen Kompetenz im Krankenhaus, die vor allem in den Tugenden besteht, gehört zur prioritären (primären) Aufgabe des Qualitätsmanagements.

Ein Fragenkatalog

I. Kommunikation mit dem Patienten

Aufklärung

- ▶ Werden bevorstehende Untersuchungen erklärt?
- ▶ Wird dem Patienten während der Untersuchung erklärt, was geschieht?
- ▶ Wird erklärt, warum eine Untersuchung gemacht wird?
- ▶ Wird erklärt, wie es geschieht?
- ▶ Werden die Untersuchungsergebnisse vom Untersuchenden oder vom Stationsarzt mitgeteilt (Oberarzt? Turnusarzt? Schwester?)
- ▶ Werden die Untersuchungsergebnisse möglichst bald mitgeteilt?
- ▶ Werden Verschiebungen, Änderungen im Zeitplan, dem Patienten mitgeteilt?
- ▶ Ist man bemüht, sich bei der Aufklärung an die Bildung und den Zustand des Patienten anzupassen?
- ▶ Wer klärt den Patienten über seine Krankheit auf? Turnusarzt, Schwestern, Oberarzt?
- ▶ Haben die Angehörigen die Möglichkeit, Auskunft zu bekommen?
- ▶ Werden telephonische Anfragen über Patienten beantwortet?
- ▶ Gibt es Gelegenheit für ein Gespräch unter vier Augen?
- ▶ Wird den Schilderungen des Patienten aufmerksam zugehört?

Gleichheit

- ▶ Ist man mehr freundlich nur zu den eigenen Patienten? (Nur bei Bekannten usw.)
- ▶ Werden „gewisse“ Patienten zuvorkommender behandelt oder sogar begünstigt?
- ▶ Werden „sympathische“ bzw. „unsympathische“ Patienten gleich freundlich oder abweisend (unsympathisch) behandelt?

- ▶ Wird über „unsympathische“ Patienten getratscht?

Hilfsbereitschaft

- ▶ Wenn jemand ein Zimmer (Untersuchungsraum, Röntgen, Labor usw.) sucht: Ist man hilfsbereit, freundlich, ungeduldig, schroff?
- ▶ Wird darauf geachtet, dass der Patient bei den diversen Untersuchungen nicht zu lange vor der Türe warten muss?
- ▶ Werden die Wünsche des Patienten möglichst schnell erfüllt?
- ▶ Wird auf unvernünftige Wünsche eingegangen oder werden sie erklärt, abgetan?
- ▶ Wie lange muss der Patient auf den Arzt oder die Schwester warten?
- ▶ Stellt sich das Personal beim Patienten mit Namen vor?
- ▶ Kann der Patient den Arzt verlangen?

Qualitätsdenken

- ▶ Sind alle bereit, die Qualitätsstandards zu erfüllen?
- ▶ Sind alle Mitarbeiter über die entsprechenden Qualitätsstandards informiert?
- ▶ Gibt es ein gesundes Selbstbewusstsein über die eigene Qualität des Krankenhauses?
- ▶ Werden Qualitätsmängel auch behoben, und wenn ja, wie schnell?
- ▶ Hat jemand (Patient, Angestellter) Nachteile zu erwarten, wenn er Qualitätsmängel aufzeigt?

Umgang

- ▶ Ist man freundlich vor dem Patienten, richtet ihn aber vor der Türe aus?
- ▶ Wird vor dem Eintritt in das Krankenzimmer geklopft?
- ▶ Wird beim Betreten des Zimmer begrüßt?
- ▶ Wird beim Verlassen des Zimmers begrüßt?
- ▶ Wird jeder Patient bei der Visite begrüßt?
- ▶ Wird beim Patienten Visite gemacht, auch wenn nicht mehr zu helfen ist?

- ▶ Wird am Bett eines Patienten vorbeigegangen, wenn alles klar ist, oder nicht mehr zu helfen ist?
- ▶ Wird der Patient vom Personal verabschiedet, wenn er das Haus verlässt?
- ▶ Wird der Patient freundlich begrüßt, wenn er sein Bett bezieht?
- ▶ Ist man vom Lob (Geschenk) eines Patienten abhängig bzw. wird dadurch das Verhalten beeinflusst?
- ▶ Wie wird bei unverschämten Forderungen reagiert: bei allen Patienten gleich? Klasse / Allgemeine Station? Höflich, schulmeisterlich?
- ▶ Wird der Patient mit seinem Namen angesprochen?
- ▶ Wird vom Patienten auch mit Namen gesprochen?
- ▶ Ist der Patient im Haus ein Gast? Fremder? Klient? Kunde? Freund? Untergebener? Partner? Störefried?
- ▶ Werden vor dem Patienten (bei der Arbeit) Privatgespräche geführt, Witze gemacht?
- ▶ Wird auf Diskretion bei den Mitpatienten geachtet?
- ▶ Müssen sich die Patienten vor den Mitpatienten entblößen, wird auf Schamhaftigkeit geachtet?
- ▶ Werden Telephonanrufe, Nachrichten usw. dem Patienten ausgerichtet?
- ▶ Wird auf die Sprachkultur des Patienten eingegangen (Umgangston!)?
- ▶ Wird mit dem Patienten immer höflich und respektvoll gesprochen?
- ▶ Wie lange dauert es bis eine Schwester kommt, wenn eine Glocke gedrückt wird?
- ▶ Wie lange dauert es, bis ein Arzt kommt, wenn ihn die Schwester ruft?
- ▶ Wird auf nüchterne Patienten Rücksicht genommen? Kommen sie früher dran?
- ▶ Bekommen sie nach der Untersuchung ein Essen?

Vertrauen

- ▶ Wird Unwissenheit bei der Diagnose zugegeben?

- ▶ Werden Fehler zugegeben?
- ▶ Gibt es eine Entschuldigung bei Fehlern oder Versäumnissen?
- ▶ Wird der Patient mit falschen Aussagen beruhigt?
- ▶ Wird ein Irrtum eines Kollegen vor dem Patienten aufgedeckt (Kollegialität)?
- ▶ Wird vor dem Patienten über andere Kollegen respektvoll gesprochen?
- ▶ Wird vor dem Patienten über andere Kollegen abfällig gesprochen?
- ▶ Werden andere Abteilungen (beim Patienten) desavouiert?
- ▶ Werden andere Krankenhäuser desavouiert?
- ▶ Wie wird auf Beschwerden reagiert: abweisend, entschuldigend, objektiv?
- ▶ Wird einer Beschwerde nachgegangen?
- ▶ Wie ist das Verhalten bei Beschwerden von Angehörigen: abweisend, ernst, verteidigend?
- ▶ Hat der Patient eine Möglichkeit zur persönlichen Aussprache unter vier Augen mit dem Arzt?
- ▶ Werden Versprechen gehalten?
- ▶ Werden die Angehörigen bei der Therapieentscheidung einbezogen?
- ▶ Wird der Patient bei der Therapieentscheidung miteinbezogen?
- ▶ Wird das ärztliche Berufsgeheimnis bei Auskünften beachtet?
- ▶ Ist dem Patienten bewusst, dass er jederzeit den Arzt verlangen kann und damit rechnen kann, dass dieser in einer angemessenen Zeit kommt?

II. Ärzte – Personal (Arzt/Arzt, Arzt/Personal, Arzt/Träger, Arzt/Außenwelt)

Aufklärung

- ▶ Werden Arztbriefe dem Patienten bereits bei der Entlassung mitgegeben?

Sparsamkeit

- ▶ Wird versucht, sparsam zu arbeiten?

- ▶ Wird versucht, bei Gleichwertigkeit das billigere Medikament zu verabreichen?
- ▶ Ist von allen Medikamenten der ungefähre Preis bekannt?
- ▶ Werden Geräte gewartet und geputzt?

Hilfsbereitschaft

- ▶ Besteht ein Geist der Hilfsbereitschaft unter den Angestellten? (wenn z.B. die Arbeit ungleich verteilt ist)
- ▶ Sind die Ärzte bereit, auch den Schwestern – wenn einmal nötig – zu helfen?
- ▶ Sind alle bereit, ihr Wissen weiterzugeben oder etwa geneigt, es für sich zu behalten?
- ▶ Nehmen sich die Vorgesetzten für ihre Mitarbeiter Zeit – oder sind sie nie zu sprechen?
- ▶ Wie werden Anrufe und Anfragen von außen behandelt: abweisend, hilfsbereit, höflich?
- ▶ Werden Nachrichten auch weitergegeben?

Kollegialität

- ▶ Kann sich jeder auf jeden verlassen, dass er die Wahrheit sagt?
- ▶ Werden sogenannte „Notlügen“ (z.B. am Telefon: „Er ist nicht da“) akzeptiert?
- ▶ Werden abwesende Kollegen ausgerichtet?
- ▶ Werden andere Kollegen desavouiert (untereinander)?
- ▶ Werden andere Abteilungen desavouiert (untereinander)?
- ▶ Gibt es Ärzte (Chefs? Oberärzte?) mit Starallüren?
- ▶ Ist man bemüht, wichtige Informationen und Erkenntnisse möglichst weiter zu geben oder für sich zu behalten?
- ▶ Ist man bereit, Kollegen im Zweifelsfall um Rat zu fragen?
- ▶ Wird der Rat auch von Untergebenen eingeholt und gewürdigt?
- ▶ Gibt es ein Klima der Teamarbeit?
- ▶ Können Wünsche und Bitten vorgetragen werden, ohne gleich abgewiesen zu werden?

- ▶ Ist man bemüht, dass man keinen Patienten einem Kollegen abspenstig macht?
- ▶ Bemüht man sich auf die Fragestellungen des einweisenden Arztes einzugehen (auch im Arztbrief)?

Loyalität

- ▶ Besteht Loyalität zum Krankenhaus-Träger?
- ▶ Besteht Loyalität zu den Vorgesetzten?
- ▶ Fühlt sich der Krankenhaus-Träger für das seelische und materielle Wohl der Angestellten verantwortlich?
- ▶ Fühlt sich der Chef für das seelische, materielle und berufliche Wohl seiner Mitarbeiter verantwortlich oder sind sie nur nützliche „Arbeitsstiere“?
- ▶ Weiß jeder, dass er über die Dinge, die nicht in seinen Kompetenzbereich fallen, nur tw. informiert ist und daher darüber nicht urteilen sollte?

Lernfähigkeit

- ▶ Macht man sich gegenseitig auf Fehler aufmerksam und ist man dankbar dafür?
- ▶ Sind die älteren Kollegen (Schwestern) bemüht, den Jüngeren etwas beizubringen?
- ▶ Gibt es ausreichend Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Schwestern?
- ▶ Können Junge und Neue die Älteren ohne weiteres fragen, bekommen sie auch eine Antwort?
- ▶ Wird auf berechtigte Beschwerden reagiert?
- ▶ Sind alle um einen hohen beruflichen Standard bemüht, bzw. darum, dass der Patient nach dem besten Standard behandelt wird?
- ▶ Ist man bereit, notfalls einen Patienten auch zu einem Spezialisten weiterzuschicken?
- ▶ Wie reagiert man auf Neuerungen: grundsätzlich negativ? primär positiv?
- ▶ Werden Nachlässigkeit und Schlamperei bekämpft, indem man die Zuständigen aufmerksam macht, oder meidet man jeden Konflikt bzw. jede Anstrengung in dieser Richtung?

- ▶ Hat man Nachteile vom Vorgesetzten zu erwarten, wenn man auf Qualitätsmängel aufmerksam macht?
- ▶ Werden beobachtete Mängel geahndet, auch wenn sie nicht direkt in das Aufgabenbereich des Beobachters fallen?

Solidarität

- ▶ Werden Mängel im Krankenhaus nach außen getragen?
- ▶ Wird von jedem einzelnen versucht, einen Beitrag zu leisten, um Mängel zu beheben?
- ▶ Herrscht Loyalität nach außen?
- ▶ Wird bei der Urlaubsplanung auf die Bedürfnisse des Betriebes Rücksicht genommen?
- ▶ Wird bei der Urlaubsplanung auf die Bedürfnisse der Angestellten Rücksicht genommen?
- ▶ Sind alle bereit, bei Krankheit eines Kollegen in einen Dienst einzuspringen, oder ist dies jedes Mal ein Problem?
- ▶ Helfen bei einem Zwischenfall alle zusammen, oder stellt man sich eher taub?

Umgang

- ▶ Wird auf Umgangsformen Wert gelegt?
- ▶ Sprechen die Vorgesetzten im Befehlstone oder immer mit einem Bitte?
- ▶ Grüßt sich das Personal untereinander?
- ▶ Werden Neuankömmlinge im Haus vorgestellt?
- ▶ Stellen sich Neuankömmlinge auch selbst vor, wenn sie jemandem begegnen?
- ▶ Bemüht man sich, Neuankömmlinge möglichst umfassend in ihre Arbeit einzuführen, oder sind sie auf sich alleine gestellt?
- ▶ Spielen Sympathien und Antipathien eine übermäßige Rolle im Umgang untereinander?
- ▶ Herrscht immer ein höflicher Umgangston?
- ▶ Kennen sich alle mit Namen? (Schwestern – Ärzte, Ärzte – Schwestern, usw.)
- ▶ Verabschiedet man sich, wenn man das Haus verlässt, oder verschwindet man still und heimlich?

- ▶ Verabschiedet man sich, wenn man auf Urlaub geht?
- ▶ Herrscht ein familiärer Geist, insbesondere wenn Kolleginnen und Kollegen in Not sind?
- ▶ Wird Anteil an der Not eines Kollegen (einer Kollegin) genommen?
- ▶ Wird respektlos über Patienten gesprochen?
- ▶ Wird laut über den Gang miteinander gebrüllt?
- ▶ Ist der Umgangston höflich, zuvorkommend und mit allen respektvoll?
- ▶ Ist der Gesprächston untereinander (zwischen Gleichgestellten) salopp?
- ▶ Wird auf eine ordentliche Kleidung Wert gelegt?

Verantwortungssinn

- ▶ Werden Anordnungen verlässlich ausgeführt und wird darüber bei deren Abschluss berichtet?
- ▶ Sorgt jeder (selbst) dafür, dass er im Urlaub qualifiziert vertreten wird?
- ▶ Geht niemand heim, bevor die Arbeit getan ist?
- ▶ Ist jeder bereit einzuspringen, wenn Pannen passieren, bevor ein Schaden für den Patienten eintritt?

Vertrauen

- ▶ Hat der Krankenhaus-Träger Vertrauen in die redliche Beachtung der Dienstzeiten seiner Angestellten?
- ▶ Werden die Arbeitszeiten peinlich kontrolliert?
- ▶ Wird die Arbeitszeit kleinlich eingehalten?
- ▶ Ist man um einen persönlichen Kontakt mit dem Hausarzt des jeweiligen Patienten bemüht?
- ▶ Werden Versprechungen eingehalten?
- ▶ Kann man sich im Haus auf ein Wort verlassen?
- ▶ Ist der Beruf für viele, für einige, für wenige Berufung?

III. Fachverantwortung

- ▶ Werden Fortbildungsveranstaltungen geschätzt?
- ▶ Besteht Bereitschaft, das Wissen dem anderen zu vermitteln (– Fragen bei Nichtwissen)?
- ▶ Wird bei Nichtwissen und Unsicherheit nachgelesen?
- ▶ Werden Standards für die einzelnen Therapiekonzepte ausgearbeitet?
- ▶ Werden im Zweifelsfall Spezialisten beigezogen (befragt)?
- ▶ Wird Werbung ungeprüft in die Tat umgesetzt?
- ▶ Ist man bemüht, immer Verbesserungen durchzuführen?
- ▶ Ist man bemüht, möglichst alles beim alten zu belassen?
- ▶ Werden nur gesicherte Therapieverfahren angewendet?
- ▶ Gibt es eine Bibliothek, wo nachgelesen werden kann?
- ▶ Liegen gute Zeitschriften auf?
- ▶ Werden Modeerscheinungen und neue Therapieverfahren auf ihre Sinnhaftigkeit (wissenschaftliche Absicherung) hin geprüft?
- ▶ Wird der Betriebsrat regelmäßig bei Entscheidungen befragt?
- ▶ Tritt die kollegiale Führung regelmäßig zusammen?
- ▶ Werden Beschlüsse ausgeführt oder nur archiviert?

IV. Recht

- ▶ Gibt es eine Dokumentation über das Aufklärungsgespräch?
- ▶ Werden von Schwestern Tätigkeiten verlangt, zu denen sie nicht berechtigt sind?
- ▶ Gibt es SOS für Notfälle (Erste Hilfe)?
- ▶ Gibt es regelmäßige Erste-Hilfe-Kurse?

V. Kleine Dinge / Leitbild / Alltagsethos

Atmosphäre

- ▶ Wird versucht, Lärm zu vermeiden? Geschirrspüler? Fernseher-Regelung? Fernsehkultur? Lautstärke beim Gespräch?
- ▶ Wird für Ruhe (insbesondere am Abend) gesorgt?
- ▶ Werden Lautsprecher nur im Notfall benutzt?
- ▶ Wird das Essen appetitlich zubereitet?
- ▶ Wird das Essen appetitlich aufgetischt (Gedeck)?
- ▶ Wird das Essen warm serviert?
- ▶ Sind die Teller vorgewärmt?
- ▶ Wird die Bettwäsche häufig gewechselt?
- ▶ Ist die Bettwäsche immer sauber?
- ▶ Werden die Betten täglich gelüftet?
- ▶ Interessiert man sich für den weiteren Krankheitsverlauf, wenn der Patient das Haus verlassen hat?
- ▶ Erkundigt man sich über den Patienten, wenn er auf eine andere Abteilung transferiert wird?
- ▶ Wird der Patient besucht, wenn er innerhalb des Hauses auf eine andere Abteilung verlegt wird?
- ▶ Wird der Patient auch in einem anderen Krankenhaus besucht (wenn er verlegt wurde)?

Materielles

- ▶ Werden die Toiletten sauber gehalten – gibt es dazu Richtlinien (SOP usw.)?
- ▶ Schließen Türen und Fenster?
- ▶ Sind die Wasserhähne dicht?
- ▶ Werden die Abflüsse regelmäßig gereinigt?
- ▶ Wird in den Zimmern ausreichend gelüftet?
- ▶ Gibt es Maßnahmen bei Geruchsbelästigung?
- ▶ Sind Alarmglocken schrill oder erträglich?
- ▶ Ist das Geschirr geschmackvoll?
- ▶ Wird auf gute Matratzen geachtet?

- ▶ Sind die Bettmatratzen durchgelegen?
- ▶ Ist die Bettwäsche sauber und ohne Löcher?

Ordnung

- ▶ Gibt es einen Zeitplan für die bevorstehenden Unternehmungen bei jedem Patienten?
- ▶ Wissen die Patienten wann sie dran kommen (Tag, Stunde)?
- ▶ Stimmt der Zeitplan mit der Wirklichkeit überein?
- ▶ Gibt es große Verzögerungen im Zeitplan?
- ▶ Werden die Arbeitszimmer in Ordnung verlassen?
- ▶ Wird alles liegengelassen, wenn Arbeitschluss ist?
- ▶ Wird auf Pünktlichkeit Wert gelegt?

Umgang

- ▶ Wird das Essen „hinge knallt“?
- ▶ Wird den Patienten beim Essen geholfen, wenn sie dies nicht allein können?
- ▶ Wird ein „guter Appetit“ gewünscht?
- ▶ Werden alte Menschen mit „Vater!“ bzw. „Mutter!“ titulierte?
- ▶ Wird jeder mit Herr bzw. Frau angesprochen (auch alte Menschen)?
- ▶ Werden die Patienten bei Verzögerungen informiert?
- ▶ Kümmert man sich auch weiter um Patienten, wenn sie das Haus verlassen haben?

Umgang mit Sterbenden

- ▶ Werden die Angehörigen rechtzeitig verständigt, wenn ein Patient im Sterben liegt?
- ▶ Werden die Angehörigen sofort verständigt, wenn ein Patient gestorben ist?
- ▶ Werden die Angehörigen vom Arzt über den Tod eines Patienten benachrichtigt? Von der Schwester? Von der Kanzlei?
- ▶ Kümmert man sich darum, dass der Patient bei Entlassung daheim ausreichend versorgt wird?
- ▶ Werden Sterbende alleine gelassen?
- ▶ Wer bleibt beim Sterbenden: Arzt? Schwester?
- ▶ Wird der Priester rechtzeitig zu dem Sterbenden geholt? Vom Arzt? Von den Schwestern?
- ▶ Wird der Patient beim bevorstehenden Tod aufgeklärt, solange er noch bei Bewusstsein ist?
- ▶ Wird der Patient in den Tod hinübergeschwindelt? Durch Reden (falsche Hoffnungen)? Durch Medikamente (dämpfende Pharmaka)?
- ▶ Gibt es Richtlinien, wie bei Sterbenden vorzugehen ist?
- ▶ Gibt es ein Sterbezimmer?
- ▶ Können die Verwandten jederzeit bei einem Sterbenden anwesend sein?

Referenzen

1. Vgl. PRAT, E., *Qualitätssicherung und Tugenden. Die Begründung des Zusammenhanges*, Imago Hominis VII/3 (2000), S. 199-211
2. Vgl. RHONHEIMER, M., *Die sittlichen Tugenden. Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension*, Imago Hominis VII/2 (2000), S. 103-113

Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung des Zusammenhanges

Enrique H. PRAT

ZUSAMMENFASSUNG

Qualitätssicherung ist in der modernen High-Tech-Medizin absolut notwendig geworden. Allerdings können die in der Industrie erfolgreichen Qualitätssicherungskonzepte vom Gesundheitswesen nicht einfach übernommen werden. Die Leistungen in der medizinischen Versorgung enthalten eine Vielzahl von schwer erfassbaren immateriellen und persönlichen Komponenten. Diese können am ehesten erfasst werden, wenn man in der Qualitätssicherung ethische Dimensionen einbezieht. Letztlich ist Qualität ein zentraler Begriff der Ethik, als Lehre des guten Handelns. Ethische Kompetenz, die sowohl aus ethischem Wissen wie aus Tugenden besteht, ist ein Humankapital, das für die Qualitätssicherung unverzichtbar ist. Festlegung von Standards, Kontrollen und auf andere Instrumente Qualitätsförderung sind ebenso unverzichtbar. Auch diese werden von der ethischen Kompetenz gefordert. Aber ohne diese Kompetenz kann die Qualität nicht wirklich gesichert werden. Die Verbesserung der Qualität setzt immer eine Steigerung der ethischen Kompetenz voraus. D.h. auch ins „ethische Kapital“ muss investiert werden.

Schlüsselworte: Qualitätssicherung, Ethische Kompetenz, sittliche Tugenden, Qualitätsmanagement, High-Tech-Medizin

ABSTRACT

Quality Assurance in modern High Tech Medicine has become absolutely necessary. However, those used by the industry cannot successfully taken over as quality assurance concepts by health organisations. The services that medical care are given contain a number of immaterial and personal components which are difficult to comprehend. They can only be understood correctly when ethical dimensions are included in the quality assurance. In reality, quality is one of the main concepts of ethics, the science of good acting. Ethical competence, which is made up of ethical knowledge and virtues, is a humane principal absolutely necessary when dealing with this type of quality assurance. The setting up of standards, controls and other instruments of furthering quality cannot be done without. These are also furthered by ethical competence. Without competence, quality can never be assured. The improvement of quality is always preceded by an increase in ethical competence. In other words, investing in „ethical capital“ is a very good investment.

Keywords: quality assurance, ethical competence, moral virtues, quality management, high-tech medicine

Anschrift des Autors: Prof.Dr. Enrique H. PRAT, Geschäftsführer des Imabe - Instituts
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A - 1030 Wien

1. Qualität und Komplexität im Gesundheitswesen

Mit dem Fortschritt der medizinischen Diagnostik und Therapeutik ist in den letzten Jahrzehnten auch die Komplexität des Gesundheitswesens rasant gewachsen. Die Technik- und Kostenintensität der neuen Diagnose- und Behandlungsmethoden sind sicherlich maßgebliche Ursachen der immer stärker werdenden Verlagerung des Schwerpunkts der medizinischen Versorgung von den kleinen Einheiten (Ordinationen) in die Versorgungsbetriebe (Kliniken und Krankenhäuser) und der Entstehung von neuen medizinischen Fächern und Spezialabteilungen. Krankenanstalten haben sich zu High-Tech-Einrichtungen mit großer Komplexität entwickelt, die gewaltige Anforderungen an das Management stellen. Nur durch geeignete Strukturierung, dynamische Organisation und hochsensible Prozesssteuerung können die Behandlungs- und Pflegeprozesse effizient gestaltet werden. Unter diesen Rahmenbedingungen weicht die Arzt-Patient-Beziehung immer mehr einer Institution-Patient-Beziehung, in der die individuell-persönliche Komponente ihre Bedeutung einbüßt. Der Behandlungsvertrag wird dabei nicht zwischen Arzt und Patient geschlossen, sondern zwischen Patient und Institution, die jetzt letztlich gegenüber dem Patienten für die Behandlung haftet.

Aber in diesem Vertrag sind meistens andere Institutionen auch involviert: Zunächst der Versicherungsgeber, der die Kosten der konkreten Behandlung des Versicherten finanziert und natürlich auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit, d.h. auf Sparsamkeit besonders achtet. Außerdem beeinflusst in vielen Ländern, in denen sich der Staat auch an der Finanzierung des Gesundheitswesens mit Mitteln aus dem ordentlichen Budget beteiligt, auch die öffentliche Hand den Behandlungsvertrag. Dieser Vertrag wird somit ein zwischen Patient, Krankenanstalt, Arzt und Versicherungsgeber staatlich weitgehend geregeltes multilaterales Abkom-

men. Leistung und Gegenleistung im Behandlungsvertrag sind keine private Angelegenheit mehr, die sich der Patient mit dem eigenen Arzt ausmachen kann, sondern werden immer mehr zum Gegenstand einer komplexen multilateralen Transaktion, die gesetzlich reguliert wird. Allgemein geltende Regelungen setzen Maßstäbe für die Bewertung von Leistungen voraus, die auf Standardisierung der letzteren hinauslaufen. Die Leistungen der medizinischen Versorgung müssen also im Hinblick auf ihre Qualität messbar gemacht werden, um in der Folge Qualitätsstandards festlegen zu können. Die Gesetze der medizinischen Versorgung enthalten heute schon üblicherweise Bestimmungen zur Qualitätssicherung.

2. Das Konzept der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Der Qualitätssicherungsgedanke kommt aus dem industriellen Bereich, wo er bereits eine lange Tradition hat. Das Ziel ist, die Produktqualität zu gewährleisten, d.h., dass alle Erzeugnisse einen bestimmten vordefinierten Qualitätsstandard erreichen sollen. Die Qualität eines Produktes liegt im Bereich des Messbaren, ist daher objektivierbar und kann bei jedem präzise gemessen bzw. kontrolliert werden (Qualitätskontrolle). Die erwünschte Beschaffenheit und Zweckdienlichkeit des Produktes wird im Voraus definiert (Standardfestlegung). Produkte, die den Qualitätsstandard nicht erreichen, werden aussortiert (Ergebnisqualität). Müssen relativ viele Erzeugnisse aussortiert werden, so sind qualitätssteigernde Maßnahmen im Produktionsprozess bzw. in der Produktionsstruktur notwendig (Prozess- und Strukturqualität).

Das Konzept der Qualitätssicherung in der Industrie ist so klar und seine Umsetzung marktwirtschaftlich so nützlich, dass es heute weltweit erfolgreich Anwendung findet. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass nach und nach versucht wurde, dasselbe Konzept auch

auf den Dienstleistungssektor auszuweiten. Hier liegen aber die Dinge etwas anders: Leistungen lassen sich nicht in gleicher Weise wie Erzeugnisse standardisieren. Dienstleistungen enthalten materielle und immaterielle Komponenten. Manchmal dominieren die ersten, wie im Transportwesen, ein andermal liegt aber das Schwergewicht auf immateriellen Elementen wie im Beratungswesen (z.B. Steuer- und Rechtsberatung). Während die ersten sich auch relativ gut standardisieren lassen, entziehen sich die immateriellen Komponenten einer objektiven Messbarkeit. Ein bedeutendes immaterielles Element einer jeden Dienstleistung ist die Beziehung zwischen dem Dienstgeber und dem Dienstnehmer. Sie spielt für die Qualität der Dienstleistungen eine maßgebliche Rolle. Dagegen ist die persönliche menschliche Beziehung zwischen Konsument und Produzent bei der modernen Versorgung mit Gütern meistens unerheblich. Wenn das Produkt und der Preis stimmen, wird auch die Transaktion generell zur Zufriedenheit der Konsumenten und Produzenten abgewickelt. Dennoch: je persönlicher und gleichzeitig weniger materialisierbar der Dienst ist, umso weniger standardisierbar ist er. Die menschliche Komponente der zwischenmenschlichen Beziehungen kann verschiedene Intensitäten aufweisen, je nachdem welche Bereiche der Persönlichkeit involviert sind. So sind z.B. die „Menschlichkeitsanforderungen“ bei einer geschäftlichen Beziehung, in der vorwiegend materielle Interessen auf dem Spiel stehen, ganz anders als bei freundschaftlichen oder gar familiären Bindungen, die weit tiefer in die Lebensgestaltung hineinreichen. Jedenfalls haben zwischenmenschliche Beziehungen immer einen singulären Charakter und können nicht ganz standardisiert werden, ohne ihre genuin menschlichen Komponenten, die ihre Einmaligkeit ausmachen, zu opfern. Das bewirkt, dass jeder menschliche Dienst eigentlich immer von einem anderen verschieden ist. Mit einem Wort, es ist durchaus möglich, viele Einzelschritte bei der Erbringung einer Dienstleistung zu standardisieren, aber es wird immer

ein mehr oder weniger großer Rest übrig bleiben, der sich einer Normierung entzieht.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in den siebziger Jahren begonnen, der Qualitätssicherung erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken und bald danach Richtlinien und Strategien für die Mitgliederstaaten und Institutionen des Gesundheitswesens zu entwickeln.¹ Die Literatur zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist mittlerweile sehr stark gewachsen und dem Anschein nach wird sie noch stärker zunehmen². Ein wichtiger Strang der Literatur versucht die Komplexität des Gesundheitswesens und seiner Institutionen, besonders der Krankenanstalt, auf Grund von theoretischen, meistens soziologischen und organisationstheoretischen Ansätzen in den Griff zu bekommen, um theoretische Prinzipien für die Programme und Strategien zur Qualitätssicherung zu gewinnen. Ein zweiter Strang besteht in unendlich vielen Qualitätsstudien über spezifische, ziemlich partikuläre Themen der verschiedenen, vor allem operativen Fächer. Eine dritte Strömung versucht durch Zusammenführung der anderen zwei Stränge zu einer brauchbaren wirklichkeitsbezogenen Theorie der Qualitätssicherung in der Pflege und in der Medizin zu kommen, die sich im operativen Qualitätsmanagement auf alle Ebenen der nationalen, regionalen und lokalen Aspekte des Gesundheitswesens umsetzen lässt, vom Krankenhaus bis ins Patientenzimmer.

Die Leistungen im medizinischen Bereich sind nicht nur für den Menschen, sondern auch als unmittelbare Leistungen am Menschen gedacht. Bei ihnen kommt dem erwähnten, singulären Rest, der nicht standardisierbar ist, große Bedeutung zu. Neben der spezifisch medizinischen Leistung sind in diesem Bereich auch pflegerische, psychologische, organisatorische, kaufmännische und seelsorgerische Leistungen zu erbringen. Das ganze Leistungsarsenal steht im Dienste des grundlegendsten Bedürfnisses des Menschen, das Voraussetzung für alle anderen ist, nämlich seiner Selbsterhaltung. Die Arzt-Patient-Beziehung ist eine asymmetrische Beziehung,

in der der Patient um seiner Selbsterhaltung willen sich einem anderen Menschen freiwillig ausliefern muss. Kaum eine andere menschliche Beziehung fordert vom Menschen eine derartige Selbstaufgabe. Der Mensch als Ganzes wird zum Gegenstand der medizinischen Handlung. Damit er aber immer noch als Mensch behandelt wird, darf er nicht nur ein „Gegenstand“, ein „Etwas“ sein, sondern immer auch ein Zweck an sich, ein Träger unvergleichbarer und unabwägbarer Würde, eine Person. Dies stellt den Arzt vor große Anforderungen, die über seine rein fachliche Kompetenz hinausgehen. Es sind Anforderungen ethischer Natur. Außerdem spielt das Vertrauen in dieser Beziehung eine sehr große Rolle. Seit der Antike hat die Ärzteschaft erkannt, dass sich dieses Vertrauen nicht nur auf fachliche sondern auch auf moralische Qualitäten stützen muss. Der hippokratische Eid, welchen die Ärzte bis vor kurzem geleistet haben, oder die in vielen Ländern geltenden Verhaltenskodices für die Ärzteschaft sind nicht nur eine Strategie zu einer immer schwieriger gewordenen Erlangung des Vertrauens des Patienten, sondern normative Prinzipien, die einen menschengerechten Umgang ausmachen und deren Nichteinhaltung einen Verstoß gegen die Würde des Patienten darstellen. Diese Prinzipien stellen hohe ethische Anforderungen an die Leistungen im medizinischen Bereich. In dieser Hinsicht hebt sich das medizinische Handeln von allen anderen menschlichen Handlungen ab, die nicht so unmittelbar die Würde des Menschen anrühren. Damit ist auch klar, dass das Konzept der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen dieser ethischen Dimension Rechnung tragen muss.

3. Von der Qualitätssicherungstheorie zum Qualitätsmanagement

Es würde den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen, den Stand der Qualitätssicherungstheorie im Gesundheitswesen zusammenfassend wiederzugeben. Diese Aufgabe wurde von

kompetenterer Seite bereits erledigt³. Wie gut eine Qualitätssicherungstheorie ist, wird man vor allem daran messen müssen, wie gut sie sich umsetzen lässt, d.h. ob sie konkrete operative Kriterien und ein brauchbares Instrumentarium für das Qualitätsmanagement liefert. Der von Philosophen gerne wiederholte Ausspruch, dass es nichts Praktischeres gibt als eine gute Theorie, ist weniger widersprüchlich als Praktiker manchmal annehmen. Für den Zweck dieser Arbeit genügt die Darstellung einiger Aspekte der Qualitätssicherungslehre, die sich an der Schnittstelle mit dem Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen befinden.

In der Fachliteratur hat sich die von DONABEDIAN⁴ vorgeschlagene dreifache Kategorisierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen durchgesetzt, die auf Grund seiner Einfachheit und analytischen Nützlichkeit hervorsteicht: Er schlägt einen dreidimensionalen Begriff von Qualität vor, nämlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität bezieht sich auf die statische Organisationsstruktur (Kompetenzuteilung) und die Personalqualifikationsstruktur und umfasst auch die Aus- und Weiterbildung, die Arbeitsplatzgestaltung und die Investitionen. Unter Prozessqualität werden die dynamischen Abläufe in den Gesundheitssystemen im direkten Zusammenhang mit der Leistungserbringung der Diagnose, Therapie und Verwaltung erfasst. Unter Ergebnisqualität versteht man die Maßnahmen, die nach der Leistungserbringung zur Evaluierung und Verbesserung der Ergebnisse durchzuführen sind.

Auf Grund dieser dreifachen Kategorisierung wurden die entsprechenden monokausalen Qualitätsmodelle für die Organisationen des Gesundheitswesen entworfen, die zur Festlegung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards behilflich sein müssten. Sie sind insofern monokausal als jeweils immer nur eine Variable in Beziehung zur Qualität gestellt wird. So wird z.B. leicht festgestellt, dass die Pünktlichkeit ein Qualitätsfaktor ist; wird der Zeitplan

eingehalten, läuft alles besser, die Qualität ist höher. Man wird sagen können, dass die Prozessqualität von der Einhaltung des vorgesehenen Zeitplans abhängt und Verzögerungen (Unpünktlichkeit) qualitätsmindernd sind. Wie aber die Pünktlichkeit mit anderen Qualitätsfaktoren (z.B. Sauberkeit) zusammenhängt, wird aus der monokausalen Relation nicht ersichtlich.

Dieser dreidimensionale Qualitätsbegriff hat sich sicherlich als sehr nützlich erwiesen, weil er erlaubt hat, viele maßgebliche Faktoren der Qualität zu berücksichtigen, die einer oder mehreren dieser drei Kategorien zugeordnet werden können. Damit hat man sicherlich viele Aspekte der Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen abdecken können. Aber die Tatsache, dass immer nur jeweils eine Variable in dem Zusammenhang mit Qualität gestellt wird, lässt die Frage offen, ob alle wesentlichen Aspekte berücksichtigt werden können und ob sich eine alle einzelnen Aspekte integrierende Qualität überhaupt ermitteln lässt. Diese Frage leitet uns zu den zwei grundlegenden Schwierigkeiten der Qualitätssicherungstheorie im Gesundheitswesen über.

Die erste Schwierigkeit ist eine definitivische: es konnte bis jetzt kein zufriedenstellender Begriff von Qualität, welcher die ganze Komplexität der medizinischen Leistung abdeckt, gefunden werden. Die Definition von Qualität bereitet schon im industriellen Bereich gewisse Schwierigkeiten. Im Bereich der medizinischen Versorgung wird die Aufgabe, die Qualität zu definieren, nicht gerade leichter, wenn man bedenkt, dass im Gesundheitsbegriff zusätzliche subjektive Dimensionen enthalten sind, die für die Struktur der Handlungen wesentlich sind, und dass die schwer generalisierbaren und definierbaren, oben erwähnten Beziehungsaspekte eine ganz wichtige Rolle bei der Patientenversorgung darstellen.

Die zweite Schwierigkeit ist eine methodische und betrifft die Messbarkeit der immateriellen Merkmale der Qualität. Zur Bewertung von immateriellen Dimensionen greift man gewöhnlich auf materielle messbare Dimensionen zurück,

die mit der ersten in einem gewissen Zusammenhang stehen. Sie werden Indikatoren genannt, die indirekt und approximativ etwas über die eigentlichen immateriellen Dimensionen aussagen. Das Konzept der Reduktion von immateriellen unmessbaren Dimensionen auf materielle quantifizierbare wird oft verwendet, führt aber letztlich nur zu schwer interpretierbaren Ergebnissen. Die Literatur zur Messung der Lebensqualität in der Medizin ist dafür das beste Beispiel.

Die Bedeutung dieser zwei Schwierigkeiten und der ethischen Komponenten im Gesundheitswesen erklären, dass unter den Experten der Qualitätssicherung die Auffassung vorherrscht, dass Qualitätsmanagementsysteme der Industrie und der Wirtschaft (ISO 9000 und ISO 9004) sich nicht auf das Gesundheitswesen übertragen lassen, obwohl bereits auf deren Grundlagen teure Seminare angeboten werden. „In Wirklichkeit bedeutet eine Zertifizierung nach ISO 9000 und 9004 nach Aussage der GQMB (Fachgesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung) nicht mehr und nicht weniger, als dass damit ein System zertifiziert wird, aber niemals die Qualität der Versorgung selbst“⁴⁵. Normiert wird nach ISO-Norm alles, was sich im Ablauf bürokratisch in Schritte zergliedern lässt. Immer mehr wird klar, dass Qualität auch von dynamischen und immateriellen Faktoren wesentlich mitbestimmt wird, welche durch die starre Normierung von Abläufen und die Festlegung von unelastischen hierarchischen Strukturen außer Acht gelassen werden. Die jüngsten Entwicklungen des Qualitätsmanagements versuchen diese Faktoren stärker in das Konzept zu integrieren.

4. Dynamische und immaterielle Dimensionen des Qualitätsmanagements

In den neueren Strömungen der Managementtheorie werden die Organisationen nicht mehr in der herkömmlichen Sicht als ein stati-

sches objektives Faktum, das sich nicht ändert (d.h. sich nicht merklich ändert, weil seine Änderungen kaum wahrgenommen werden können) angesehen, sondern als situativ-komplex-dynamischer Prozess⁶, geprägt durch Autonomie, Selbstorganisation, Partizipation, Dezentralisation und Subjektbezug⁷. Aufgabe der Qualitätssicherung ist nicht nur den Prozess zu steuern, sondern auch abzusichern, dass es durch die Eigendynamik nicht das eigentliche Ziel der Organisation verfehlt. Dadurch entsteht ein neuer Qualitätsbegriff, der nicht mehr durch die Trilogie DONABEDIANS (Struktur-, Prozess- und Erfolgsqualität) abgedeckt werden kann. Für die neue Denkweise, z.B. für das „Total Quality Management“, „Qualität ist nicht vorrangig eine unternehmensinterne Bewertungsgröße für Fehlleistungen (negative Sichtweise), sondern vielmehr ein Erfolgsparameter für ‚begeisterte Kunden‘ und deren Loyalität zu einem Unternehmen und seinen Produkten (positive Sichtweise)“.⁸ So wird Qualität vom Kontrollbegriff zum Wachstums- und Entwicklungsbegriff. Mit der Qualität wird ein Wertschöpfungspotential verbunden, an dessen Generierung sämtliche Bereiche und Mitarbeiter eines Unternehmens beteiligt sind, und das sich funktionsübergreifend auf alle Bereiche und alle Abläufe des Unternehmens beziehen soll. Investitionen in Qualität gelten in diesem Zusammenhang als die effizientesten und rentabelsten. Die heutigen Anforderungen an Dienstleistungsunternehmen sind durch einen Übergang vom quantitativen zum qualitativen Wachstum geprägt. Die immateriellen Faktoren rücken dabei immer stärker in den Vordergrund der Leistung.

Soziopsychologisch lassen sich im Leben eines menschlichen Kollektivs (Organisation, Unternehmen oder auch Krankenanstalt) zwei immaterielle Bereiche unterscheiden, auf welche die Qualitätsdimensionen bezogen werden können: nämlich den innermenschlichen und den zwischenmenschlichen Bereich. Zum innermenschlichen Bereich gehören die fachlichen

Fertigkeiten und auch stabilen Eigenschaften und Einstellungen (z.B. Arbeitsamkeit, Beharrlichkeit, Pflichtbewusstsein usw.), die wir zunächst auch Tugenden nennen wollen. Sie sind sowohl für die Lebensqualität der Beteiligten wie für die Qualität der Leistung maßgeblich. Auf der einen Seite geht es also um die beruflichen Qualifikationen, die durch Erfahrung, Aus- und Fortbildung erworben werden, und auf der anderen Seite auch um charakter-⁹ und einstellungsmässige Eigenschaften, deren Aneignung und Pflege den Rahmen von üblichen berufsausbildenden und weiterbildenden Programmen, bei denen es meistens nur um den Erwerb von Fertigkeiten geht, sprengen würde.

Im zwischenmenschlichen Bereich geht es um das Zusammenleben und die -arbeit der Beteiligten. Innerhalb dieses Bereiches kann man auch zwischen zwei Unterbereichen unterscheiden. Auf der einen Seite spielt die Struktur und Organisation der Zusammenarbeit eine ganz wichtige Rolle. Sie stellen die Rahmenbedingungen für die Abwicklung der zwischenmenschlichen Beziehungen. Management und Organisation, heute sehr angesehene Wissenschaften, haben verschiedene Techniken und Methoden zur Rationalisierung von hochkomplizierten Leistungen entwickelt. Aber im zwischenmenschlichen Bereich spielen auch die kommunikativen und kooperativen Fähigkeiten der Beteiligten eine große Rolle. Diese sind sowohl Tugenden wie Fertigkeiten, die auch dem innermenschlichen Bereich zugeordnet werden, so dass für die Qualitätssicherung eigentlich drei Faktoren verbleiben:

- 1) Management und Organisation
- 2) Fertigkeiten
- 3) Tugenden

Für den gesamten Dienstleistungssektor, umso mehr aber für das Gesundheitswesen, wird immer stärker anerkannt, dass der zentrale Gegenstand der Qualitätssicherung das Personal ist. Die Qualitätssicherungsprogramme setzen immer mehr auf Management, Organisation und Fortbildung. Doch damit werden

die zwei ersten Faktoren abgedeckt, aber noch nicht der dritte.

5. Qualität als ethische Dimension

Qualitätssicherung zielt also darauf ab, zu gewährleisten, dass die Qualität dessen, was man tut (das erzeugte Produkt oder die erbrachte Leistung), ausreichend und befriedigend ist, d.h. einem vorher definierten Standard entspricht. Man wird also sagen, dass dann, wenn die Qualität über dem Standard liegt, das Produkt (die Leistung) gut ist; was darunter liegt, ist schlecht. Qualität ist also gleich Produkt- bzw. Leistungsgüte. Und mit der Einführung der Vokabeln „gut“ und „Güte“ kommen wir schon in die Nähe der Ethik, der Lehre des guten Handelns. Als erstes muss aber darauf hingewiesen werden, dass man von gut und Güte in verschiedener Art und Weise sprechen kann.

Diese Mehrdeutigkeit des Terminus „gut“ hat der klassischen Handlungstheorie Rechnung getragen, mit der Unterscheidung zwischen der *praxis* und *poiesis* (*agere* und *facere*, handeln und hervorbringen), die viel Licht auf die Struktur der menschlichen Handlung wirft und die Grundlage zur Bestimmung ihrer Qualität bietet. Bei der *poiesis* (Produktion oder Erbringung einer Leistung) werden die objektiven Ergebnisse, also Erzeugnisse wie ein Medikament oder auch Leistungen wie eine Massage fokussiert, die losgelöst von dem Entstehungsvorgang eine eigene Entität bekommen. Von einem Medikament wird gesagt, dass es gut ist, wenn es dazu tauglich ist, jene heilende Wirkung zu erzielen, die auch der Zweck seiner Herstellung ist. Bei der *praxis* geht es um die Handlungstätigkeit selbst als Ziel der Handlung, sie fokussiert das Handeln selbst als etwas, das vom Handelnden nicht getrennt werden kann, das letztlich für den Handelnden selbst gut ist oder ihm schadet. Jede Handlung kann als *poiesis* und als *praxis* betrachtet werden. Als *poiesis* werden die autonom objekti-

vierbaren Ergebnisse der Tätigkeit beurteilt: z.B. ob bei einer Massage eine Muskelentspannung beim Patienten eingetreten ist; dann war sie eine gute Massage. Als *praxis* wird die Tätigkeit selbst, eine von einem Subjekt frei durchgeführte Tätigkeit, betrachtet und es wird beurteilt, ob das Subjekt sich vervollkommenet. Das Massieren wird nicht von den Folgen für den Patienten her beurteilt (praktisches Gelingen), sondern ob dadurch der Handelnde selbst besser wird nämlich, im Sinn des sittlichen Gelingens seines Handelns.

Im Rahmen der *poiesis* ist das „gut“, was tauglich ist, ein bestimmtes angestrebtes Ziel zu erreichen. So sagt man z.B., dass der Hammer gut sei, um den Nagel in die Wand zu schlagen. Und die Handlung mit dem Hammer zu schlagen, ist das richtige (gute) Mittel, um das Ziel „einen Nagel in die Wand zu bekommen“ zu erreichen und in weiterer Folge „ein Bild aufzuhängen“. Damit ist gesagt, dass um das Ziel zu erreichen, das ich mir vorgenommen habe, die richtige Mittelwahl erforderlich ist, denn der Hammer ist gut, um Nägel in die Wand zu schlagen. Dabei ist noch nichts über die Sittlichkeit der Handlung gesagt, d.h. ob die Handlung überhaupt gut ist oder nicht. Denn die Handlung ist noch unzureichend beschrieben, es fehlt die eigentliche Absicht oder Triebfeder der Handlung. Es macht sittlich gesehen einen Unterschied aus, ob jemand den Nagel im eigenen Haus einschlägt, um ein schönes Bild von sich selbst aufzuhängen, damit er und seine Familie sich in diesem Haus wohl fühlen, oder ob er den Nagel zwar auch im eigenen Haus einschlägt, aber ohne die Zustimmung der im gemeinsamen Heim wohnenden Schwiegermutter, um sie dadurch maßlos zu ärgern. In beiden Fällen kann das Bild gut (perfekt) aufgehängt worden sein (*poiesis*). Im ersten Fall ist die Handlung gut, im zweiten aber schlecht (*praxis*).

Bei der *poiesis* wird das Vokabel „gut“ in einem sektoriellen Sinn verwendet, und besagt, dass im Hinblick auf ein bestimmtes Ziel ein

bestimmtes Mittel tauglich ist.¹⁰ Vom Koch, der seine Kochkunst voll beherrscht, würden wir sagen, dass er ein guter oder sogar ein ausgezeichnete Koch ist. Wir würden es in diesem sektoriellen Sinn auch sagen, wenn wir wüsten, dass er da und dort seine hervorragende Kunst einsetzt, um jemanden aus eigenem Antrieb oder in fremdem Auftrag zu vergiften. Dies würde sogar eine Bestätigung der Fertigkeiten des Kochs sein. Ähnlich werden wir auch dem Arzt eine medizinische Kompetenz zusprechen, wenn er sich in den biologischen Zusammenhängen des menschlichen Organismus gut auskennt und bei jedem Patienten das bewirken kann, was nach dem letzten Stand der medizinischen Wissenschaft möglich ist. Er kann also alles Heilbare heilen. Er könnte aber auch seine Heilkunst raffiniert zu Mordzwecken oder zu Folterzwecken verwenden. Deswegen wird man ihm die sektorielle Kompetenz in der Humanmedizin aber nicht absprechen. Natürlich reden wir auch vom guten Koch und vom guten Arzt in einem anderen Sinn, wenn man zu der rein fachlichen Kompetenz auch eine ethische Kompetenz, die von der Gesellschaft als Voraussetzung für jede Berufsausübung verlangt wird, in die Beurteilung einbezieht. Aber das ist dann bereits ein ethisches Urteil. Es ist ein Urteil auf der Ebene der *praxis* und sagt aus, ob das, was dieser Mensch tut, (überhaupt) das Gute ist, und ob dieses Gute auch (sektoriell) gut getan wird.

6. Ethische Kompetenz und ethische Qualitätssicherung

Dass bei der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen die sittliche Qualität und Kompetenz nicht unerheblich, sondern ganz im Gegenteil wesentlich ist, wurde schon im 2. Abschnitt erwähnt. Dieses Faktum wird allerdings in der Literatur kaum erwähnt. Jetzt soll versucht werden, den Inhalt der ethischen Kompetenz darzustellen und den Zusammen-

hang zwischen Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und ethischer Kompetenz näher zu erläutern.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen der *poietischen* (sektoriellen) und der *praktischen* (sittlichen) Betrachtung einer Handlung liegt darin, dass die Absicht und die Motivation des Handelnden in der ersten irrelevant sind, nicht jedoch in der zweiten. Ein Produkt ist gut oder schlecht unabhängig von dem Motiv und der Absicht, die der Produzent bei der Erzeugung gehabt hat. Ist das Produkt zwecktauglich, dann wird es selbst oder die Dienstleistung als gut bezeichnet und niemand wird danach fragen, was die Motivation des Herstellers war. Sektoriell wird man die Handlung also ausschließlich nach der Qualität des Produktes oder der Dienstleistung beurteilen. Eine medizinische Behandlung wird sektoriell als gut beurteilt werden, wenn sie ihr Ziel erreicht und *lege artis* (mit medizinischer Kompetenz) ausgeführt wird. Ob es dabei dem Arzt, der eine für seine Karriere ganz wichtige Studie ausarbeitet, eigentlich mehr um die Erhebung der Daten des Krankheitsverlaufs als um das Heil des Patienten ging, ist für die sektorielle Beurteilung zunächst irrelevant. Aber für die sittliche Beurteilung der Handlung sind Absicht und Motivation ausschlaggebend.

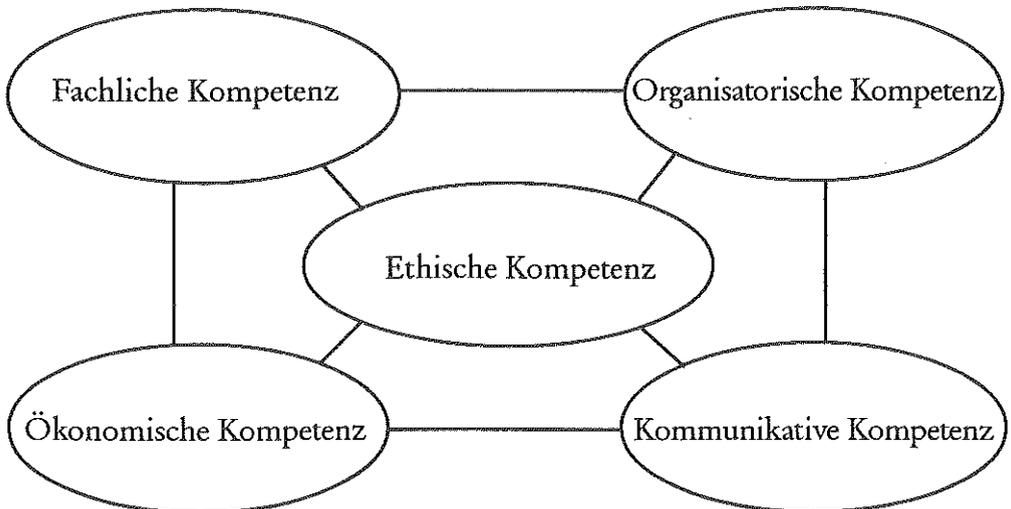
Bleiben wir bei diesem Beispiel. Sollte bei der Absichtsstruktur des Arztes der Forschungstrieb bzw. die Karriereplanung über die eigentliche Zielsetzung der medizinischen Heilbehandlung, (das Patientenwohl) die Überhand gewinnen, so dass der Arzt unverhältnismäßige Risiken in Kauf nimmt, dann ist seine Haltung vom sittlichen Standpunkt aus nicht korrekt, auch wenn bei der konkreten Behandlung zufällig kein Schaden am Patienten nachgewiesen werden kann und der erwartete Erfolg eintritt.

Absicht und Motivation sind bei der Beurteilung der sittlichen Qualität einer Handlung ganz wesentlich. Aber das ethische Urteil berücksichtigt nicht nur diese, sondern integriert in sich auch die sektoriellen Urteile. Die gute

Absicht des Arztes allein macht die Handlung nicht schon sittlich gut. Die Handlung selbst, die Wahl der Mittel und die Ausführung müssen auch im Prinzip sektoriell gut ausgeführt, d.h. medizinisch „lege artis“ sein. Die ethische Betrachtungsweise ist nämlich nicht eine andere Sicht neben der medizinischen, psychologischen, juristischen, organisatorischen usw., mit ihnen in etwa gleichwertig. Das Ethische ist auch kein Spezialwissen wie das medizinische, chemische, soziologische, ökonomische usw., sondern ein universal umfassendes, praktisches Wissen, das alle anderen integriert.¹¹ Ein sittlich gut handelnder Mensch darf keine sektoriellen Fehler zulassen, d.h. die Handlung muss auch in Teilbereichen gut sein, zumindest dürfen bei ihr keine gewollten (oder geduldeten) sektoriellen Fehler vorkommen. So ist die ethische Kompetenz des Arztes nicht eine neben der fachmedizinischen, ökonomischen, kommunikativen und organisatorischen usw., sondern eine alle anderen integrierende Kompetenz (vgl. Graphik).

Der fachmedizinisch kompetente Arzt ist noch kein guter Arzt, wenn er kommunikative Fehler begeht und/oder in seiner Arbeitsweise chaotisch und/oder ökonomisch verschwenderisch ist usw. Die sittliche Kompetenz des Arztes integriert alle diese Kompetenzen in der für jede Handlung angemessenen Weise. Und noch mehr: die sittliche Kompetenz des Arztes fordert alle anderen Kompetenzen, die in der Handlung involviert sind, optimal heraus. Ethische Qualitätssicherung hat alle anderen Dimensionen der Qualitätssicherung zur Voraussetzung. Das führt zu der These, dass das Streben nach ethischer Qualität auch alle sektoriellen Qualitäten im Hinblick auf das Ziel inkludiert. Mit ethischer Kompetenz lässt sich die Qualität in jeder Hinsicht am besten sichern, zumindest rein theoretisch. Später soll die Frage besprochen werden, wie realistisch auch diese These wirklich ist und inwieweit sie sich umsetzen lässt.

Ethische Kompetenz / Arzt



7. Qualitätssicherung und Tugenden

Zwei Irrtümer bezüglich der ethischen Kompetenz sind weitverbreitet. Der Erste setzt ethische Kompetenz mit dem Gewissen, das jeder hat und vor dem er sich verantworten kann, gleich. Manchmal wird behauptet, man müsse sich nicht um die Ethik gesondert kümmern, da das persönliche Gewissen die Sittlichkeit der Entscheidungen garantiert. Der Arzt, der nach seinem Gewissen entscheide, handle schon richtig, wozu dann die Ethik? Diese Behauptung enthält natürlich ein Körnchen Wahrheit, aber nur ein sehr kleines. Richtig ist, dass der Arzt wirklich seinem Gewissen folgen soll. Man darf aber weder annehmen, dass jede Entscheidung schon eine des Gewissens ist, noch dass jedes Gewissen schon die Stimme der Wahrheit ist. Würde man das annehmen, könnte kein Mensch fehlen. Ein zweiter Irrtum lässt die ethische Kompetenz aus ethischem Wissen bestehen. Eine der ersten unumstrittenen ethischen Grundwahrheiten ist gerade die, dass ethisches Wissen allein nicht ausreicht, um das Gute zu tun. Ethik ist eine praktische Wissenschaft. Sie will gelebt sein. Die ethische Kompetenz besteht deshalb nicht nur aus persönlichem ethischen Wissen (praktische Prinzipien, Handlungstheorie und Handlungstypologie), sondern vor allem im persönlichen Umsetzungsvermögen dieses Wissens, und das ist die Tugend.¹²

Nach der klassischen Tugendethik sind es die Tugenden, die das operative Vermögen des Menschen vervollkommen. Sie sind Fertigkeiten und Geschicklichkeiten im Handeln und außerdem konstituieren sie eine zweite Natur, die den Menschen dazu geneigt machen, das Gute auch gut zu tun¹³. Aber Tugenden sind nicht nur diese Neigung zur Qualität und die Befähigung dazu, sondern auch immer Qualitätsliebe im Sinne einer Prädisposition, das Gute mit Freude zu tun. Mit einem Wort: sie sichern die Handlungsqualität des Menschen. Obwohl es sehr unterschiedliche Tugenden

gibt, bilden sie eine Einheit, sodass die Handlung nur dann sittlich gut (tugendhaft) ist, wenn sie gemäß aller in der Handlung geforderten Tugenden durchgeführt wird. Die gute medizinische Behandlung muss nicht nur fachgerecht, sondern auch respekt- und liebevoll, rechtzeitig und pünktlich, sauber, feinfühlig usw. verrichtet werden. Eine Liste aller im Gesundheitsbetrieb geforderten Fähigkeiten und Tugenden wäre vermutlich unendlich lang¹⁴. So gesehen wäre es praktisch unmöglich auf alle Tugenden zu achten, auf die es bei der Qualität also ankommt. Eine Qualitätssicherung auf Grund der Tugenden wäre somit Utopie und die ethische Qualitätssicherung ein schöner, aber nicht praktikabler Gedanke. Es ist aber nicht so. Auf der einen Seite gibt es eine hierarchische Ordnung der Tugenden, die es erlaubt, sie zu gruppieren. Vier Haupttugenden - die Kardinaltugenden - richten praktisch alles operative Vermögen des Menschen auf das Gute hin und befähigen ihn dazu: nämlich Klugheit, Gerechtigkeit, Maß und Tapferkeit. Die anderen sind sozusagen Unterkapitel dieser vier Tugenden. Auf der anderen Seite steht die bereits erwähnte Einheit der Tugenden (*connexio virtutum*), die in einem von der Klugheit hergestellten Zusammenhang zwischen den verschiedenen Tugenden besteht. Es ist eine Art innere Koordination im tugendhaften Handeln, durch welche alle jene Tugenden, die in der konkreten Handlung gefordert werden, sozusagen auch zum Einsatz kommen, und zwar angeleitet von der Tugend der Klugheit, die immer vorhanden sein muss, damit eine Handlung überhaupt tugendhaft ist¹⁵.

8. Ethische Kompetenz ist Selbstnormierung und effiziente Selbstkontrolle

Will man die Qualität dadurch sichern, dass man die Qualitätsstandards festlegt und dazu die wichtigen Abläufe, Prozesse und Verhaltensweisen der Einzelnen im Krankenhaus nor-

miert, dann wird die Gesamtqualität des Ergebnisses naturgemäß davon abhängen, ob diese Normierungen in der richtigen Weise eingehalten werden oder nicht. Man wird dabei sicher nicht ohne Kontrollinstrumente auskommen können. Tatsächlich bedient sich die herkömmliche Qualitätssicherung im industriellen Bereich ebenso wie im Dienstleistungssektor eines ziemlich aufwendigen und kostenintensiven Kontrollinstrumentariums. Wenn man das Konzept der Qualitätssicherung konsequent durchführt, müsste man auch die Kontrollinstanzen auf Qualität kontrollieren. Die Kontrolle der Kontrolle könnte so auf eine unendliche Kontrollsequenz hinauslaufen. De facto wird diese Sequenz aber auf höchstens zwei Kontrollstufen reduziert, weil man annimmt, dass die Qualitätsmängel, die zwei Prüfinstanzen durchlaufen, so gering sind, dass sie kaum spürbar werden. Aber wir könnten uns theoretisch auch eine Gesellschaft vorstellen, in der jeder faul ist. Dort würden zwei Kontrollinstanzen, die ausschließlich aus faulen Menschen bestehen nicht genügen. Eine unendliche Sequenz von Kontrollinstanzen würde auch nicht viel helfen. Und im Umkehrschluss würde man auch sagen können, dass in der Gesellschaft der Tüchtigen die Kontrolleure überflüssig werden. Damit ist aber auch ausgesagt, dass je größer der Grad der Tugend des Personals, d.h. je stärker die sittliche Kompetenz ist, umso weniger sind Kontrollen notwendig.

Außerdem bedeutet ethische Kompetenz, dass fremdbestimmte Normen und aufwendige äußere Kontrollen zur Wahrung der Qualität weitgehend durch vernünftige selbstbestimmte Regeln und effiziente Selbstkontrollen (Selbstdisziplin) ersetzt werden. Denn die Tugend in der aristotelischen Tradition ist eine Selbstbestimmung und Selbstkontrolle der rechten Vernunft, jener Vernunft also, die nicht von Affekten und Emotionen behindert wird. Außerdem werden die Prinzipien, Gebote und Normen, die der Einzelne sich zu Eigen gemacht hat, viel besser und leichter umgesetzt, als jene, die stets

als auferlegt und belastend betrachtet werden. Eine beträchtliche Erhöhung der Prozessdynamik und eine Stärkung der Flexibilität und Reaktionsfähigkeit geht mit der Auflockerung der Rigidität der Strukturen, die die Verlagerung des Schwerpunkts auf Selbstbestimmung und Selbstkontrolle bewirkt, einher. Denn Tugend ist nicht nur Neigung zur Qualität und Befähigung dazu, sondern, wie gesagt auch Qualitätsliebe in dem Sinn, dass das Gute mit Freude getan wird. Auch die heute gängigen Motivations-theorien beteuern, wie wichtig es für die Effizienz, für die Leistungsqualität und für die Lebensqualität am Arbeitsplatz ist, eine Fremdbestimmung soweit wie möglich durch Selbstbestimmung zu ersetzen. Und gerade das ist es, was die Tugenden leisten.

9. Ethische Kompetenz: ein immaterielles Kapital

Abschließend kann man auf die oben erwähnte Frage zurückkommen, ob ein tugendorientiertes Qualitätssicherungskonzept nicht zu sehr theoretisch bleibt. Tugenden können von den Menschen nicht auf die gleiche Weise vorgeschrieben werden wie fachliche Fähigkeiten. Solche kann man durch Einschulung erlernen. Tugenden dagegen können sich nur durch Erziehung und Charakterbildung in radikalster Ausübung der persönlichen Freiheit entfalten. Ihr Standort liegt in der Nähe des persönlichen Gewissens, das nicht jedem Zugriff von außen offen steht. Dies bedeutet tatsächlich eine Einschränkung der Umsetzbarkeit eines tugendorientierten Qualitätssicherungskonzeptes. Die ethische Dimension ist jedoch, wie hier aufgezeigt wurde, so wesentlich, dass man Wege für die optimale Umsetzung des Konzeptes suchen muss. In allerjüngsten Entwicklungen der Managementwissenschaft, ganz besonders, was die Personalführung angeht, dominieren immer mehr Begriffe wie „Integrity“¹⁶, „Excellency“¹⁷ (wortwörtliche Übersetzung von „areté“, dem

griechischen Terminus für Tugend), „Mission“¹⁸, die durchaus im ethischen Sinn verwendet werden und dem Tugendbegriff sehr nahe kommen. Die Bedeutung der ethischen Kompetenz ist in den USA nicht nur auf akademischer Ebene anerkannt¹⁹, sondern ganz besonders in der Praxis: Ethik-Codex, Ethik-Verträge und Ethik-Abteilungen werden immer üblicher, vor allem in Großfirmen²⁰. Dieser starke Trend dürfte auch in Europa im Kommen sein, derzeit ist er aber noch nicht sehr ausgeprägt.

Es gibt viele Wege, um die ethische Kompetenz im Krankenhaus zu fördern und zu verbessern, und viele davon sind bereits eingeführt. Die ethische Aus- und Fortbildung müsste mindestens gleich wie die fachliche eingestuft werden. Institutionalisierte Besprechungen und Diskussionen von auftretenden ethischen Problemen durch das Behandlungsteam, die ethische Beratung, die Ausarbeitung eines tugendorientierten Konfliktmanagementkonzeptes und ethischer Leitlinien sind wichtige Maßnahmen, die zur Stärkung der sittlichen Kompetenz beitragen werden. Leit- und Vorbilder sind wirksamer als Kontrollen. Alles dies wird in den Bereichen des Gesundheitswesens schon erkannt, es muss aber noch viel stärker umgesetzt werden. Dabei muss bedacht werden, dass es nicht genügt, über Ethik viel zu reden oder an Seminaren und Kursen teilzunehmen, wenn neben dem ethischen Wissen nicht auch bestimmte Tugenden angeeignet werden.

Zusammenfassend: Ethische Kompetenz ist ein Humankapital, das für die Qualitätssicherung unverzichtbar ist! Allerdings sind Kontrollen und andere Instrumente der sektoriellen Qualitätsförderung ebenso unverzichtbar. Auch sie werden von der ethischen Kompetenz gefordert. Aber ohne diese Kompetenz, die sowohl aus ethischem Wissen wie aus Tugenden besteht, kann die Qualität nicht wirklich gesichert werden. Die Verbesserung der Qualität setzt immer eine Steigerung der ethischen Kompetenz voraus. Daher muss auch ins „ethi-

sche Kapital“ investiert werden. Und diese Investitionen werden dadurch rentabel, dass die Leistungseffizienz und Zufriedenheit des Personals gesteigert und die sektorielle Qualitätssicherung einfacher wird.

Referenzen

1. WHO-Regionalbüro für Europa: *The principles of quality assurance. Report on a WHO meeting*, M. Barcelona, 17.-19.5.1983. EURO Reports and Studies Nr 94, Kopenhagen (1985) und *Training in quality assurance. Report on a WHO working Group*, ICP/HSR 003/m03, WHO Regionalbüro Europa, Kopenhagen (1995); danach hat die Organisation zahlreiche andere Berichte und Programme herausgebracht.
2. Eine ausführliche Bestandaufnahme der bisherigen Erfahrungen von Qualitätssicherung nach Fachbereichen und Ländern ist nachzulesen in GÖRRES S. *Qualitätssicherung in Pflege und Medizin*, Verlag Hans Huber, Bern (1999), S. 77-176
3. vgl. z.B. GÖRRES S. *Qualitätssicherung in Pflege und Medizin*, Verlag Hans Huber, Bern (1999)
4. DONABEDIAN, A *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quaterly, 2 (1966) S. 166-206
5. GÖRRES S. *Qualitätssicherung in Pflege und Medizin*, Verlag Hans Huber, Bern (1999), S. 221
6. BERGER P.L., LUCKMANN, *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*, Fischer-Verlag, Frankfurt a.Main, (1980)
7. ÖSTERLOH, M. *Unternehmensethik und Unternehmenskultur*. In STEINMAN H. und LÖHR A. (Hrsg.) *Unternehmensethik*, Pöschel-Verlag, Stuttgart (1991), S. 162
8. GÖRRES S. *Qualitätssicherung in Pflege und Medizin*, Verlag Hans Huber, Bern (1999), S. 526
9. Hier bleibt der Begriff vom menschlichen Charakter ziemlich undefiniert, für das Ziel dieser Arbeit genügt aber der gewöhnliche Gebrauch dieses Begriffes.
10. Zum Unterschied zwischen der sektoriellen und sittlichen Bedeutung des Wortes „gut“ vgl. RHONHEIMER M. *Ethik - Handeln - Sittlichkeit*, in BONELLI J. (Hrsg.) *Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin*, Springer, Wien (1992), S. 137-174.
11. PÖLTNER G. *Die Ethik im Rahmen der Ethikkommission*, Imago Hominis, II/1 (1995), S. 37
12. GONZALEZ A.M.: *Prinzipien und Tugenden der Bioethik*, Imago Hominis VII/1 (2000), S. 17-33; SCHWEDLER W.: *Zur Aktualität des Begriffs der Tugend*, Imago Hominis VII/1 (2000), S. 35-48; PRAT E.H.: *Bioethik: Konsens und Tugendethik*, Imago Hominis VII/2 (2000), S. 125-138; RHONHEIMER M.: *Die sittlichen Tugenden. Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension*, Imago Hominis VII/2 (2000), S.103-113 und *La prospettiva della Morale. Fonda-*

- menti dell'etica filosofica*, Armando Editore, Roma (1994)
13. Zur Definition und Natur der Tugenden sind in den letzten zwei Heften mehrere Aufsätze veröffentlicht worden, es wird hier auf sie verwiesen.
 14. Vgl. dazu BONELLI J., MADER H., *Qualitätssicherung im Krankenhaus und Tugenden. Ein Fragenkatalog*, Imago Hominis VII/3 (2000), S. 189-197
 15. THOMAS VON AQUIN, *Summa Theologiae*, I-II, q. 65, a. 1; q. 58, a. 4 und II-II, q. 47 a. 6 und 7
 16. PAIN L.S., *Managing for Organizational Integrity*, in: Harvard Business Review, March-April (1994), S. 106-117
 17. PETERS T.J., WATERMAN R.H., *In Search of Excellence*, New York (1984) und COVEY, *Seven habits of highly effective people*
 18. KOTTER P. *What Leaders Really Do*, in Harvard Business Review March-April (1990), S. 103-111 und BARTLETT C.A., GOSHAL S. *Die wahre Aufgabe des Topmanagers heute*, in Harvard Business Magazin 1/1995, S. 56-65.
 19. Siehe dazu eine Übersicht in WEBER B. *Wille und Unternehmensführung. Ein aristotelisch-teleologischer Beitrag zur anthropologischen Fundierung der Managementtheorie*, (1996), Dissertation an der Wirtschaftsuniversität in Wien.
 20. Vgl. SCHULZ K.R. *Führen durch Vorbild und Werte*. Die Unternehmensethik, vorgelebt in den Vereinigten Staaten, FAZ, Montag, 17. April 2000, Nr. 91, S. 31.

Neue Anforderungen an die kommunikative Kompetenz des Arztes

Peter KÖLTRINGER

ZUSAMMENFASSUNG:

Die Medizin der heutigen Zeit ist von vielen Faktoren geprägt, die mit der eigentlichen Versorgung des kranken Menschen nur mehr marginal zu tun hat: Organisation, Verwaltung, Controlling und Apparatemedizin sind die neuen Schlagworte und haben alle ihre Berechtigung. Wesentlich erscheint dabei jedoch, das Anforderungsprofil an den Arzt zu überdenken, welches auf einen Patienten unseres Jahrhundert zugeschnitten sein muss. Dabei geht es nicht nur um die bestmögliche medizinische Betreuung, sondern vor allem auch um die Vermittlung von verständlichem Wissen und der Fähigkeit, ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten und auch seinen Angehörigen aufzubauen.

Schlüsselwörter: Patientenbetreuung, Angehörigenbetreuung, Aufklärung

ABSTRACT:

Nowadays medicine is defined by various factors, staying widely away from patients' care: organisation, administration, controlling as well as technical medicine are the new catchwords and each of them has its own importance. But it is also necessary to overthink the skill's profile of medical doctors: Not only the best medical care in its technical sense can be the term of measurement but the ability of communication with patients and their relatives to build up a stable atmosphere of understanding and trust as a basic element for treatment.

Keywords: patients' care, relations' care, health education

Anschrift des Autors: Univ.Prof.Dr. Peter KÖLTRINGER, Abteilung für Neurologie und Psychiatrie,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg
Bergstraße 27, A - 8021 Graz

Analyse und Anforderungsprofil unserer Zeit

Das Anforderungsprofil, welches Ärzte in der heutigen Zeit haben, wurde durch die Struktur der medizinischen Versorgung immer stärker in den Bereich der Organisation und der Verwaltung verschoben: Immer mehr Aufgaben verlagern sich in Bereiche, die mit der eigentlichen Tätigkeit am Patienten nur indirekt zu tun haben: Hier sind die Dokumentationsflut – dies nicht nur aus Haftungsgründen – die medizinische Apparatemedizin in ihren gesamten positiven und negativen Auswirkungen oder aber auch der Verrechnungsmodus über einen Sozialversicherungsträger, der den Patienten zu einem mehrstelligen ICD-Code mit Geburtsdatum degradiert, ebenso beispielhaft anzuführen, wie die offiziell als „leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF) bezeichnete Kategorisierung von Patienten. Eine Kategorisierung, die dem Rechenstift gehorcht und dabei – ökonomisch gesehen – zwischen guten (jenen, deren Verweildauer kurz genug ist) und schlechten Patienten (das sind all jene, die aufgrund der Verweildauer, der nicht vollständig ergründbaren Diagnose oder aber auch ihrer Therapieresistenz als finanziell unlukrativ erscheinen) unterscheidet.

Im Rahmen der Ausbildung zum Dr.med. nehmen solche Überlegungen bis zur Promotion wenig Raum ein. Spätestens im Rahmen der Turnus- bzw. Facharztausbildung wird man jedoch von der Wirklichkeit des Systems eingeholt. Diese Realität ist von Überlegungen gekennzeichnet, die im Sinne einer Betreuung und Behandlung von Patienten außerhalb der Medizin stehen. Nicht selten wird dabei Diagnostik und Therapie per se wichtig oder der Fall als solcher interessant: Wenn dies Hand in Hand mit der Person und dem eigentlichen Interesse für den Patienten geht, ist dagegen auch wenig einzuwenden. Anders ist dies jedoch, wenn sich hier eine Eigendynamik entwickelt:

Dann hat nicht der Patient eine Diagnose und eine Therapie, sondern „da gibt es eine tolle Diagnose und da kann man eine neue Therapie erproben, die äußerst interessant und vielleicht auch publikabel erscheint – und – übrigens ist es der Patient XY.....“. Hier wird der Mensch zum Objekt und die medizinische Betreuung dadurch auch unpersönlich, am Menschen uninteressiert und damit unmenschlich.

Ziel der vorliegenden Ausführungen soll es sein, dieser Entpersonalisierung in der Patientenbetreuung entgegenzuwirken. Es steht dabei außer Zweifel, dass dies nicht durch einige Seiten beschriebenes Papier möglich ist, es sollte aber möglich sein, durch eben diese beschriebenen Seiten zu sensibilisieren und aufzurütteln. Damit kann man auch der Gefahr der Abstumpfung in der täglichen Routine, die zwangsläufig im krassen Gegensatz zum ärztlichen Auftrag steht, entgegenzutreten.

Einige analytische Überlegungen sind hier als Basis anzuführen, analytische Gedanken, die den Ist-Zustand unseres Systems wertfrei festhalten:

1. Jede menschliche Gesellschaft hat die Verantwortung, für ihre Mitglieder auch im Krankheitsfall Sorge zu tragen. Dazu gehört auch ein gewisser Qualitätsstandard. Um diesen zu erreichen, sind einerseits die notwendigen technischen, andererseits aber auch die notwendigen menschlichen Voraussetzungen zu schaffen.

2. Der Begriff „Gesundheit“ hat in den letzten Jahrzehnten in der Bevölkerung einen – wenn auch manchmal fast unbemerkten – Wandel erfahren: Waren es zuerst hauptsächlich die Formen der körperlichen Krankheit oder des körperlichen Gebrechens, welche eingestanden wurden und daher auch zu behandeln waren, so kam im Laufe der Zeit auch die geistige Symptomatik im Sinne einer „psychischen Alteration“ hinzu. Dieser Aspekt war jenen Ärzten, die den Menschen ganzheitlich gesehen haben, schon immer klar, doch das Bewusstsein dafür ist erst in neuerer Zeit wieder

allgemein hervorgetreten. Sicherlich steht das auch im direkten Zusammenhang mit dem Phänomen, dass das „sich psychisch nicht Wohlfühlen“ sehr lange mit „Verrückt sein“ und „Geisteskrankheit“ gleichgesetzt wurde.

3. Der Arzt war bis in unsere Zeit herauf eine Person, welche bedingt durch die Funktion bereits zur Persönlichkeit wurde. Ihr brachte man das Vertrauen entgegen, für einen Patienten alles bestmöglich zu tun. Heute wird der Arzt nicht mehr durch seine Funktion automatisch akzeptiert und vertrauensvoll angenommen, sondern er muss sich erst als Persönlichkeit „beweisen“.

4. Die Menschheit unserer Zeit kann den Begriff „Schicksal“ nicht mehr so akzeptieren, wie dies früher üblich war: Die Abnahme des Hierarchiedenkes, wer im Prinzip auch von der Monarchie zur Demokratie geführt hat, bedeutet gleichzeitig auch einen Abschied von dem ehemals einfachen Hinnehmen und Akzeptieren von Veränderungen, Meinungen und Einstellungen. Dabei wird nun aber auch das einfache Hinnehmen und Akzeptieren von Krankheit, von Komplikationen oder aber auch von Behandlungsfehlern als schicksalshafter Bestandteil des Lebens nicht mehr einfach angenommen, sondern man begehrt dagegen auf. Es gibt zwar noch den Begriff Schicksal, doch man kann gegen das Schicksal sehr viel tun und sich dagegen wehren.

5. Die Entwicklung der Rechtsprechung, bei der die Haftungsfragen und die Pflichten der Medizin verstärkt in den Mittelpunkt des Interesses gerückt wurden, haben den Abschied von der Unabänderlichkeit des Leidens und des Schicksals zusätzlich forciert.

6. Das Arzt-Patientenverhältnis hat sich durch die oben genannten Faktoren von einem hierarchischem „Mutter- bzw. Vater-Kind-Verhältnis“ zu einem gleichwertigen „Arztanbieter - Patientenkunden“ verschoben: Der „mündige Patient“ ist entstanden. Die Beziehung zwischen den beiden stellt nun nicht mehr von sich heraus ein Vertrauensverhältnis dar, son-

dern es handelt sich hier um ein Vertragsmodell, in dem die eine Seite die Nachfrage und die andere das Angebot darstellt. Bei unseren Überlegungen handelt es sich nun aber um eine Partnerschaft, welche die Basis für die Zusammenarbeit darstellt.

Diese sechs Analysepunkte sind Ausdruck einer veränderten Gesellschaftsordnung und eines veränderten Selbstbewusstseins: Nicht mehr die Masse ist bedeutsam, sondern jeder einzelne Mensch hat seine Meinung, seinen Standpunkt und seine Rechte, die er auch kennt und einfordert. Zwangsläufig ergeben sich daraus aber auch weitreichende Konsequenzen für die Kommunikation zwischen Patient und Arzt: Der Patient will und kann nicht mehr einfach eine Therapie und Diagnose zur Kenntnis nehmen, er kann Unerklärtes und Unverständliches nicht mehr einfach im Raum stehen lassen und darauf vertrauen, dass der Arzt schon weiß, was er tut. Hinzu kommt, dass zur Mündigkeit auch der Faktor einer gewissen Verunsicherung auftritt: Denn „man“ weiß, dass es immer wieder Kunstfehler gibt; „man“ weiß, dass die Ärzteschaft immer wieder unsicher ist und „man“ weiß auch, dass sich auch Kollegen untereinander gar nicht einig sind und dies manchmal auch klar artikulieren.

Die ehemals unumstrittene Arztpersönlichkeit wurde zum „normalen“ Menschen, der als Arzt tätig ist. Und Menschen sind fehlbar, sodass Fehlleistungen daher auch nicht mehr im Sinne eines unabwendbaren Schicksals gesehen werden können, sondern viel eher als Haftungsproblematik bei Gericht landen.

Im Rahmen des Medizinstudiums, aber auch im Rahmen der Ausbildung danach wird üblicherweise in erster Linie das Wissen um Diagnostik und Therapiekonzepte vermittelt, nicht aber der Umgang mit dem leidenden Menschen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der behandelnde Arzt nicht mehr einfach unumstritten ist und man ihm blindlings vertraut, hat sich auch die Beziehung zwischen

Arzt und Patient geändert: Denn es geht nicht mehr darum, als Arzt einfach eine optimale Therapie anzustreben, sondern diese Therapie muss zuvor mit dem Patienten ebenso abgesprochen werden wie die Abläufe und Konsequenzen der vorgesehenen Untersuchungen.

Zweifelsohne war dies unter Berücksichtigung des moralischen Begriffes der Menschenwürde schon immer ein wichtiges Thema, doch die Arzt-Patientenbeziehung kam prinzipiell auch ohne diese Elemente aus: Denn man vertraute auf das Können und die Fähigkeiten des Arztes. Nun aber ist dies eine unumgängliche Notwendigkeit geworden. Dabei zeigen sich auch zwangsläufig die Defizite, welche der Arzt im Rahmen seines Studiums auf diesem Sektor hat: Es gibt bis heute im universitären Bereich keinerlei Ausbildung, die auf die Arzt-Patientenbeziehung wirklich sinnvoll bzw. ausreichend Bezug nimmt.

1. Patientenkontakt

Die erste Phase im Umgang mit dem kranken Menschen ist für die weitere Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient besonders wichtig.

Im Rahmen der nunmehrigen Anforderungen an die Arzt-Patientenbeziehung wird dabei jeder Mediziner zu einem mehr oder weniger guten Autodidakten in Sachen Patientenumgang. Wichtig ist hier vor allem auch die Fähigkeit zur Selbstkritik und Selbsteinschätzung: Denn es gilt, einerseits den Patienten möglichst rasch psychologisch richtig einzuschätzen, andererseits muss man sich auch selbst einschätzen: Man muss wissen, ob man selbst Beschwerden eher bagatellisiert und „wegsteckt“ oder ob man zur Überbewertung neigt. In Abhängigkeit vom jeweiligen Patienten muss man seinen Umgang darauf abstimmen: Wer selbst bagatellisiert, aber einen Patienten vor sich hat, der durch körperliche Symptome massiv beunruhigt ist, muss zwangsläufig anders auf diesen

Menschen eingehen wie jemand, der extrem feinfühlig ist und einen Patienten mit der symbolischen „Elefantenhaut“ vor sich hat. Wie wichtig dies für die Entwicklung einer Vertrauensbasis ist, soll hier anhand eines Beispiels erklärt werden:

Herr A.M. leidet seit einer Woche an massiven Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich. Die Symptome haben über Nacht begonnen und strahlen in den rechten Fuß aus. Jedesmal, wenn Herr A.M. husten muss, schießen die Schmerzen in den Fuss. Seit 3 Tagen kann er auch nicht mehr schlafen. Bei seiner Aufnahme im Krankenhaus ist er zornig, weil ihm alles zu langsam geht: Er schimpft fast ununterbrochen.

Herr A.M. ist ein völlig „normaler Patient“! Vielleicht würde ihn ein Psychiater bei der Aufnahme als „fordernd“ einstufen, vielleicht auch als aggressiv oder depressiv. All das stimmt mit dem klinischen Eindruck überein, doch dies ist vordergründig. Hintergründig ist, dass der Patient in seiner Schmerzsituation außerstande ist, mit sich selbst zurecht zu kommen. Dazu kommt noch, dass er aufgrund der starken Schmerzen nicht mehr schlafen konnte und daher zunehmend nervöser wurde. Er reagiert wie viele andere: Er wird zornig und wütend. Eigentlich ist er „nur“ unsicher und mit der Situation völlig überfordert.

Im Fall von Herrn A.M. ist Abklärung der Symptomatik und entsprechende Behandlung sicherlich erforderlich und wichtig, doch zuvor muss der Patient das Gefühl bekommen, dass er verstanden wurde, dass diese Botschaft des „Sich nicht Hinaussehens“ respektiert und im Kontakt mit ihm berücksichtigt wird, obwohl er das bewusst wahrscheinlich niemals zugeben würde.

Der notwendige erste Schritt ist hier wohl, dafür zu sorgen, dass er eine erste Linderung der Schmerzen erfährt: Dies kann unter Umständen bereits dadurch geschehen, dass man ihn nicht zur Erstuntersuchung ins Untersuchungszimmer kommen lässt, sondern zu ihm ans Bett geht. Vielleicht genügt es auch, ihm die Beine leicht anzuheben und im Falle der Schmerzab-

nahme einen entsprechenden Polster zu organisieren, bevor man ihn nach Kinderkrankheiten und Operationen fragt oder den Blutdruck misst.

An diesem Beispiel lässt sich auch eine prinzipielle Feststellung treffen: Krankheit ist zwar ein Gebrechen des Körpers oder aber auch der Psyche, der Patient erlebt aber eigentlich nicht die Krankheit in ihrer medizinischen Realität: Denn niemand spürt einen erhöhten Leberwert, man empfindet vielleicht den dumpfen Schmerz oder das Völlegefühl im Oberbauch, das einen „unwohl“ sein lässt. Kaum jemand fühlt den Krebs, er bemerkt aber die Schwäche, die sich entwickelt und die zur Besorgnis Anlass gibt. Wenige Leute fühlen die Depression mit dem Weinen, den Schlafstörungen und vielleicht den paranoiden Gedanken. Sie empfinden aber fast immer eine Form der Verzweiflung, der Angst vor der Zukunft, der Ratlosigkeit und der Unfähigkeit, damit fertig zu werden.

Das, was im Rahmen der Krankheit empfunden wird, ist die Emotion, welche die Krankheit dem Patienten vermittelt und nicht die medizinische Symptomatik. Dabei handelt es sich um ein sehr intimes Gefühl, über das man sprechen soll und das meist auch mit Angst verbunden ist. Jedes intime Gefühl bedeutet aber auch ein „etwas von sich hergeben“ gegenüber dem anderen, in diesem Falle also gegenüber dem Arzt.

Hinzu kommt, dass man üblicherweise im Laufe des Lebens gar nicht ausreichend gelernt hat, über Gefühle zu sprechen. So wird der erste positive Kontakt zwischen Patient und Arzt vor allem in einer beinahe nonverbalen Kommunikation ablaufen: Verständnis für die Krankheit kann glaubhaft nur sehr schwer in Worten vermittelt werden, es ist eher das, was man in einem Text als „zwischen den Zeilen stehend“ bezeichnen würde, was hier zur Vertrauensbasis führt.

2. Patientenaufklärung

Nach dem ersten Patientenkontakt muss die Ebene des Verstehens zwischen Arzt und Pati-

ent immer mehr und immer wieder aufs Neue aufgebaut, gefestigt und intensiviert werden. Dabei ist vor allem die Frage nach der Aufklärung über Diagnosen und Therapiekonzepte von besonderer Bedeutung.

Das, was im Rahmen des Studiums vermittelt wird, sind Anamnese, Symptome, klinische und diagnostische Befunde. Daraus resultiert in der Folge eine Diagnose, die sich heute in einen ICD-Code fassen lässt. Das, was der Patient in oben zitiertem Weise empfindet, stellt hingegen eine emotionale Grundstimmung dar. Und diese ist weitab von jeder mathematischen Kategorisierung! Es gilt nun, die Brücke zwischen diesen beiden Gegensätzen im Rahmen der Aufklärung zu bilden und das ist schwierig, da „normale“ Lehrbücher für Ärzte und Studenten geschrieben sind und sich daher praktisch nie als Vorlage für eine Aufklärung wirklich eignen.

Die Problematik soll hier wiederum an einem Beispiel erklärt werden, das zusätzlich die besondere Thematik der Krebsdiagnose enthält. Die Rede ist von einer Frau, die wegen einer massiven Gewichtsabnahme ins Krankenhaus gekommen ist und bei der Brustkrebs in einem weit fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wurde. An eine kausale Therapie ist in diesem Fall nicht mehr zu denken. Um die Einführbarkeit – und das ist wohl das wichtigste Kriterium für das Verständnis eines Patienten – zu erhöhen, ist dieses Beispiel in Tagebuchform gehalten, welche gleichzeitig auch etwas von den Gedanken der Frau wiedergibt:

3.9.: *„Heute sind es sechs Wochen, dass ich ins Krankenhaus gekommen bin.. Nichts hat sich in dieser Zeit geändert! Zuhause habe ich Kilo um Kilo abgenommen und das hat sich hier fortgesetzt. Ich weiß nicht, vielleicht haben auch die vielen Untersuchungen noch ihren Teil dazu beigetragen, jedenfalls geht es mit meinem Gewicht rasend bergab. Wie oft habe ich früher versucht, etwas abzunehmen. Es sind meist nur ein paar mickrige Kilo geworden. Kaum habe ich wieder normal gegessen, grinnten mich die Zahlen auf*

der Waage schon wieder höhnisch an. Und jetzt - jetzt fliegt mein Gewicht richtig davon. Ich habe mir immer gedacht, „wenn du leichter bist, fühlst du dich besser“. Keine Rede davon, ich fühle mich krank, schwerkrank und – ich glaube, ich bin es auch. Ich habe dauernd Schmerzen, doch das ist nicht das Schlimmste. Dagegen kann man Schmerzmittel geben. Das Schlimmste ist die Ungewissheit: Ich weiß nicht, wie es weitergeht.

Die Visiten sind meist ziemlich kurz, vor allem in den letzten Tagen ist mir das aufgefallen. Da kommen die vielen Ärzte und Schwestern herein. Sie grüßen mich freundlich, fragen „wie geht’s“. Ob die überhaupt eine Antwort wollen? Eher nicht, denn bevor ich irgend etwas sagen kann, starren sie schon auf die Fiebertafel und machen dort kleine Striche, um anzuzeigen, welche Medikamente ich weiterbekommen soll. Dann fragen sie die Schwester, ob ich genug esse und ob ich Harn und Stuhl gehabt habe. Als ob ich das selbst nicht besser beantworten könnte.“

Die Problematik ist hier offensichtlich: Zwischen der Patientin und dem Behandlungsteam ist eine breite Kluft: Auf der einen Seite die tägliche Routine des Personals, auf der anderen Seite der Patient mit den vielen Sorgen, Ängsten und Nöten. Die Frage „wie geht’s“ ist eine der Floskeln, welche nur dann zu den Höflichkeitsformeln gehört, wenn es dem anderen gut geht. Wenn aber augenscheinlich das Gegenteil der Fall ist, dann wird ein „wie geht’s“ zur absurden, beinahe zynischen Lächerlichkeit. Auch die Tatsache, nicht mit dem Patienten, sondern über den Patienten in seiner Anwesenheit zu sprechen, zeigt den Kommunikationsnotstand auf, der hier entstanden ist: Alle wissen, dass da jemand schwer krank ist und die Patientin fühlt das auch, doch niemand kann oder will darüber sprechen.

Die Fortsetzung dieses Tagebuches verstärkt diesen Eindruck noch:

5.9.: „Oft habe ich mich schon gefragt, was meine Krankheit eigentlich ist. Ich habe das auch die Ärzte gefragt. Doch es gab nie eine klare Antwort. Meistens hat es geheißt, es seien noch nicht alle

Untersuchungen beisammen, wir müssten die Ergebnisse abwarten, es sei alles noch ein bisschen unklar. Erst dann könne man die Therapie einleiten. Ob das stimmt? Sie sind alle so freundlich. Irgendwie kommt mir das Ganze so unecht vor. Vielleicht sind sie nicht ehrlich?

8.9.: Seit einer Woche war nun schon keine Untersuchung mehr und immer noch sagen mir alle, dass nicht alle Ergebnisse da sind. Es fällt mir schwer aufzustehen, es tut alles so weh und ich bin so unsicher. Ich bekomme zwar Schmerzmittel, doch ich will sie nicht nehmen, ich will mich nicht daran gewöhnen.“

Hier kann man den typischen Ablauf beobachten, der sich immer dann entwickelt, wenn es nicht gelingt, eine rechtzeitige Vertrauensbasis aufzubauen. Die Patientin analysiert das, was ihr entgegengebracht wird und nun wird völlig nüchtern festgehalten, dass „um den heißen Brei“ herumgeredet wird. Gleichzeitig aber kommt hier ein indirektes Hoffnungsphänomen durch: Die Patientin will keine Schmerzmittel, da sie sich nicht daran gewöhnen will. Die Frage der Gewöhnung ist üblicherweise doch nur dann interessant, wenn man sich selbst noch eine Chance gibt, am Leben zu bleiben.

Wahrscheinlich würde es im vorliegenden Fall schon genügen, die Situation durch einen einzigen nicht ausweichenden Satz zu entschärfen: Sei es, indem man vorsichtig beginnt, die Diagnose anzudeuten oder aber dass man eine kurze und verständliche Erklärung über die Sinnhaftigkeit der Schmerztherapie hinzufügt.

In diesem Zusammenhang muss auch über die Bedeutung der Aufklärung nachgedacht werden, beziehungsweise welche Ziele damit eigentlich verfolgt werden:

Ziel jeder Aufklärung ist es, dem Patienten in seiner Menschenwürde als Ganzes über das, was mit ihm oder in ihm geschieht, zu informieren. Dieser Tatsache wird auch vom Gesetz her Rechnung getragen, wenn es heißt, dass jeder Mensch das Recht auf Aufklärung hat. Darüber herrscht auch heute sicherlich kein Zwei-

fel, doch hintergründig geht es um zwei andere Fragen, die den Patienten beschäftigen:

1. Was habe ich wirklich? In den meisten Fällen beruhigt Klarheit über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand und – wie oben erwähnt – ist Unsicherheit auf Dauer besonders schlecht zu ertragen, weil man sich darauf nicht einstellen kann.

2. Was kann man dagegen tun? Denn wenn man weiß, was die Ursache einer Erkrankung ist, dann kann man auch leichter Konsequenzen ziehen – wie diese auch immer sein mögen.

Gerade letztere Fragestellung ist selbst wieder eine Betrachtung wert: Die vom Patienten erwarteten Konsequenzen sind nämlich sehr unterschiedlich, in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur und der Grundeinstellung, aber auch in Abhängigkeit vom Stadium einer Erkrankung: Interessant ist dabei, dass „Konsequenz“ in jedem Fall „Hoffnung“ bedeutet, auch wenn der Begriff „Hoffnung“ wieder völlig unterschiedlich gesehen wird. In den meisten Fällen werden in der ersten Phase der Aufklärung lediglich nahe Zielpunkte als Hoffnung gesehen: Die Gallenblase mit Steinen oder der entzündete Blinddarm soll operiert werden und die Lungenentzündung hat mit Antibiotikatherapien eine gute und rasche Heilungschance. Das kann von einem Patienten auch gut angenommen werden.

Anders ist dies bei Diagnosen von chronischen und bösartigen Erkrankungen: Hier kann ein definiertes Nahziel zwar Hoffnung geben, beinhaltet aber automatisch auch die Frage nach der weiteren Prognose. So kann man bei einer primär chronischen Polyarthrititis zwar im Rahmen der Aufklärung über schmerztherapeutische Ansätze sprechen, gleichzeitig wird es aber notwendig sein, auch über eine mögliche Dauertherapie und die entsprechenden Erfolgsaussichten zu diskutieren.

Der Brustkrebs bei der oben zitierten Patientin wird natürlich in der Frage nach möglichen Therapiekonzepten ebenfalls sofort entstehen lassen und es gilt, bei jeder Aufklärung den

Gedanken der Hoffnung entsprechenden Raum zu geben. Die Emotionen des Menschen sind in dieser Phase des Lebens fast immer von Angst geprägt und dazu muss ein Lichtblick präsentiert werden. Diesen gibt es auch tatsächlich praktisch immer, doch er hängt von der Perspektive der jeweiligen Person ab: Zuerst wird er prinzipiell im Diesseits gesucht: Eine Therapie, eine Operation, eine Bestrahlung, ein nicht mehr oder nur langsames Weiterwachsen des Tumors, all das sind primäre Hoffnungsziele. Je länger eine Erkrankung dauert, desto mehr verlagern sich Hoffnungen in andere Regionen und damit nicht selten auch auf jenseitige Aspekte, die in der letzten Phase praktisch von fast allen Patienten beschrieben oder zumindest angedeutet werden, auch von jenen, welche sich zuvor vehement zum Atheismus bekannt haben.

3. Angehörigenschulung

Neben den Überlegungen, die bei dem Umgang mit dem Patienten selbst eine wichtige Rolle spielen, ist aber auch der Umgang mit den Angehörigen wesentlich, welche in vielen Fällen scheinbar außerhalb des Geschehens stehen, aber zuhause die Versorgungsfunktion übernehmen oder zumindest organisieren. Wichtig ist dies vor allem bei allen längerandauernden Erkrankungen: Als Beispiel soll hier von dementiellen Syndromen gesprochen werden, die für die Familien der Betroffenen häufig nicht nur eine Geduldsprobe sind, sondern oft auch zu einer massiven Überforderung führen. Auch hier soll ein Beispiel diese schwierige Phase im Leben eines Menschen, aber auch im Zusammenleben besser verständlich machen:

Frau B.T. leidet seit längerer Zeit an einer senilen Demenz vom Alzheimerstyp. Zuerst waren es die kleinen Dinge, welche die Veränderungen anzeigten: Sie verlegte ständig die Hausschuhe und das Geld, sie ließ das Essen anbrennen und sie ver-

gaß, die Blumen zu gießen. Doch im Laufe der Zeit verschlechterte sich ihr Zustand. Sie hatte das Gefühl, beobachtet zu werden. Immer wieder glaubte sie, dass Leute ihre Wohnung durchsuchten und mehrmals hatte sie schon die Polizei gerufen, doch stets ergebnislos. In den letzten Wochen, war sie des öfteren vor der verschlossenen Haustüre gestanden und konnte nicht hinein. Sie kam nicht auf die Idee, dass ihr Türschlüssel in der Handtasche sein könnte. Einmal läutete sie beim Nachbarn an und er verständigte auch sogleich den Schlüsseldienst. Doch als die Herrn von der Firma schließlich eingetroffen waren, hatte man den Haustorschlüssel in der Handtasche bereits gefunden. Die ganze Nachbarschaft zerbrach sich den Kopf über die Frau. Denn es passierte nicht selten, dass sie am Sonntag oder in der Nacht einkaufen gehen wollte und danach völlig frustriert wiederkam, da das nahe gelegene Geschäft geschlossen hatte. Manchmal stand sie auch vor der Haustüre und betrachtete verzweifelt den Schlüssel in der Hand, drehte ihn oftmals hin und her, wusste aber nicht, wie sie ihn verwenden sollte. Ein andermal zog sie wie verrückt an der Türschnalle, doch auf diese Weise ließ sich die Tür eben nicht öffnen. Es geschah dann wohl durch Zufall, dass sie bei einem ihrer Versuche auch die Schnalle hinunterdrückte, so dass das Schloss schließlich aufsprang.

Die Kinder der Frau wussten Bescheid und sie überlegten sich auch Lösungen, doch ihre Berufstätigkeit erschwerte die Situation. Eines Tages wurde sie im Schnee liegend halb erfroren aufgefunden und ins Spital gebracht. Dort erzählte sie, man habe sie mitten in der Nacht aus ihrem schneeweißen frischen, warmen Bett geholt. Ob es zuhause gewesen sei, wurde sie gefragt. Sie wusste es nicht, aber wo sollte es wohl sonst gewesen sein, meinte sie lächelnd.

Dieses Beispiel zeigt die Problematik einer fortgeschrittenen Form der Demenz. Es finden sich Elemente der psychischen Veränderung: Elemente der paranoiden Verkennung, die Furcht und Unruhe verursachen – denn wer freut sich schon, wenn fremde Leute die Wohnung durchsuchen – bis hin zur illusionären

Verkennung von Phänomenen der Umwelt: Schnee mit weißem Bettzeug zu verwechseln, ist hier ebenso möglich, wie Gegenstände einfach nicht wiederzuerkennen und/oder nicht zu wissen, wozu man sie verwenden sollte. Dieses Phänomen der sogenannten „Apraxie“ ist auch bei anderen hirnrorganischen Erkrankungen wie bei Tumoren oder Hirndurchblutungsstörungen manchmal vorhanden: Ob es sich dabei um einen Haustorschlüssel, um eine Türklinke, um einen Telefonhörer oder um einen Kugelschreiber handelt, ist völlig bedeutungslos. Der Gegenstand ist unbekannt und kann daher auch nicht verwendet werden oder aber der Gegenstand ist zwar bekannt, man weiß aber nicht, wofür man ihn gebrauchen kann. Und zum Ausprobieren fehlt in dieser Phase des Hirnabbaus einfach die Kreativität.

Doch es geht bei Frau B.T. nicht nur um das Verkennen der Umwelt, sondern auch um das Verkennen der eigenen Gefühlswelt: Kälte wird nicht mehr als solche empfunden. Man kann annehmen, dass das Gleiche auch für andere Empfindungen gilt: Möglicherweise wird Schmerz, Freude, Trauer, Glück und Unglück ebenfalls als etwas ganz Anderes, etwas vielleicht völlig Unbekanntes empfunden. Und es ist durchaus denkbar, dass diese anderen oder neuartigen Empfindungen selbst wiederum andere und neuartige Gefühle auslösen.

Für die Angehörigen ist diese Phase besonders problematisch, da sie damit nicht umgehen können: Sie wissen nicht, dass der Kranke anders empfindet und ein anderes Denkmodell hat. Sie verstehen auch nicht, dass sie nicht mehr erkannt werden und dass die Frage „ja kennst du mich nicht mehr?“ für den Patienten eine Form der Beschuldigung darstellen kann, dass er nicht mehr bei Sinnen ist. All das führt beim Kranken zu einer Gefühlsbewegung, die ihn belasten kann, die aber auch recht schnell wieder vergessen wird.

Der Umgang mit dem kleinen Kind ist der Gesellschaft vertraut, der Umgang mit dem dementen Patienten hingegen ist für viele ein

unlösbares Problem: Man kann einfach nicht verstehen, dass jede Stunde, jede Minute, ja vielleicht sogar jede Sekunde ein völlig neues Erlebnis darstellt, von dem es keinerlei oder nur geringe Erinnerungspänomene gibt: Ständig lernt der demente Patient für ihn neue Menschen kennen und er kann nicht begreifen, dass ein ihm unbekannter neuer Mensch zu ihm unfreundlich ist, weil er etwas fragt, das er aus seiner Sicht noch nie gefragt hat und daher wissen will.

All das sollte der Arzt im Rahmen der „Angehörigenbetreuung“ versuchen, jenen verständlich zu machen, die tagaus tagein mit dem Patienten konfrontiert sind. Es steht außer Zweifel, dass dies viel Kompetenz, Wissen und vor allem Einfühlungsvermögen erfordert.

Gleichgültig, um welche Form einer Erkrankung es sich auch handelt, muss das vorrangige Ziel der ärztlichen Arbeit das Verständnis für den Patienten sein: Es ist unsere Aufgabe „Leib- und Seelsorge“ zu betreiben, denn der Mensch ist eben ein Ganzes. Schmerz, Gefühle und Symptome sind nicht auf ihre Glaubhaftigkeit hin zu bewerten, sondern als Tatbestand anzusehen, von welchem bei diagnostischen und therapeutischen Konzepten auszugehen ist. Dann wird es auch gelingen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das eine optimale Patientenbetreuung ermöglicht.

Referenzen

- AUNER N., *Vertrauen und Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung*, IH 1997/2, S. 99-108
 BONELLI R., *Noncompliance*, IH 1997/2, S. 19-30
 DEUTSCH E., *Aktuelle Hauptprobleme des Arztrechtes*, IH 1996/3, S. 185-190

- GEISLER L., *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*, Pharma, Frankfurt 1992
 GÖBEN J., *Das Mitverschulden des Patienten im Arzthaftungsrecht*, Peter Lang, Frankfurt am Main 1998
 HARRER F., GRAF A.H., *Ärztliche Verantwortung und Aufklärung*, Verlag Orac, Wien 1999
 JUZA L., *Aufklärung, Vertrauen und Wohlwollen in einer Medizin der Person*, IH 1998/4, S. 261-273
 KÖLTRINGER P., *Ethik in Krankenhäusern: Basis und Chance für die Zukunft*, MA Barmherzige Brüder Österreich 2/97
 KÖLTRINGER P., *Der Mensch zuerst*, Granatapfel 9/97
 KÖLTRINGER P., *Der alte Mensch: Vom Weisen zum Hilfsbedürftigen*, Granatapfel 2/98
 LALOUSCHEK J., *I bin wegen einer Colitis ulcerosa hier. Oder Wie Ärzte/Ärztinnen und Patient/inn/en miteinander sprechen lernen*, Wiener Linguistische Gazette 47/1993
 MAYER-MALY T., PRAT E.H., *Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung*, Springer, Wien 1998
 MITTAG O., *Sterbende begleiten. Ratschläge und praktische Hilfen*, Georg Thieme, Stuttgart 1994
 PÖLTNER G., *Ethische Probleme ärztlicher Aufklärung*, IH 1996/3, S. 173-178
 PÖLTNER G., *Autonomie des Patienten – Ethik in der Fürsorge*, IH 1998/4, S. 253-259
 PRAT E.H., *Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung*, IH 1998/4, S. 241-251
 SCHMOLLER K., *Strafrechtliche Folgen einer unterlassenen oder übermäßigen ärztlichen Aufklärung*, IH 1996/3, S. 159-172
 SCHULZ VON THUN F., *Miteinander reden 1*, Rororo, Reinbek bei Hamburg 1981
 SCHULZ VON THUN F., *Miteinander reden 2*, Rororo, Reinbek bei Hamburg 1989
 SCHULZ VON THUN F., *Miteinander reden 3*, Rororo, Reinbek bei Hamburg 1999
 SIEGRIST J., *Medizinische Soziologie*, Urban & Schwarzenberg, München-Wien, Baltimore, 5. Auflage 1995
 SPITZY K.H., *Die Arzt-Patientbeziehung und das Placebophänomen*, IH 1997/1, S. 31-45
 WALDHÄUSL W., *Die ärztliche Sicht zu Fragen der Aufklärungspflicht und Haftung von Ärzten*, IH 1996/3, S. 179-184
 WILLINGER H., *Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht*, Forum interdisziplinärer Ethik, Peter Lang, Frankfurt 1996
 WOLFF H.P., *Arzt und Patient*. In: SASS H.M., *Medizin und Ethik*, Reclam, Stuttgart 1989

Bewertung der Multicenterstudie:
Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women through
Diet and Lifestyle
(New England Journal of Medicine 2000; 343: 16-22)

Fragestellung:

Viele Lebensstil-assoziierte Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit wurden bisher identifiziert. Relativ wenig ist aber über ihr Krankheitsrisiko bekannt, wenn diese Faktoren gemeinsam betrachtet werden. In der vorgestellten Studie wurde der Effekt verschiedener kombinierter Lebensstilverhalten auf das Risiko der koronaren Herzkrankheit bei Frauen im mittleren Alter untersucht.

Methodik:

480.129 gesunde Frauen im mittleren Lebensalter wurden über 14 Jahre beobachtet. Patientinnen mit niedrigem Risiko wurden folgendermaßen definiert: Nichtraucherinnen, Body-mass-Index unter 25, moderater Alkoholkonsum, körperliches Training wenigstens dreißig Minuten pro Tag und eine faserreiche Diät mit einem hohen Anteil von nicht gesättigten Fettsäuren und niedrigem Zuckergehalt. Studienendpunkte waren Myokardinfarkt oder Tod durch koronare Herzkrankheit.

Ergebnisse:

Tabelle 1 zeigt in der 1. und 2. Spalte das relative Risiko für die koronaren Ereignisse für jeden einzelnen Faktor, der untersucht wurde und zwar aufgeschlüsselt in unterschiedliche

Risikograde, angefangen mit einem sehr hohen bis zu einem sehr niedrigen (Referenz) Risiko.

Der wichtigste Risikofaktor war erwartungsgemäß das Rauchen mit einer relativen Risikohöherung auf das 5,48-fache bei einem Konsum von 15 oder mehr Zigaretten pro Tag. In Tabelle 2 ist die Risikoreduktion bei 3,4 oder 5 kombinierten low-risk Faktoren zusammengestellt. Frauen in der niedrigsten Risikogruppe (alle 5 low-risk Faktoren) haben im Vergleich zu allen übrigen Probandinnen (das heißt zur Durchschnittsbevölkerung) ein relatives Risiko von lediglich 0,17.

S.O.M. - Analyse:

Stufe 1: Der qualitative Nutzen

Effekt (Wirkung):

Es handelt sich um eine prospektive, offene, nicht randomisierte Kohortenstudie. Dies entspricht einem Qualitätskriterium der Evidence based Medicine in der Kategorie 2c.

Wirksamkeit (Zweckdienlichkeit):

Die Endpunkte Tod oder Myokardinfarkt sind eindeutig und dem primären Ziel ärztli-

chen Handelns (Heilung, Lebensverlängerung) direkt zugeordnet. Die Zweckdienlichkeit der Studie ist daher gegeben.

Stufe 2: Der quantitative Nutzen (Relevanz)

Zur quantitativen Veranschaulichung der Effekte wurden in Tabelle 1 zehn ereignisfreie Jahre einer Frau ohne Risiko (Referenz) den verschiedenen Risikograden gegenübergestellt (LV 10a). Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass z.B. durch eine konsequente Diät im Vergleich mit einer uneingeschränkten Fett- und Zuckerreichen Kost (Grad 1) in 10 Jahren 4,8 Jahre hinzugewonnen werden können, d.h. das Ereignis Tod oder Myocardinfarkt wäre 4,8 Jahre früher eingetreten. Durch körperliches Training können im Vergleich mit fehlender körperlicher Betätigung innerhalb von 10 Jahren 3 Jahre hinzu-

gewonnen werden. Die Vermeidung von starkem Übergewicht ergibt einen Gewinn von 3,7 Jahren innerhalb von 10 Jahren. Durch den Verzicht auf starkes Rauchen können 8 Jahre von 10 gewonnen werden und durch maßvollen Alkoholgenuss können verglichen mit Alkoholabstinenz ebenfalls 6 Jahre von 10 gewonnen werden.

Vergleicht man die Risikoreduktion durch die Kombination von mehreren Faktoren (Tabelle 2) mit dem Durchschnitt der Gesamtpopulation, so ergibt sich auch hier, dass coronare Ereignisse über viele Jahre hinausgeschoben werden können. Bei einem mittlerem Lebensalter von 40 Jahren können Frauen in einer Durchschnittspopulation mit einer mittleren Lebenserwartung von weiteren 40 Jahren rechnen (mittlere Gesamtlebenszeit = 80 Jahre). Im Fall von 3 low-risk Faktoren kann ein koronares Ereignis um weitere 50 Jahre, im Fall von allen 5 Faktoren theoretisch

Faktoren	Relatives Risiko	LV (10a)
Diät Score:	1	1.90
	2	1.50
	3	1.57
	4	1.23
	5	1.0 (Referenz)
Sportliche Betätigung (h/Woche):	< 1.0	1.41
	1.0-2.2	1.23
	2.3-3.5	1.18
	3.6-5.5	1.05
	> 5.5	1.0 (Referenz)
Body-mass Index: ≥ 30.0	≥ 30.0	1.57
	25.0-29.9	1.33
	23.0-24.9	1.16
	< 23.0	1.0 (Referenz)
Rauchgewohnheit (Zigaretten/Tag): ≥ 15	≥ 15	5.48
	1-14	3.12
	Gelegenheitsraucher	1.55
	Nichtraucher	1.0 (Referenz)
Alkoholkonsum (g/Tag):	0	1.65
	0.1-5.0	1.41
	5.1-10.0	1.26
	> 10	1.0 (Referenz)
		10 (Referenz)

LV (10a): gewonnene Lebensjahre nach 10 ereignisfreien Jahren einer Frau ohne Risiko (Referenz) im Vergleich mit den verschiedenen Risikofaktoren nach Schweregrad.

Tabelle 1: Einteilung der individuellen, modifizierbaren Risikofaktoren und relatives Risiko für koronare Ereignisse in der Gesundheitsstudie der Krankenschwestern von 1980 bis 1994.

Gruppe	Relatives Risiko	LV (40a)	LE
3 low-risk Faktoren *Diät Score in den beiden oberen Graden *Nichtraucher *mäßige bis kraftvolle körperliche Betätigung > 30 min/Tag	0.43	+ 50a	130a
4 low-risk Faktoren *Diät Score in den beiden oberen Graden *Nichtraucher *mäßige bis kraftvolle körperliche Betätigung > 30 min/Tag *Body-mass Index < 25	0.34	+ 75a	155a
5 low-risk Faktoren *Diät Score in den beiden oberen Graden *Nichtraucher *mäßige bis kraftvolle körperliche Betätigung > 30 min/Tag *Body-mass Index < 25 *Alkoholkonsum > 15g/Tag	0.17	+ 160a	240a

LV (40a), LE: Lebensverlängerung und Lebenserwartung bei 40-jährigen Frauen mit gesunder Lebensführung in Bezug auf koronare Ereignisse im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (mittlere Lebenserwartung = 80a).

Tabelle 2: Risiko für ein koronares Ereignis in low-risk Gruppen in der Gesundheitsstudie der Krankenschwestern (1980-1994).

sogar um weitere 160 Jahre hinausgeschoben werden. Dies bedeutet, dass bei Frauen mit gesunder Lebensführung ein koronares Ereignis überhaupt verhindert werden kann, weil es weit über ein natürliches Lebensalter hinausgeschoben wird (vgl. Tabelle 2). Damit ist offensichtlich, dass eine gesunde Lebensführung zu einer höchst effektiven Verbesserung von Morbidität und Mortalität in Bezug auf ein koronares Ereignis beiträgt. Eine präventive Lebensstiländerung kann also als hoch relevant bezeichnet werden.

Stufe 3: Verhältnismäßigkeit

Vergleicht man die vorgelegten Daten mit der Effektivität einer medikamentösen Therapie z.B. mit Statinen oder ACE-Hemmern^{1,2}, so tritt die hohe Sinnhaftigkeit einer präventiven Lebensstiländerung noch deutlicher zu Tage. Durch Statine und ACE-Hemmer kann innerhalb von 10 Jahren vergleichsweise bestens ein Jahr hinzugewonnen werden. Das heißt, eine medikamentöse Therapie ist um ungefähr eine Zehnerpotenz we-

niger effektiv als eine gesunde Lebensführung. Dazu muss im Falle der medikamentösen Therapie noch mit den diversen unangenehmen Nebenwirkungen gerechnet werden.

Auf jeden Fall kann gesagt werden, dass eine gesunde Lebensführung unabhängig von einer medikamentösen Therapie (Antihypertensiva, Statine, ACE-Hemmer) einen Großteil der koronaren Ereignisse bei Frauen verhindern kann. Daraus ergibt sich umgekehrt die Schlussfolgerung, dass eine medikamentöse Prävention ohne Lebensstiländerung vergleichsweise ineffektiv und daher sinnwidrig wäre.

Referenzen

1. MEIR, J. et al., *Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women through Diet and Lifestyle*, NEJM (2000) 343: 16-22
2. *Bewertung der Multicenterstudie: Effects of an Angiotensin - Converting - Enzyme - Inhibitor, Ramipril, on Cardiovascular events on high-risk Patients*, IH (2000) 1: 65

NACHRICHTEN

Abtreibung: Zustimmung zum liberalen Recht sinkt

Nur noch 43% der US-Amerikaner äußerten ihre Zustimmung zum geltenden liberalen Abtreibungsrecht, das vor rund 25 Jahren vom Obersten Gericht in der sogenannten „ROE gegen WADE-Entscheidung“ eingeführt wurde. Vor 10 Jahren waren es noch 56%. In einer Umfrage der Rutgers Universität, die im Auftrag der „Los Angeles Times“ durchgeführt wurde, sahen 57% der Befragten in der Abtreibung einen Mord.

Nach Ansicht von Susan CARROLL, einer Mitarbeiterin der Studie, zeigt sich in der Umfrage eine „Leben-und-Leben-lassen-Mentalität“.

85% sprachen sich für eine restriktivere Handhabung des Abtreibungsrechts aus. Nach ihrer Ansicht sollten Schwangerschaftsabbrüche nur bei psychischer Gefahr für die Frau und nicht bei Gefährdung der psychischen Gesundheit vorgenommen werden.

72% der Frauen, aber nur 58% der Männer sprachen sich gegen die seit Jahren umstrittene Spätabtreibung aus.

Das Problem der Abtreibung wird den Wahlkampf mitentscheiden. So äußerten sich 34% der Befragten, dass für sie die Haltung des Präsidentschaftskandidaten entscheidend für ihre Stimmabgabe sein werde.

Kathpress, 21. Juni 2000

AIDS: Stabilisierung in den USA

Die jüngste Studie des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) unter der Leitung von Dr. Helene D. GAYLE bestätigen einen

Trend, der in der Mitte des Jahres 1998 begann. Die Anzahl neuauftretender AIDS-Erkrankungen bzw. HIV-Infektionen hat sich stabilisiert. Vor 1998 waren die Todesfälle und AIDS-Erkrankungen durch die Verfügbarkeit von hochaktiven antiretroviraler Behandlung bereits drastisch zurückgegangen. Der Grund für das Ausbleiben eines weiteren Abfalls der AIDS-Fälle liegt nach Ansicht von Dr. GAYLE an mehreren Faktoren, darunter das Scheitern der Behandlung, die Tatsache, dass bereits fast alle Patienten erreicht wurden, die für eine Behandlung empfänglich sind, das Fehlen frühzeitiger Tests und die Schwierigkeit neue Behandlungsmethoden einzuführen.

Dr. GAYLE veröffentlichte auch Daten, die zeigen, dass die HIV und AIDS Diagnose unter jüngeren Leuten (13-24 Jahre) seit Juni 1999 in 25 Staaten stabil geblieben ist. Dennoch wird geschätzt, dass etwa 40.000 Amerikaner pro Jahr mit dem HIV Virus infiziert werden.

Eine weitere Studie zeigt, dass 2 bis 4% der Erwachsenen in den USA, also 4 bis 5 Millionen Menschen zu zählen sind (mehr als 6 Sexualpartner im Jahr, Sexualkontakte mit HIV infizierten, Prostituierten, Gebrauch von Crackkoin, Injektion von Drogen und homosexuelle Kontakte).

Eine groß angelegte Studie des CDC, durchgeführt von Dr. Vu Minh QUAN weist auf besorgniserregende HIV-Infektionsraten besonders bei homosexuellen und bisexuellen Männern hin. Diese Gruppe hat ein 17 Mal größeres Risiko infiziert zu werden als heterosexuelle Männer.

Journal of the American Association (JAMA), 11. Juli 2000

Drogen: Konsum geht zurück

Der Drogenkonsum bei Teenagern im UK geht seit 1995 signifikant zurück. Forscher des Alcohol and Health Research Centre des City Hospital in Edinburgh befragten 15- und 16-jährige Studenten aus staatlichen und privaten Schulen.

Gaben 1995 noch 40% der befragten Mädchen an, Cannabis, Amphetamine oder Ecstasy zu konsumieren, so sind es heute nur mehr 33%. Bei Burschen zeigt sich ein Abfall von 45% auf 39,5%, miteinander geschlossen ein signifikanter Rückgang im Gebrauch von Crackkoin. Leider musste aber ein Anstieg des Heroinkonsums bei beiden Geschlechtern festgestellt werden.

BMJ, 13. Juni 2000

Drogen: Ursache für Schlaganfall bei Jugendlichen

Der steigende und weitverbreitete Gebrauch von Kokain und Amphetaminen in der westlichen Welt verursacht nachgewiesenermaßen intracerebrale Blutungen.

Andrew MC EVOY et al. am National Hospital für Neurologie und Neurosurgery in London warnen, wachsam zu sein und bei jungen Schlaganfallpatienten sowohl die vaskuläre Ursache als auch drogenbedingte Einflüsse bei der Diagnose zu berücksichtigen.

BMJ, 18. Mai 2000

Lifestyle: Zusammenhang zwischen Feindseligkeit und Herzerkrankungen

Wie JAMA jüngst berichtet, kann ein Zusammenhang zwischen der Verkalkung der Koronargefäße

und feindseligem Verhalten jüngerer Erwachsener festgestellt werden.

Carlos IRIBARREN et al. vom Kaiser Permanente Medical Care Program in Oakland in Kalifornien befragten 374 weiße und schwarze Männer und Frauen über 10 Jahre hindurch. Feindseligkeit wurde als Charakterprofil definiert, das einerseits eine Einstellungskomponente (Zynismus, Misstrauen), eine emotionale Komponente (Ärger) und eine Verhaltenskomponente (offene oder unterdrückte Aggression) aufweist.

Das persönliche „Feindseligkeitsniveau“ wurde mittels der Cook-Medley Skala – 50 Fragen, die mit richtig/falsch beantwortet werden, eruiert. Der Grad der koronaren Verkalkung wurde durch eine Computertomographie festgestellt.

Personen, die Feindseligkeitswerte über dem Mittel hatten, zeigten ein viermal so hohes Risiko, eine koronare Verkalkung zu erwerben als andere. Die Autoren berichten weiter, dass zynisches Misstrauen, eine Unterkategorie der Feindseligkeit ebenso mit erhöhtem koronarem Risiko in Verbindung zu bringen ist.

Andere Studien konnten ebenfalls zeigen, dass eine feindselige Einstellung der Umwelt gegenüber mit Artherosklerose, Bluthochdruck, Entwicklung von koronarer Herzkrankheit und frühem Ableben in Verbindung zu bringen ist.

Journal of the American Medical Association (JAMA), 17. Mai 2000

Gesundheitspolitik:

Medikamente in Afrika teurer als in Europa

Bei einer Konferenz in Nairobi, die von „Ärzte ohne Grenzen“ veranstaltet wurde, präsentierte der Norweger Kirsten MYHR eine Studie, aus der hervorgeht, dass die Medikamente in Afrika teurer sind als in Europa und Nordamerika.

Medikamente gegen AIDS oder Tropenkrankheiten sind für Millio-

nen Afrikaner einfach unerschwinglich. Die Behandlung der Malaria kostet doppelt so viel wie in der EU, obwohl 90% der Malaria-Toten Afrikaner sind.

Darüber hinaus muss man die unterschiedlichen Einkommensverhältnisse betrachten. Eine Behandlung der Tuberkulose kostet in der Schweiz eine Arbeitsstunde, in Tansanien 500 Stunden. Große pharmazeutische Unternehmen haben sich bereit erklärt, die Preise für Medikamente gegen AIDS in Afrika auf etwa 85% der Preise in den Vereinigten Staaten zu senken. Der Medikamentenpreis ist nur eines der Hindernisse für die Behandlung der Kranken in Afrika. Bei AIDS fehlt es auch an einer geeigneten sanitären Infrastruktur, um die Medikamente zu verteilen, den Heilungsverlauf der Patienten zu verfolgen und die Sekundarfolgen zu beobachten.

Aceprensa 93/00

Haftung: Wenn die Kunst der Ärzte fehlt

Obwohl in der jüngst erschienenen Ausgabe von *The Lancet* von einem Rückgang diagnostischer Fehler berichtet wird, bleibt das Thema weiterhin ein heißes Eisen.

In zwei großen Studien in den Staaten Colorado und Utah wurden Ungereimtheiten im Behandlungsverlauf von 2,9% bzw. 3,7% aller Spitalsaufnahmen festgestellt. 6,6% dieser Vorfälle führten zum Tod des Patienten. Das „Institute of Medicine“ (IOM) rechnete diese Daten auf die jährlich 33,6 Millionen Spitalsaufnahmen hoch und schätzt, dass 44.000 - 98.000 Todesfälle, auf medizinische Fehler zurückzuführen sind. Dem Bericht zufolge sterben demnach mehr Menschen an Kunstfehlern als an Brustkrebs (42.297) oder AIDS (16.516). Nicht von ungefähr sorgte die Veröffentlichung dieser Zahlen

für großes Aufsehen.

Präsident CLINTON beauftragte Agenturen, die medizinische Fehler in einem Zeitraum von 5 Jahren auf die Hälfte reduzieren sollen. Die American Medical Association (AMA) bezweifelt die Forderung des IOM nach verpflichtender Berichterstattung über fragliche Fehler mit der Begründung, dass die Anonymität der Ärzte nicht mehr gewährleistet werden könnte. Zudem bleibt die Frage offen, ob Fehler wirklich zugegeben würden, wenn Ärzte um ihre Reputation und Karriere fürchten müssen.

Am 30. Mai wurde bekannt, dass das Department of Veterans Affairs gemeinsam mit dem National Aeronautics and Space Administration ein System zur Fehlerregistrierung installieren wollen, das jenem der NASA gleicht. Seit 1975 werden dort auftretende Fehler im Flugwesen durch Piloten, Kontrollorgane, Mechaniker etc. gemeldet. Die Informationen werden von geschulten Kollegen bearbeitet, so dass eine maximale Verbesserung im System erfolgen kann.

Eines ist klar: Kein Überwachungssystem kann Fehler ausschalten. Aber ein gutes System vermag die Angst davor, Fehler überhaupt zu berichten, auszuschalten. Dies zu etablieren, scheint nun, die primäre Aufgabe zu sein.

The Lancet, Vol. 355, 10. Juni 2000

Lifestyle: Spanische Ärzte kümmern sich nicht um ihre Gesundheit

Dies geht aus einer Studie des Official Medical College von Barcelona (COMB) hervor. Nicht nur das, sie vermeiden die Behandlung durch andere Ärzte und ziehen die Eigenbehandlung vor.

Miguell BRUGUERA, Präsident des COMB meint, dass die gestörte Arzt-Arzt Beziehung auch Einfluss auf die Arzt-Patient Beziehung hat.

Ein Arzt soll sich beim Arzt als Patient betrachten und nicht wieder als Arzt, konstatiert er.

Von den 795 befragten Ärzten (sowohl Spitalsärzte wie auch Niedergelassene) gaben 40% an, einen Arztbesuch als schwieriges Unterfangen zu beurteilen.

Aussagen, wie „Es ist eben notwendig, einen Konsens zu finden“ bzw. „Es könnten mangelnde Situationen durch unterschiedliche Beurteilung der Diagnose entstehen“ illustrieren die problematische Situation. COMB hat sich der Problematik nun verstärkt angenommen und wird demnächst eine Kampagne diesbezüglich starten.

The Lancet, Vol. 355, 17. Juni 2000

Psychiatrie: Internistisch-psychiatrisches Zertifikat für Ärzte

Geschätzte 15% aller Personen mit medizinischen Problemen leiden zudem an psychiatrischen Störungen. Meist verfügen die behandelnden Ärzte jedoch nicht über genügend Wissen, um jenen mehrfach belasteten Patienten wirksam Hilfe leisten zu können.

Das Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center bietet seit 1996 ein 5-jähriges Trainingsprogramm an, das Ärzten in einer einzigartigen Kombination Kenntnisse sowohl in interner Medizin als auch in Psychiatrie vermittelt. Nach Erhalt eines Zertifikats durch das American Board of Internal Medicine und das American Board of Psychiatry and

Neurology sind sie befähigt, beide Disziplinen auszuüben. „Die westliche Medizin tendiert sehr dazu, Körper und Geist zu trennen, indem sie die Beschwerden des Patienten jeweils separat von Spezialisten behandeln will und vergisst daher, den Menschen als Ganzheit zu betrachten“, meint Mary TIBBETS, Absolventin des bisher einzigartigen Trainingsprogrammes und unterstreicht damit die Wichtigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen in der Medizin des dritten Jahrtausends.

Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center, 15. Juni 2000

Suizid: Problem für die öffentliche Gesundheit

Jedes Jahr sterben auf der Welt mehr Personen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle oder kriegereiche Konflikte. 1998 dürften 1,8% aller Todesfälle auf Suizide zurückzuführen sein. Auf Grund aktueller Daten schätzt man, dass in diesem Jahr eine Million Menschen durch Suizid sterben werden, während die versuchten Suizide zwischen 10 und 20 Millionen schwanken dürften. Diese Zahlen rechtfertigen die Annahme, dass der Suizid ein schweres Problem für die öffentliche Gesundheit darstellt, wie es auch beim Kongress der Weltvereinigung der Psychiatrie, der vom 26. bis zum 30. Juni stattgefunden hat, festgestellt wurde.

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Suizidrate

von 1950 bis 1995 von 10,1 auf 16 Fälle pro 100.000 Einwohner gestiegen. Eine weitere signifikante Änderung besteht darin, dass der Suizid früher vorwiegend von älteren Personen verübt wurde, jetzt hingegen von Personen zwischen 15 und 35 Jahren. Laut WHO sind 90% der Fälle auf psychische Probleme zurückzuführen, insbesondere auf Depression und Drogen sucht.

Die höchste Rate gibt es in den baltischen Ländern und in Russland.

Acepresa, 101/00

Klonen: eine Alternative

In naher Zukunft wird es Ärzten möglich sein, „Ersatz“-Organe zu rekonstruieren, ohne auf die Technik des Klonens zurückgreifen zu müssen, so Salvatore MANCUSO, Direktor des Instituts für Gynäkologie der katholischen Universität in Rom während des 18. Internationalen Kongresses des „Transplants Society“. Die Praxis des therapeutischen Klonens kann durch den Einsatz von „erwachsenen“ Stammzellen umgangen werden. Diese Stammzellen sind in großen Mengen in der Nabelschnur und der Plazenta vorhanden.

Diese Ankündigung bringt neue Aspekte in die laufende Diskussion über die „therapeutische Klonung“ ein. Demnächst soll auf höchster wissenschaftlicher Ebene ein Kongress zum Thema abgehalten werden.

Zenit, 29. August 2000

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

RdM RECHT DER MEDIZIN:
Wien, Zeitschrift in Deutsch
7. Jahrgang Heft 4, 2000
Editorial

Beiträge:

Frank PFLÜGER: „Practice Guidelines“ und „Behandlungsleitlinien“ im amerikanischen und im deutschen Medizinrecht;

Eckhard PITZEL/ Gerhard W. HUBER: Ärztliche Heilbehandlung und Körperverletzungskonstruktion;

Hubert TRAUDTNER/ Thomas HÖHNE: Ernährungsberatung und Ernährungswissenschaftler: Rechtsfragen rund um Berufsbild und Berufsausübung;

Ronald KLIMSCHA/ Herbert KLASCHKA: Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste;

RdU RECHT DER UMWELT:
Wien, Zeitschrift in Deutsch
7. Jahrgang Heft 2, 2000
Editorial

Beiträge:

Erika WAGNER: Europäischer Umweltschutz im Lichte des Amsterdamer Vertrags;

Martin NIEDERHUBER: Der österreichische Abfallbegriff – ein Sanierungsfall?

Karl-Maria MAITZ, Karl Thomas BÜCHELE: Zur unmittelbaren Wirkung der IPPC- und der Seveso II-Richtlinie;

7. Jahrgang Heft 3, 2000
Editorial

Beiträge:

Peter BUßJÄGER: Verfassungsrechtliche Fragen der Anwendung des Naturschutzrechtes der Länder auf Verkehrsprojekte;

Claus CASATI: Ökologische Gesichtspunkte im europäischen Vergaberecht;

Guido LEPESKA: Der verschuldens-unabhängige Beseitigungsanspruch nach dem ABGB als Instrument des Umweltschutzes;

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY.

Dordrecht / Boston/ London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol 25 No.3, June 2000

Ana SMITH ILTIS: Bioethics as Methodological Care Resolution;

Henry S. RICHARDSON: Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles;

Bernhard GERT, Charles M. CULVER, K. Danner CLOUSER: Common Morality versus Specified Principlism: Reply to RICHARDSON;

Carson STRONG: Specified Principlism: What is it, and Does it Really Resolve Cases Better than Casuistry?;

Tom L. BEAUCHAMP: Reply to STRONG on Principlism and Casuistry;

Albert R. JONSEN: Strong on Specification;

ETHICS & MEDICINE, USA, London GB.

Quartalschrift in Englisch
Vol.16:2 2000

Glan M. HULTGREN, DC: Alternative Therapies: Making a Difference through Spiritual Evaluation;

Brian BROCK, MA: 'The Death of Ivan ILYICH' and the Resuscitation of Christian Medical Ethics;

Richard C. EYER, D.Min.: Is the Code of Ethics of the American Medical Association Ethical?;

Robert D. ORR, M.D.: A Clinical Ethics Perspective on Assisted Reproductive Technology;

Steven A. LONG, Ph.D.: A Conflict of Interest in Reproductive Medicine;

Agneta SUTTON, M.Phil: Is the Human Embryo Our Neighbour?

HASTINGS CENTER REPORT.
New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Volume 30 No. 3, 2000

Old World News: Richard H. NICOLSON: No Painless Death Yet for European Euthanasia Debate;

Ezekiel J. EMANUEL: Justice and Managed Care – Four Principles for the Just Allocation of Health Care Resources;

John D. BAJA: The Improbable Future of Employment-Based Insurance;

Case Study: Robert WELLS, Mark SHELDON: Making Room for Alternatives;

At law: Rebecca DRESSER: Accountability in Science and Government: Is Access the Answer?;

Perspective: Willard GAYLIN: Non-directive Counseling or Advice: Psychotherapy as Value Laden;

Françoise BAYLIS: Heroes in Bioethics;

Cynthia B. COHEN, Sondra E. WHEELER, David A. SCOTT, Barbara SPRINGER EDWARDS, Patricia LUSK and the Anglican Working Group in Bioethics: Prayer as Therapy. A Challenge to Both Religious Belief and Professional Ethics;

MEDICINA E MORALE
Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

2000/2

Editoriale: La scienza fra verità e lusinga

M.L. DI PIETRO: Inserimento della bioetica nei curricula scolastici: i risultati di un'indagine conoscitiva;

G. ALBERTACCI, G. VETRUGNO, D. SACCHINI: La maternità surrogata.

Riflessioni medico-legali in tema di tutel dell'embrione, del nascituro, delle 'due madri' e della dignità della persona umana;

E. SPAZIANTE: Induced abortion in today's world;

Recensioni:

G. DALLA TORRE: Imigrazione e salute. Questione di biogiuridica (L. PALAZZANI);

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
2000/3

Editoriale: Il dovere del medico di informare il paziente: senza più limiti?

A. BOMPIANI: Riflessioni etiche sulla produzione e commercializzazione di organismi vegetali ed animali geneticamente modificati;

A. MANCINI, V. DI DONNA, D. MILARDI, E. GIACCHI, L. DE MARINIS, M.L. DI PIETRO: Bioetica clinica.

Amputazione dell'arto superiore a seguito di stimolazione ovarica nell'ambito di un programma FIVET; R. SALA: Bioetica e nursing. Il senso morale del prendersi cura. Riflessioni di etica infermieristica;

Recensioni:

S. BLOCH, P. CHODOFF, S.A. GREEN (a cura di): Etica in Psichiatria, Roma: Carocci, 1999 (D. SACCHINI);

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

8. Jahrgang Heft 2, 2000

Leitartikel:

Karsten WEBER: Brauchen wir eine Ethik der Informations- und Kommunikationstechnologien? Brauchen wir eine Informationsethik?; Werner MITTELSTAEDT: Abriss über Verantwortung und Ethik in Wissenschaft und Technik;

Viola SCHUBERT-LEHNHARDT, Christel GIBAS, Birgit MÖBEST: Gerechtigkeit und Solidarität im Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik. Zu Sichtweisen der Bevölkerung

Sachsen-Anhalts auf Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen in Deutschland;

Diskussionsforum:

Hartmut KRESS: Die Lebendspende von Organen. Zulässig nur unter nahen Angehörigen?;

Dokumentation:

Bruno SCHMID: Ärztliche Sterbebegleitung. Eine Stellungnahme zu den „Grundsätzen“ der Deutschen Bundesärztekammer vom 11. September 1998;

Bücher und Schriften:

Klaus Peter RIPPE (Hg.): angewandte Ethik in der pluralistischen Gesellschaft (V. SCHUBERT-LEHNHARDT);

M. FRÜHAUF, L. BERTSCH (Hg.): Humanes Heilen, inhumanes Sterben? Gratwanderungen der Intensivmedizin (E. LUTHER);

Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung (V. SCHUBERT-LEHNHARDT);

Dieter NEUMANN, Arno SCHÖPPE, Alfred TREML (Hg.): Die Natur der Moral. Evolutionäre Ethik und Erziehung (I. KONCSIK);

Andreas FLURY: Der moralische Status der Tiere. Henry SALT, Peter SINGER und Tom REGAN (B. IRRGANG);

Hans LENK: Praxisnahes Philosophieren: eine Einführung (W. STROMBACH);

Wilhelm GUGGENBERGER: Niklas LUHMANN'S Systemtheorie. Eine Herausforderung der christlichen Gesellschaftslehre (T. SCHMIDT);

Hans-Joachim HÖHN (Hg.): Christliche Sozialethik interdisziplinär (H. HALTER);

Klaus DEMMER: Fundamentale Theologie des Ethischen (H.J. MÜNK).

Hans-Baltasar PETER (Hg.): Globalisierung, Ethik und Entwicklung (K. RÖTTGERS).

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e

Famiglia. Città del Vaticano, Italien.

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch

Anno XV, n.2 - 1999

Riflessioni preliminari:

Jean LAFFITTE, Storia dell'Institut Giovanni Paolo II a partire dai testi di riferimento 1981 - 1999;

Marc OUELLET, Orientamento degli studi alle soglie dell'anno 2000; La Settimana Internazionale di Studio:

Angelo SCOLA, Il disegno di Dio sulla persona, sul matrimonio e sulla famiglia. Riflessione sintetica;

Enrique FARRÁN NAVARRO, Tradición, Sagrada Escritura y Magistero. Acerca del diseño de Dios sobre el matrimonio y la familia;

Kenneth L. SCHMITZ, From Convertibility to Convergence: the Absoluteness of Truth and the Realization of the Person in God's Plan;

Francesco D'AGOSTINO, Verità, moralità, diritto: profili giuridici su matrimonio e famiglia;

Stanislaw GRYGIEL, La filosofia della „communio personarum“;

David SCHINDLER, Which Ontology is Necessary for an Adequate Anthropology?;

Gabriel HIBON, Identité, alterité et différence sexuelle;

Gianfrancesco ZUANAZZI, Espressione corporea dell'amore;

Livio MELINA, Agire per il bene della comunione;

Barthélémy ADOUKONOU, Témoignage et efficacité de l'agir moral;

Jean LAFFITTE, Sainteté conjugale, travail et famille;

Giancarlo PETRINI, Dinamica sociale e agire morale: prospettive demografiche;

Carl A. ANDERSON, Criteria for Policies on Marriage, Family and Life;

Marc OUELLET, Identità cristiana, etica personale, etica sociale;

Alfredo PERIS CANCIO, Verdad y tolerancia;

Monica CHAVEZ AVIÑA, Poder de los medicos de comunicacion e integridad personal.

BUCHBESPRECHUNG

PERSONALITÄT UND HUMANITÄT

Ulrich DIEHL

Universitätsverlag Winter, Heidelberg 1999

246 Seiten

ISBN 3-8253-0876-6

Der Autor gibt auf Seite 26 die Aufgabe dieser philosophischen Dissertation, die 1994 angenommen und 1999 editiert wurde, selbst an, „nämlich der Frage nach dem eigentlichen Ursprung, dem obersten Ziel und dem universalen Legitimationsgrund der allgemeinen Menschenrechte nachzugehen.“ Eine Ableitung aus dem Dasein Gottes oder aus der menschlichen Vernunft allein verbietet er sich von vornherein. Er will die Menschenrechte auf das Fundament der Personalität des Menschen stellen. Aus der Personalität des Menschen wiederum möchte er das Ideal der Humanität ableiten.

Unter dem Titel „3 Betrachtungen“ legt DIEHL seine Gedanken dar und gibt zu jeder „Betrachtung“ die jeweiligen Anmerkungen.

Bei alle seinen vielen Erörterungen, die das Wesen der Philosophie, das Verhältnis dieser Disziplin zu Wissenschaft, Religion, Kunst, Kultur u.a. beleuchten, streicht er immer wieder den Charakter der Philosophie als „Selbsterforschung des menschlichen Geistes“ heraus. Dass er KANT letztlich zutiefst verbunden ist, obwohl er ihn auch manchmal kritisch hinterfragt, spürt man aus all seinen Tendenzen heraus, die dezidiert immer wieder auf das Bewusstsein des eigenen Selbst zurückverweisen.

Trotz der Bewunderung für die Fülle der Einzelaspekte jeder einzelnen Betrachtung und dem enormen Wissensausweis klingen manche Behauptungen für einen Absolventen der evangelischen Theologie etwas dissonant, wenn z.B. die Personalität wohl dem Menschen, nicht aber Gott absolut zuerkannt wird, und in etwas laschem Ton darüber hinweggegangen wird, was man sich unter Gott „vorstellen mag“.

Obwohl es sicher richtig und legitim ist, die Philosophie als selbstständige Disziplin von der Theologie und den anderen Fakultäten streng abzugrenzen, wäre doch zumindest ein kurzer Blick auf das Problem der Offenbarung interessant gewesen, denn dass die Würde der Person „dem bewusst gewordenen Wesen des menschlichen Geistes selbst entspringt“ und keiner weiteren Deduktion bedarf, wie auf S. 157 behauptet wird, muss zumindest mit einem Fragezeichen versehen werden.

Der Mensch wird zum Maß aller Betrachtungen und die verabsolutierte Mitmenschlichkeit, durch die der Einzelne sich transzendiert, mag wohl theoretisch eine Rechtsgrundlage für die auf der ganzen Welt gültigen Menschenrechte abgeben, es bleibt jedoch zu bezweifeln, ob dies alles auch in die Praxis umzusetzen ist. Vielleicht schließt deshalb der Autor mit dem Wunsch für die Realisierung der Humanität mit dem Zusatz: „auf dass es gelingen möge“ (S. 158).

Ob da nicht die Rechnung ohne Wirt gemacht wird?

E. LIND

ETHIK IN DER MEDIZINISCHEN FORSCHUNG RUND UM DEN BEGINN DES MENSCHLICHEN LEBENS

Roland GRAF

Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1999

218 Seiten

ISBN 3-534-14924-6

Das Buch des Theologen und früheren Chemikers Roland GRAF befasst sich mit folgenden medizinischen Forschungsgebieten rund um den Beginn des menschlichen Lebens: die In-vitro-Fertilisation (IVF), die Präimplantationsdiagnostik (PID), das Klonen, die Pränatale Diagnostik (PND) und die Transplantation von fetalem Gewebe. Zu diesen Forschungsge-

bieten werden die jeweils relevanten ethischen, medizinrechtlichen und moraltheologischen Gesichtspunkte herausgearbeitet. Diese werden in den Teilen II - IV dargelegt. Ein vorausgehender medizinischer Abschnitt (1. Teil) bietet neben den grundlegenden naturwissenschaftlichen Informationen auch Einblick in die gegenwärtige Dynamik der Forschung auf den genannten Gebieten.

Das Buch ist wegen der Klarheit der Darstellung empfehlenswert, nicht nur für denjenigen, der allgemein über die vielfältigen Entwicklungen sowie über die akut gewordenen ethischen Probleme im Zusammenhang mit der Forschung an menschlichen Embryonen (sowie an Feten) informiert sein will, sondern auch für denjenigen, der insbesondere Einblick in den Inhalt und die Reichweite der einschlägigen Aussagen des Lehramts der Katholischen Kirche gewinnen möchte. Diese werden nämlich in zusammenhängender, verständlicher Form im 4. Teil dargelegt und bilden in gewisser Weise einen wichtigen Schwerpunkt der Arbeit.

Über den informativen Aspekt hinausgehend lässt sich auch feststellen, dass die Arbeit in nicht wenigen Abschnitten echte, eigenständige Beiträge zur ethischen Diskussion liefert. Die Entfaltung der Argumente, die dafür sprechen, den Beginn des *geheimnisvollen menschlichen Lebens* - wie sich der Autor treffend ausdrückt - als mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle gegeben anzusehen (und nicht erst als eine Folge der Syngamie), kann hier als Beispiel erwähnt werden. Dem Autor kommt das Verdienst zu, den wichtigen Unterschied zwischen dem ontologischen Status des Embryos und jenem der Stammzellen deutlich herausgearbeitet und dargelegt zu haben. Angesichts des Phänomens des Klonens könnte ja zumindest der philosophisch nicht geschulte Forscher bzw. Wissenschaftler leicht verleitet sein, den einzelnen (sogar differenzierten) Zellen die Entwicklungspotenz eines Embryos zuzuschreiben. Der Autor führt aber ins Treffen, dass es sich beim Klonen um einen künstlichen

Vorgang handelt (der sich freilich auf bestimmte natürliche Gegebenheiten stützt): „eine differenzierte Zelle, sofern es keine Eizelle oder Samenzelle ist, kann sich ohne Zutun nicht in einen Embryo verwandeln“. Die Konsequenzen sind von Bedeutung: (a) die Herstellung von Stammzellen und bestimmten Zelltypen *aus Embryonen* ist verwerflich; (b) Da aber den einzelnen Stammzellen selber kein Status eines Embryos zugeschrieben werden kann, ist nichts dagegen einzuwenden, wenn (wie dies in Zukunft anscheinend einmal möglich sein wird) differenzierte Zellen eines Menschen so behandelt werden, dass sie in Stammzellen (nicht in Embryos!) verwandelt werden, um einen bestimmten Zelltyp herzustellen (mit allem legitimen therapeutischen Nutzen).

Die Arbeit leistet ferner einen erfreulichen Beitrag im Hinblick auf die Klärung der einschlägigen Begriffe auf den oben genannten Gebieten. Eine sinnvolle Gliederung und die Anfügung eines Glossars medizinischer Fachbegriffe erleichtern zudem die Lektüre.

J. ROSADO

„DER ANDERE TOD“ - DIE KONTROVERSE UM DEN HIRNTOD

Gabriele MEYER

Mabuse - Verlag, Frankfurt am Main 1998

110 Seiten

ISBN 3-933050-00-6

Durch die Entwicklung der medizinischen Wissenschaften ist es heute möglich, obwohl als Individuum tot, künstlich-apparativ die Funktionen des Körpers aufrechtzuerhalten. Schon der Titel weist uns daraufhin, dass die Autorin das sogenannte Hirntodkriterium in Frage stellt. Es handelt sich um den medizinischen Konsens, dass der Hirntod, also das irreversible Auslöschten der gesamten Hirnfunktionen, den Tod des Individuums bedeutet. Im folgenden wird die geschichtliche Entwicklung

des Hirntodkriteriums und parallel dazu der Transplantationsmedizin beschrieben. Zwar sagt die Autorin klar, dass der Hirntod eine irreversible Schädigung darstellt, aus der keine Besserung zu erwarten wäre und es dadurch gerechtfertigt sei, die Patienten nicht länger künstlich zu versorgen, doch geht sie weiter und meint, das Hirntodkriterium sei nur als Produkt des, wie sie es nennt, „Organbegehrens“ der Transplantationsmedizin entstanden. Das Hirntodkriterium müsse als „technologisches Diktat“ der Transplantationsmedizin angesehen werden, welches den Arzt ihrer Meinung nach zu einem „Thanatokraten“ macht, zum Zwecke der Gewinnung lebensfrischer nicht ischämischer Organe. Der Hirntod laut oben genannter Definition sei weder klinisch noch apparativ sicher feststellbar, es sei nicht auszuschließen, dass ganze Zellverbände im Inneren des Gehirns funktionstüchtig blieben. Ja mehr noch, Hormone würden angeblich von der Hypophyse weiterproduziert. Hier zeigt sich deutlich die Ambivalenz der Autorin zum Hirntodkriterium, einerseits akzeptiert sie wie oben erwähnt, den Hirntod als Behandlungsgrenze andererseits bemüht sie sich das Gehirn als „doch nicht ganz so tot“ darzustellen.

Erst am Ende des Buches kommt in mehreren Beispielen, wie es scheint, die eigentliche Problematik zur Sprache. Es ist die emotionale Belastung des Pflegepersonals welches Tag für Tag über längere Zeit diesen Hirntoten versorgt, der, wenn auch künstlich-apparativ, wie ein Lebender schwitzt, atmet etc. Dieses Pflegepersonal muss also das alles mitanschauen bzw. mitwirken an der Abschaltung der Maschinen, wenn die Transplantationsärzte da sind. Die Abschaltung der Maschinen welche diesen „lebendigen Leichnam“ künstlich-apparativ in Funktion halten, führt wie es sehr einfühlsam beschrieben ist, zu Trauer bis hin zu schweren Schuldgefühlen beim Pflegepersonal.

Die Thematik des Hirntodes wird in diesem Buch aus der Sichtweise der Pflegschaft betrachtet, was nicht verwunderlich ist, weil die

Autorin selbst diesem Berufsstand angehört. Bei diesem vorbildlichen oft selbstaufopfernden Einsatz um den Menschen besteht jedoch immer die Gefahr, dass das emotionale über dem rationalen Denken die Oberhand gewinnt. Hier müssen wir die Tugend der Vernunft pflegen und nach ihr handeln.

M. VAN HOUTE

DIE RECHTLICHE ZULÄSSIGKEIT DER EMBRYONALEN GEWEBE- UND ZELLENTNAHME ZUM ZWECKE DER ENTWICKLUNG EINER NEUARTIGEN THERAPIESTRATEGIE GEGEN DIE PARKINSONSCHE KRANKHEIT

Gerald MAI

Europäische Hochschulschriften, Reihe II - Rechtswissenschaft, Band 2612;

Verlag Peter Lang 1999

140 Seiten

ISBN 3-631-34289-6

Vorliegende Arbeit, welche im Sommersemester 1998 der juristischen Fakultät der Universität Hannover als Dissertation vorgelegen hat, berührt rechtlich wie ethisch äußerst brisante Fragen, die an den Machbarkeitsgrenzen moderner Medizin angesiedelt sind: Dürfen (Teile von) Embryonen, welche durch In-vitro-Fertilisation gezeugt und überzählig geworden, Abtreibungen zum Opfer gefallen oder auch eines natürlichen Todes gestorben sind, zum Zwecke medizinischer Forschung (oder sogar darüber hinaus) verwendet werden? Und weiter: Dürfen Embryonen zu solchen Zwecken gezeugt und verbraucht werden? Wie steht es schließlich um die Zulässigkeit des Handels mit solchen „Gewebeteilchen“?

MAI beschränkt sich innerhalb dieses Spannungsfeldes auf die Problematik der Transplantation von embryonalen Nervenzellen als neuartige Therapiestrategie gegen das Parkinson-Syndrom. Dennoch ist sein Beitrag

grundsätzlich auch darüber hinaus insoweit von Relevanz, als neuartige, erfolgversprechende medizinische Techniken in Frage stehen, welche die Verwendung embryonalen Gewebes mit sich bringen. Eine weitere Beschränkung betrifft die Rechtsmaterie: MAI behandelt ausschließlich Fragen, die das innerstaatliche deutsche Recht aufwirft. Diese Vorgangsweise bietet freilich Anlass zu erster Kritik; gerade vor dem Hintergrund der in so mancher Hinsicht (m.E. zurecht) restriktiven Haltung von MAI, etwa was die kommerzielle Nutzung embryonalen Gewebes betrifft (z.B. 113 ff). Hier werden implizit brisante europarechtliche Fragen (Dienstleistungsfreiheit, Wettbewerbsfreiheit!) aufgeworfen, welche zumindest eine kursorische Erörterung verdient hätten. Eine solche wäre wohl möglich gewesen, ohne den Rahmen der Arbeit zu sprengen.

Der inhaltliche Aufbau des Buches ist indes ebenso logisch wie transparent. Der erste (von zwei) Hauptteilen bietet einen Überblick über die „medizinische Ausgangssituation“ (5 ff) und verschafft selbst dem medizinischen Laien einen für die Ortung der spezifisch juristischen Probleme ausreichenden Einblick in den aktuellen Forschungsstand. MAI gibt der neuartigen Therapie-strategie einerseits eine insgesamt positive Zukunftsprognose, unterlässt es andererseits aber auch nicht, auf kritische Stimmen hinzuweisen (16 ff). Im folgenden analysiert MAI die einfach-gesetzlichen Rahmenbedingungen, innerhalb deren sich die Frage stellt, inwieweit der tote oder lebende Embryo, der aus Abtreibungen, Fehlgeburten oder künstlichen Befruchtungen in die Verfügungsgewalt von Medizinern gelangt ist, als „Rohmaterial“ verwendet werden darf. MAI stellt zunächst fest, dass das Transplantationsgesetz vom 05. 11 1997 hier nicht anwendbar ist (25), und gliedert dann seine weiteren Ausführungen in die Erörterung der Transplantationsverwendung toter und lebender Embryonen.

Der Verwendung toter Embryonen scheint zunächst § 168 (1) StGB (Störung der Totenruhe) entgegenzustehen, der durch einen

„Schwangerschaftsabbruch“ getötete Ungeborene explizit miteinbezieht. Zweck dieser Vorschrift ist es, die missbräuchliche Verwendung toter Embryonen insbesondere für kommerzielle Zwecke der Kosmetikindustrie zu pönalisieren. – Der österreichische Beobachter muss an dieser Stelle übrigens betrubt feststellen, dass eine vergleichbare Regelung in seiner rechtlichen „Heimat“ fehlt, abgetriebene Kinder somit quasi als Abfall gelten (vielleicht mit einer Ausnahme: Vorarlberg) und derartigen Machenschaften schutzlos ausgeliefert sind (vgl. dazu A. STADLER in G. PLÖCHL [Hg], *Ware Mensch* [1995] 115 ff). – Die durch § 168 (1) StGB pönalisierte Tathandlung besteht (u.a.) in der unbefugten Wegnahme der toten Leibesfrucht (bzw. von Teilen derselben), wobei unter Gewahrsam hier nicht die Begründung von Sachherrschaft, sondern eines Obhutverhältnisses verstanden wird.

Was nun als „Obhutverhältnis“ zu gelten hat, ist freilich strittig. MAI arbeitet zwei einander widerstrebende Ansichten heraus (30 ff): Die eine stellt hauptsächlich auf eine faktische Komponente (tatsächliche Innehabung) ab, die andere auf das „Recht zur Obhut“, welches aus einer quasi familienrechtlichen Beziehung zwischen dem abgetriebenen Kind und seinen Eltern bzw seiner Mutter besteht. Die erste Ansicht führt dazu, dass die Krankenhausleitung das Verfügungsrecht über die toten Embryonen hat; nach der zweiten steht ein solches der Mutter zu, sodass eine Transplantationsverwendung (von Teilen) ihres toten Kindes straflos nicht ohne ihre Einwilligung erfolgen könnte. MAI schließt sich – allerdings m.E. mit methodisch fragwürdiger und angesichts der rechtsdogmatischen Brisanz der vorliegenden Frage wenig tiefeschürfender Begründung (33 f) – der (in Lehre und Rechtssprechung überwiegenden) ersten Ansicht an, unterlässt es aber auch nicht, auf die Richtlinien der Bundesärztekammer hinzuweisen, welche die Einwilligung der Frau vorsehen und eine Verwendung nur zulassen, wenn sie medizinisch indiziert ist und der abtreibende

Arzt keinen Nutzen aus der Weitergabe des von ihm getöteten Ungeborenen zieht (35 f).

Was die Verwendung von lebenden Embryonen betrifft, so stellt sich insbesondere die Frage, ob hier die allgemeinen Körperverletzungs- bzw. Tötungsdelikte (§§ 211 ff, 223 ff StGB) anzuwenden sind (39 ff). MAI verneint – wieder mit der überwiegenden Lehre – ihre Anwendbarkeit, da der Embryo jedenfalls bis zur 16. Woche noch nicht „Mensch“ im Sinne dieser Bestimmungen sei und von daher gegen weitere „Verwendung“ nicht geschützt werde (anders wiederum die Richtlinie der Bundesärztekammer, welche die fremdnützige Verwendung lebender Embryonen verbietet). Auch hier wirken die Ausführungen von MAI eher narrativ als analytisch, bieten jedoch einen brauchbaren ersten Überblick über den Meinungsstand.

Ein weiteres interessantes Problem besteht in der Frage, ob Abtreibungen aus „Spendebereitschaft“ zulässig sind. MAI legt in überzeugender Weise (44 f) dar, dass Abtreibungen aus dieser Motivation heraus zwar keinerlei strafrechtliche Privilegierungen erfahren, dass aber insbesondere wegen des Fehlens der Pflicht auf seiten der Schwangeren, im Beratungsgespräch die Gründe darzulegen, die sie zu einer Abtreibung bewegen, praktisch wohl keinerlei Sanktionen möglich sind. Dasselbe gelte im wesentlichen für die einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer, obgleich diese insbesondere durch das Gebot der organisatorischen Trennung zwischen abtreibenden und transplantierenden Arzt positive Impulse geben. Mit der eben erörterten Problematik verwandt ist die Frage, ob Embryonen zu medizinischen Zwecken gezeugt bzw. „überzählige“ Embryonen weiterverwendet werden dürfen. Auf Basis des Embryonenschutzgesetzes wird dies von MAI verneint (49 ff). An dieser Stelle ist freilich auch wieder auf die damit zusammenhängenden europarechtlichen Fragen (Dienstleistungs-, Wettbewerbsfreiheit) hinzuweisen, welche leider nicht einmal angesprochen werden.

Im zweiten Hauptteil, in dem der oben monierte Mangel an analytischem Gehalt übrigens so nicht mehr festgestellt werden kann, widmet sich MAI der verfassungsrechtlichen Dimension der vorliegenden Thematik. Auch hier gliedert der Autor zweckmäßigerweise seine Ausführungen nach dem Gesichtspunkt, ob der Embryo lebt oder bereits tot ist.

In Bezug auf den toten Embryo (63 ff) kommt MAI im Einklang mit der Judikatur des Bundesverfassungsgerichtes zu dem (m.E. eingehend und überzeugend begründeten) Ergebnis, dass der Embryo auch nach seinem Tod Träger der Menschenwürde ist und daher nicht wie eine beliebige Sache behandelt werden kann. In der medizinisch indizierten (forschenden oder therapeutischen) Transplantationsverwendung könne keine gegen die Menschenwürde verstoßende Tätigkeit erblickt werden, sofern damit keine kommerziellen Interessen verfolgt würden. Ein absolutes Verbot müsse als unverhältnismäßiger Eingriff in die Forschungsfreiheit qualifiziert werden (90).

Dies alles gelte auch dann, wenn der Embryo einer rechtswidrigen Tötungshandlung (z.B. einer straflosen, aber rechtswidrigen Abtreibung nach einer Konfliktberatung) zum Opfer gefallen sei (113 ff). Solche Situationen seien vergleichbar mit den Fällen „klassischer“ Organtransplantationen, bei denen Organspender Opfer von Verkehrsunfällen oder tödlichen Vergehen bzw. Verbrechen geworden seien (119). Entscheidend sei hier allein, „dass die rechtswidrige Handlung nicht vorgenommen wurde, um an (embryonale) Transplantate zu gelangen, sondern prinzipiell eine unvermeidliche tatsächliche Gegebenheit ist“ (120). Daher müsse auch (wie die Richtlinien der Bundesärztekammer dies vorsehen) eine Trennung zwischen Abtreibung und Transplantationsverwendung erfolgen und der Nutzen ausschließlich der Allgemeinheit (also insbesondere nicht den beteiligten Ärzten bzw. Klinikträgern in Form finanziellen Profits) zukommen.

Lebende Embryonen dürfen hingegen keinesfalls zu medizinischen Zwecken verwendet

werden, da dies eine gegen die Menschenwürde des Embryos und sein Lebensrecht verstoßende Instrumentalisierung darstellen würde (94 ff). Auch dem ist selbstverständlich zuzustimmen.

Interessante Ausführungen widmet der Autor auch der Frage, ob die medizinische Verwendung von Embryonen verfassungsrechtlich an eine Einwilligung der Eltern bzw. der Mutter gebunden sei (101 ff). In diese Richtung deutet vor allem das Totenfürsorgerecht der Hinterbliebenen, dessen Anwendbarkeit auf Ungeborene von MAI jedoch abgelehnt wird, wobei seine diesbezügliche Argumentation zumindest nicht unproblematisch erscheint. MAI lehnt es auch ab, das Einwilligungserfordernis der Eltern aus deren allgemeinem Persönlichkeitsrecht (104 ff) bzw. dem Elternrecht gem. Art 6 (2) Grundgesetz (106 ff) abzuleiten.

Abschließend (123 ff) wird der Bezug zwischen Verfassungsrecht und einfachgesetzlicher Regelung insofern hergestellt, als MAI die Frage aufwirft, ob der einfache Gesetzgeber die verfassungsrechtlichen Vorgaben entsprechend umgesetzt hat. Dies wird zurecht verneint, da angesichts der im ersten Hauptteil aufgezeigten Lückenhaftigkeit der (einfachen) Gesetzeslage nur die Richtlinien der Bundesärztekammer eine im wesentlichen verfassungsgemäße Regelung darstellen. Diese seien jedoch erstens per se nicht rechtsverbindlich, und zweitens verlassen Regelungen über den transplantationsrechtlichen Status des Embryos den sachbezogenen Bereich der Ärzteschaft, sodass auf seiten des einfachen Gesetzgebers „Handlungsbedarf“ bestehe.

Zur strengen Trennung zwischen verfassungsrechtlicher und einfachgesetzlicher Analyse ist schließlich zu sagen, dass ihr sicherlich der Vorzug der Übersichtlichkeit zukommt. Dennoch vermisst man m.E. da und dort zusätzliche Bezugspunkte. Insbesondere im Rahmen verfassungskonformer Interpretation wären vielleicht für die eine oder andere einfachgesetzliche Problematik wertvolle Anhaltspunkte zu gewinnen gewesen – so etwa für die Frage, ob der bereits abgetriebene, aber noch lebende

Embryo von den allgemeinen Tötungs- bzw. Körperverletzungsdelikten erfasst wird.

Wer die Arbeit von MAI mit dem Anspruch liest, eine sehr breite, im wesentlichen erschöpfende Behandlung der rechtlichen, ethischen und medizinischen Probleme neuartiger Strategien gegen die Parkinsonsche Krankheit in Händen zu haben, wird seine Erwartungen wohl nicht erfüllt sehen. Dieser Befund kann m.E. freilich kaum Anlass zur Kritik geben, da schon der äußere Umfang der Abhandlung auf ein anderes Konzept hindeutet. MAI ging es offensichtlich darum, einen leicht lesbaren ersten – jedoch keineswegs bloß oberflächlichen oder lückenhaften – Überblick über die brisanten Fragen zu bieten, die im Umfeld der analysierten Behandlungsmethode auftreten. Dies ist ihm, von der allerdings kritikwürdigen Aussparung der europarechtlichen Dimension abgesehen, offenbar gelungen. Somit wird vorliegende Arbeit jeder mit Gewinn zur Hand nehmen, der sich einen raschen, aber soliden Überblick über die dort behandelte Thematik auf der Basis des deutschen Rechts verschaffen möchte.

T. PISKERNIGG

ANGEWANDTE ETHIK.

DIE BEREICHSETHIKEN UND IHRE THEORETISCHE FUNDIERUNG. EIN HANDBUCH.

Julian NIDA-RÜMELIN (Hg.)

Kröner, Stuttgart 1996

883 Seiten

ISBN 3-520-43701-5

Der Band will die Bereichsethiken kompakt und informativ darstellen; behandelt wird eine Vielzahl von Gebieten. Das Spektrum reicht von den alten (wie der politische Ethik und der Rechtsethik) bis zu den erst durch die jüngste Entwicklung von Wissenschaft und Technik entstandenen Bereichsethiken. Es wird eine

dichte und umfassende Information zu Grundlagen, Methoden, Kontroversen und Texten angewandter Ethik geboten; aufgrund der jeweils eigenen Stellungnahmen der Autoren wird auch ein Spektrum zeitgenössischer deutsch-sprachiger Ethik erreicht, das utilitaristische, kantianische, diskursethische, skeptische, feministische und kohärentistische Positionen umfasst.

Den Einzelbereichen ist vom Herausgeber ein Kapitel vorangestellt: „Theoretische und angewandte Ethik. Paradigmen, Begründungen und Bereiche“. Es stellt nicht nur die vorhandenen Auffassungen dar und diskutiert sie, sondern bildet gleichsam den Bezugspunkt für die darauffolgenden Abhandlungen. Konkret werden „Ethik und Geschlechterdifferenz“ (PAUERSTUDER), zwei Kapitel „Politische Ethik“ (NIDA-RÜMELIN, CHWASZCZA), „Rechtsethik“ (v. d. PFORDTEN), „Leidenschaftsethik“ (ZIMMERLI, ASSLÄNDER), zwei Kapitel „Ökologische Ethik“ (KREBS, LEIST), zwei Kapitel „Tierethik“ (NIDA-RÜMELIN, v. d. PFORDTEN), „Genethik“ (IRRGANG), „Medizinethik“ (SCHÖNE-SEIFERT), „Technik und Ethik“ (OTT), „Wissensordnung, Ethik, Wissensethik“ (SPINNER), „Journalistische Verantwortung: Medienethik als Qualitätsproblem“ (TEICHERT), „Ethik des Risikos“ (NIDA-RÜMELIN), „Wert des Lebens“ (NIDA-RÜMELIN) behandelt.

Im Grundlagenkapitel stellen für NIDA-RÜMELIN moralische Überzeugungen den Ausgangspunkt der Ethik dar – im Gegensatz zur bloßen Bedeutungsbestimmung moralischer Ausdrücke: so versucht er dann eine ethische Theorie, allgemeine und normative Kriterien für gut, richtig, gerecht, etc. zu entwickeln, „die im Einklang sind mit einzelnen unaufgebar erscheinenden Überzeugungen und andererseits Orientierung in den Fällen bieten können, in denen unsere moralischen Auffassungen unsicher oder sogar widersprüchlich sind“. Auf dieser Grundlage werden die für die angewandte Ethik der Gegenwart bedeutendsten Ansätze paradigmatisch entwickelt, wobei die

Reihenfolge nicht der chronologischen Entwicklung sondern didaktischen Kriterien entspricht. So wird wegen der Einfachheit des Grundmodells mit dem „utilitaristischen“ Paradigma begonnen, es folgen das „kantische (deontologische)“, „kontraktualistische“, das „individualrechtliche“ und das „tugendethische“. Jeweils wird versucht, die Eigenart des Ansatzes sowie seine Beschränkungen oder Grenzen anhand der Diskussion aufzuzeigen. Die Darstellung und Kritik des Utilitarismus in seinen verschiedenen Varianten ist umfassend und sehr differenziert; sie stellt eine nützliche Zusammenfassung der ausführlichen Studie des Autors dar (Kritik des Konsequentialismus, 1993). Die anderen Ansätze werden nicht in dieser Ausführlichkeit behandelt; es bleiben Zweifel, ob die Beziehung zwischen Handlungstheorie und Tugendethik sowie das tugendethische Paradigma nach heutigem Verständnis angemessen referiert werden. Eine kritische Diskussion der Beziehungen der Paradigmen, allfälliger Vereinbarkeiten etc. findet nicht statt; es bleibt – für den begrenzten Raum fast unvermeidlich – ein bloßes Nebeneinander bestehen. Daran schließen sich systematische Erwägungen zur „Begründung“ der Ethik, dem Status „ethischer Erkenntnis“ und der „Ethik als Wissenschaft“; sie weisen darauf hin, dass ein Aufgeben der strikten (Weberschen) Trennung von Tatsachen- und Werturteilen (ethischer Subjektivismus) heute unausweichlich erscheint. Außerdem legt der Autor ausgehend von Erkenntnissen über die anderen Wissenschaften Argumente dar, welche die neue Zuerkennung des Status einer wissenschaftlichen Theorie für die Ethik als möglich und überfällig zeigen. Das Verhältnis zwischen theoretischer und angewandter Ethik wird auf der Basis der Argumente in den Vorkapiteln so spezifiziert: angewandte Ethik wird – angesichts der Unhaltbarkeit eines erkenntnistheoretischen Rationalismus (vgl. die Konzepte bei R.M HARE und P. SINGER) – nicht als bloße Anwendung normativer Theorie verstanden. Die

Tradition des frühneuzeitlichen erkenntnistheoretischen Rationalismus scheitert im Versuch, rationale Begründung deskriptiver und normativer Urteile von lebensweltlichen Überzeugungen und Intuitionen unabhängig zu machen; denn die Bestimmung des Fundaments, auf dem sich das deduktive Gebäude der Gesamtheorie erheben soll, wird zum neuen Problem.

Die Darstellung schafft einen empfehlenswerten, kompetenten Einblick und Überblick in die Ethik-Diskussion; die angeschlossene gut strukturierte und teilweise kommentierte Bibliographie bietet eine erste Orientierung zur ethischen Literatur und stellt gleichsam einen hilfreichen Leitfaden für die nicht mehr überschaubare Flut von Einzelpublikationen dar.

Auch die Darstellung der „Medizinethik“ (SCHÖNE-SEIFERT) stellt eine sehr nützliche und differenzierte systematische Einführung in die Kontroversen der zeitgenössischen Diskussion in den USA und in Westeuropa dar. Es werden nicht nur die Entwicklung und die „Fragen zweiter Ordnung“ in der modernen Medizin-

ethik skizziert, sondern ausführlich „Grundfragen zweiter Ordnung“ besprochen (wie Autonomie, Paternalismus, Wissen, Qualität des Lebens, Natürlichkeit, Dammbruchargumente) sowie vor allem in „Umgang mit dem Kranken“ (Arzt-Patient-Verhältnis, Aufklärung, Humanexperimente) und „Umgang mit Sterben und Tod“ (Würdiges Sterben, Sterbehilfen, Hirntod), einzelne Themen behandelt; weniger ausführlich kommen „Organtransplantationen“, „Fortpflanzungsmedizin“ und „Gerechtigkeit im Gesundheitswesen“ zur Sprache.

Die Darstellung ist nicht von der Auffassung getragen, dass der Person unabhängig von ihrer Entwicklung und ihrer Erscheinungsweise unbedingte Achtung zukommt; die Berücksichtigung dieser Position bleibt trotz aller Bemühung auf die – verkürzte – Rezeption bei ihren Kritikern beschränkt; trotz dieser Einschränkung stellt der Beitrag einen hilfreichen Aufriss der aktuellen Debatte dar.

L. JUZA

LEBEN- UND STERBEN-LASSEN.
IMABE-Symposium zur Euthanasie-Debatte
in Innsbruck, 27.-28. Oktober 2000, Großer Stadtsaal

Mitveranstalter:

Volkshochschule Innsbruck, Kath. Familienverband Tirol, Ärztekammer für Tirol

Ebrenschütz:

*Bischof Dr. Alois KOTHGASSER, Landeshauptmann Dr. Wendelin WEINGARTNER
Bürgermeister DDr. Herwig van STAAR*

Freitag, 27. Oktober

Moderation: Prof. Dr. A. W. MÜLLER, Prof. Dr. J. BONELLI

- | | | |
|-------|--|---|
| 14.30 | Begrüßung | |
| 15.00 | BM a.D. Prof. Dr. Ursula LEHR
(Gerontologie, Heidelberg) | Der Umgang mit Sterben und Tod –
Verdrängung des Sterbens? |
| 15.30 | Prof. Dr. Eberhard SCHOCKENHOFF
(Theologie, Freiburg) | Die Achtung der Menschenwürde beim
Sterben – Grenzen der Selbstbestimmung |
| 16.00 | Prof. Dr. Henk JOCHEMSEN | Euthanasie und Sterbebegleitung in den
Niederlanden |
| 16.30 | Diskussion | |
| 17.00 | Pause | |
| 17.30 | Fallstudien von Ärzten:
Prof. Dr. Günther GASTL:
Prof. Dr. Norbert MUTZ:
Prof. Dr. Otmar PACHINGER:

Prof. Dr. Hildegunde PIZA: | Was wünscht sich der schwer krebserkrankte Patient?
Natürliches Sterben mit der Apparaturmedizin
Grenzen des Machbaren und überzogene Erwartungen
in der Medizin
Gibt es eine unzumutbare Lebensqualität? |
| 18.30 | Diskussion | |
| 19.30 | Zusammenfassung und Ende | |

Samstag, 28. Oktober

Moderation: Dr. L. JUZA

- | | | |
|------|--|---|
| 9.00 | Einleitung und Einführung | |
| 9.15 | Prof. Dr. Anselm W. MÜLLER
(Ethik, Trier) | Die ärztliche Auftrag: Lebensverlängerung
um jeden Preis? Thesen |

- | | | |
|-------|---|--|
| 9.45 | Prof. Dr. Kurt SCHMOLLER
(Strafrecht, Salzburg) | Tötungsverbot – Behandlungserlaubnis und
-pflicht – Rechtliche Grundlagen |
| 10.15 | Prof. Dr. Hans-B. WÜRMEILING
(Rechtsmedizin, Erlangen) | Sterben-lernen – Die Grenzen des Lebens
anerkennen |
| 10.45 | Diskussion | |
| 11.15 | Pause | |
| 11.30 | Statements – Impulse für eine Kultur des Sterbens – Modelle, Beiträge, Aspekte: | |
| | Dr. Elisabeth MEDICUS (Ärztin, Hospiz Innsbruck) | |
| | DKS Angelika FEICHTNER (Pflegedienstleiterin Hospiz Innsbruck) | |
| | Mag. Lukas NEUNER (Klinikseelsorge) | |
| | Dr. Gerda FELDER (Ärztin, Psychotherapeutin, „netzwerk krebs.- vorsorge – nachsorge“) | |
| | Mag. Arnold SCHETT (Geschäftsführer Tiroler Hospizgemeinschaft) | |
| 12.50 | Zusammenfassung und Abschluss | |

Das Symposium ergänzen die *Expertengespräche*: sie widmen sich einzelnen Problemen und zielen auf Ansätze zur Lösung. Ihr Themenkreis geht weiter als das Symposium und bezieht auch Aspekte der Sozialpolitik mit ein.

* **Tagungsort:** Großer Stadtsaal, Innsbruck, Eingang Universitätsstraße (Erdgeschoss)

* **Anmeldung:** IMABE-Innsbruck/Tagungssekretariat:
6020 Innsbruck, Schmiedgasse 11/40, Tel.: 0699/10922102,
e-mail: postbox@imabe.org

* **Tagungsbeitrag:**

Der Unkostenbeitrag (für Teilnahme und Mappen) beträgt öS 100,-/Person; er ist bei der Tagung zu entrichten. Einlass ist eine Stunde vor Beginn.

Leben - Sterben - Euthanasie?

J. BONELLI, E.H. PRAT (Hrsg.)

Springer Medizin

Wien 2000

ISBN 3-211-83525-3

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Die Angst vor dem Lebensende nehmen, Kardinal Franz KÖNIG

Wer Sterbehilfe nicht will, muß für optimale Sterbebegleitung sorgen, BM Martin BARTENSTEIN

Sterbehilfe und Sterbebegleitung in der Theorie

Ars moriendi. Nachdenken über ein schwieriges Feld, Hanna-Barbara GERL-FALKOVITZ

Ars dimittendi, Hans-Bernhard WUERMELING

Unantastbarkeit des Lebens – Grenzen der Selbstbestimmung, Günther PÖLTNER

Der Schutz des Menschenlebens aus theologisch-ethischer Sicht, Günter VIRT

Zur Frage der Selbstbestimmung: Gibt es ein Recht darauf, sich selbst zu töten oder auf Verlangen getötet zu werden? Enrique H. PRAT

Lebens- oder Sterbeverlängerung? Moralphilosophische Thesen zum Thema „Ärztliche Hilfe“, Anselm W. MÜLLER

Sterben und Sterbehilfe in der medizinischen Praxis

Sterbebegleitung und Palliativmedizin aus der Perspektive ärztlicher Praxis, Johannes BONELLI

Der Wunsch nach assistiertem Selbstmord bei unheilbaren Krebspatienten – Eine Standortbestimmung der Hauptursachen für die zunehmenden Diskussionen, Barbara FAZENY & Heinz HUBER

Apparatemedizin bei infauster Prognose, Kurt LENZ

Natürliches Sterben, künstliche Lebensverlängerung und Euthanasie, Werner WALDHÄUSEL

Gibt es eine unzumutbare Lebensqualität? Johannes POIGENFÜRST

Euthanasie in den Niederlanden – Erfahrungen und Erkenntnisse, Philippe SCHEPENS

Sterbegleitung in der Praxis

Wie kann ein „Sterben im Kreis der Familie“ unterstützt werden? Sichtweisen der Systematischen Familientherapie, Renate RIEDLER-SINGER

Hospizbewegung in Österreich. Ambulante und stationäre Einrichtungen. Ausbildungserfordernisse für eine Lebensbegleitung bis zuletzt, Hildegard TEUSCHL

Das Mobile Caritas Hospiz Wien, Martin SORGE

Krankenhausseelsorge am Sterbebett, Peter KAI

Sterben im Krankenhaus, Florentin LANGTHALER

Erwartungen und Ängste älterer Menschen, Hilde ROSENMAYR

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

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

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

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation

VORSCHAU

Imago Hominis BAND VII/NR. 4/2000

Schwerpunkt

DROGEN

BERICHTIGUNG

Betrifft Artikel von *Imago Hominis* Band VII Nr. 2 S. 99 - 101, Aus aktuellem Anlass: *Herbert GILLESSEN*, „Warum aussteigen? Zum Konflikt um die Schwangerschaftskonfliktberatung in der Bundesrepublik Deutschland“.

Beim entscheidenden Satz von Bischof LEHMANN auf Seite 100, Zeile 20 ist es bedauerlicher Weise zu einem Zeilensprung gekommen, der den Inhalt verfälscht. Korrekt heißt es: „Die Beratungsstellen können sich nicht in ein Verfahren einbinden lassen, **das die Ausstellung einer Beratungsbescheinigung zu einer wesentlichen Voraussetzung für die straffreie Tötung eines ungeborenen Menschen macht.**“

Auf Seite 99, Zeile 27 sollte es heißen: „Das Lebensrechts des Ungeborenen darf nicht, wenn auch nur für eine begrenzte Zeit, der freien, rechtlich nicht gebundenen Entscheidung eines Dritten und sei es selbst der Mutter, überantwortet werden.“

IMPRESSUM

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

Medieninhaber und Verleger:
IMABE – Institut für medizinische
An- thropologie 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
<http://www.imabe.org>
DVR-Nr.: 0029874(017)

ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Norburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Dr. Antoine SEGUR-CABANAC
Bernhard KUMMER
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.
Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-

medizinische, wissenschaftliche
Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Claudia LAPKA
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großefelds
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