

# Imago Hominis

BAND VIII/Nr. 4 • 2001 • PREIS ATS 120 (8,721 EUR)

## EDITORIAL ..... 257

### AUS AKTUELLEM ANLASS

C. LAPKA *Neue Umfrage zur Euthanasie* .... 259

IMABE-ETHIKKOMMISSION *Erklärung zur  
Klonung von Menschen* ..... 262

J. KÖNIGSEDER *Vermarktung der Biotechno-  
logie* ..... 263

### FOCUS

E.H. PRAT

*Kardinaltugenden und Kultivierung des  
Gewissens* ..... 265

### SCHWERPUNKT *Kardinaltugenden und ärztliche Praxis*

N. AUNER

*Tugend der Klugheit und ärztliche Praxis* ..... 275

R. KLÖTZL

*Die Tugend der Gerechtigkeit* ..... 283

O. JAHN

*Tapferkeit als ärztliche Tugend* ..... 291

F. KUMMER

*Temperantia – Tugend des Maßhaltens* ..... 297

### S.O.M

*Bewertung einer Metaanalyse* ..... 303

### FALL

*Die behandlungsunwillige chronische Patientin* 307

W. RELLA *Kommentar zum Fall* ..... 309

### DOKUMENTE

*Erklärung der Österr. Bischofskonferenz* ..... 312

NACHRICHTEN ..... 313

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL ..... 316

BUCHBESPRECHUNGEN ..... 318



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)  
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)  
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)  
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.



Seit dem 11. September hat sich vieles geändert. Aus der Perspektive von *Imago Hominis* kann man zunächst zwei Veränderungen wahrnehmen. Die erste ist, dass die Bioethikdebatte aus der Öffentlichkeit verschwunden ist. Nachdem rund ein Jahr lang vor allem in Deutschland eine intensive Diskussion geführt wurde, hört man plötzlich nichts mehr über Präimplantationsdiagnostik, Stammzellenforschung, Embryonenforschung, Gentechnologie und Klonen. Vielleicht ist es nun besser so. Es sind praktisch alle Argumente ausgetauscht worden. Jetzt muss jeder darüber nachdenken. Allerdings ging es von Anfang an weniger nur um Bioethik als um Biopolitik. Eigentlich ist die Bezeichnung „Bioethikdebatte“ eine Irreführung. Die Frage ist, wie wollen wir, wie will unsere Gesellschaft in der Zukunft mit menschlichem Leben umgehen? Und dies ist eine durch und durch politische Frage. Nur die Materie, die in Wahrheit zur Diskussion steht, nämlich die Einschränkung des Menschenrechtes auf Leben, ist so schwerwiegend, dass die Politiker sie gerne unter dem Titel der Bioethik behandelt wissen wollen. Eine politische Rechtfertigung für ein solches Ansinnen – Lebensrecht für die einen ja, für die anderen nein – würde immer der Moralvergessenheit verdächtigt werden. Die erwähnte Debatte ist in den Hintergrund getreten – vielleicht auch, weil die zweite erwähnte Veränderung die zum Greifen nahegekommene Bedrohung des Bioterrors ist. Ob nun mit Anthraxbakterien oder anderen Erregern, ist nicht so wichtig; nach dem 11. September ist jedenfalls die Bedrohung weltweit präsent. In einer Zeit, in der wir uns immer sicherer fühlen scheint plötzlich niemand mehr sicher zu sein. Das Leben vieler unschuldiger Menschen ist plötzlich von Willkür bedroht. Wie schnell ein ganzes Land zu verunsichern ist, haben wir nun in den USA gesehen. Tag für Tag wird die Bevölkerung auf unabwendbare Kata-

strophen vorbereitet. Dagegen konnten eigentlich nur Alibihandlungen gesetzt werden. Die Frage, die sich viele verzweifelte Amerikaner stellen – aber auch andere, wie wir in Europa, die vorerst nur am Rande betroffen waren, lautet: wie wird hier mit menschlichem Leben umgegangen? Es ist also dieselbe Grundfrage, die vor dem 11. September die Biopolitik beschäftigte, diesmal aus einer ganz anderen Perspektive. Bei der biopolitischen Debatte haben wir letztlich darüber diskutiert, ob es legitim sei, das Menschenrecht auf Leben in manchen Fällen weiter einzuschränken. Auch hier sind Menschen bedroht, allerdings sind es nicht die Teilnehmer der Debatte, sondern bedenkllicherweise, wie Jürgen HABERMAS vor kurzem in einem bemerkenswerten Vortrag es treffend formulierte, die Schwachen und Hilflosen, die nicht mitreden können.

Der 11. September war also eine Art „Denkzettel“, den die westliche Welt verpasst bekommen hat. Wir sollten nachdenken und uns überlegen, ob die Argumentation der „Starken“ in der bioethischen und -politischen Debatte im Lichte der neuen Situation eigentlich nicht präpotent, überzogen, ja sogar verantwortungslos war.

Wie konnte es passieren? Oft haben wir in *Imago Hominis* darauf hingewiesen, dass in der biopolitischen und -ethischen Argumentation es bedauerlicherweise üblich geworden ist, die Richtigkeit von Thesen durch ihre Konsensfähigkeit zu begründen. In der Politik mag der Konsens Staat und Gesetzgebung legitimieren, in der Moral ist er höchstens ein Zeichen für die soziale und politische Geltung der Norm, welche die moralische Legitimation letztlich von woanders beziehen muss. Wenn man das im politischen Bereich geltende demokratische Prinzip auf den moralischen Bereich überträgt und damit den Konsens als die moralisch-legitimierende Instanz statuiert, resultiert ein unbefriedigender moralischer Minimalismus und eine Pervertierung der Toleranz daraus.

Der Konsens ist sehr wichtig, er ist ein notwendiger Bestandteil des politischen Ethos, kann aber nicht das Ziel der Biopolitik sein, sondern ist eher die Folge ihres Bemühens um die Wahrheit, die – so unzugänglich sie auch erscheinen mag – immer das Streben der Reflexion ist. Die Wahrheit zu finden, wird manchmal nicht leicht sein, aber ein Konsens ohne Wahrheit führt sich selbst ad absurdum. Wenn vordergründig nur ein Konsens angestrebt wird, liegt die Versuchung nahe, im Umkehrschluss im Konsens selbst schon die Wahrheit zu sehen.

Konsensethische Ansätze liefern keine überzeugende Wahrheitslehre. Sie können es auch nicht, denn sie beschäftigen sich fast ausschließlich mit der sozialen Gerechtigkeit und klammern wesentliche anthropologische Aspekte aus. Die lange philosophische Tradition, die von PLATO und ARISTOTELES ausgeht, zeigt, dass diese Verknüpfung zwischen Ethik und Anthropologie unersetzlich durch die Tugendlehre geleistet wird. Durch die wahre Tugend bleibt auch in der Praxis die Moral an die Wahrheit gebunden.

Im *Imago Hominis* haben wir in der letzten Zeit sehr viel Raum den Tugenden gewidmet, weil wir überzeugt sind, dass die biopolitische Debatte einer Korrektur bedarf, die nur in der Tugendethik zu finden ist. Die vorliegende Ausgabe von

*Imago Hominis* wird wieder dieser Thematik gewidmet. Es ist das dritte Heft über die Tugend. Vordergründig könnte man meinen, dass sie nichts mit den oben erwähnten Überlegungen zu tun hat. Bei näherem Hinsehen könnte die Tugendethik aber sehr wohl eine Antwort bieten. Wenn sich die menschlichen Beziehungen und das gesamte Sozialgefüge nach den Grundsätzen der Kardinaltugenden ausrichten würde, könnten wir die Grundfragen der Biopolitik mit Besonnenheit, ohne Präpotenz und Widerspruch lösen. Klugheit – Gerechtigkeit – Starkmut – Maßhalten, sind jene Haltungen, die bereits antike Denker zu Säulen der Sittlichkeit erklärten. Darüber hinaus gelten sie als Garanten für das Gelingen des Lebens. In dem Heft sind Ergebnisse einer Arbeitsgruppe nachzulesen: Notburga AUNER, Oswald JAHN, Rupert KLÖTZL, Friedrich KUMMER und Enrique H. PRAT haben sich ein Jahr lang mit der Frage, welche Bedeutung diesen Tugenden im Alltag des Arztes zukommt, beschäftigt.

Da der Jahreswechsel vor der Tür steht, wollen wir allen Lesern ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest wünschen und hoffen, dass Ihnen ein gutes, arbeitsreiches Jahr 2002 beschert sein möge.

Die Herausgeber

## Neue Umfrage zur Euthanasie

Claudia LAPKA

Die Österreichische Ärztekammer hat im Oktober d.J. die Ergebnisse einer durch das Linzer Meinungsforschungsinstitut *Spectra* durchgeführten Meinungsumfrage zum Thema Euthanasie veröffentlicht. Das Ergebnis: lediglich ein Viertel befürwortet die Möglichkeit der bewussten Tötung des Menschen auf eigenen Wunsch durch den Arzt, also die aktive Euthanasie (vgl. Tabelle 1).

Insgesamt wurden 835 Personen ab 15 Jahren, die stichprobenartig ausgewählt worden waren, in persönlichen Interviews nach ihrer Einstellung zu den drei verschiedenen Arten der Vorgangsweise bei unheilbar Kranken befragt. Nachdem man davon ausging, dass über den Begriff der Euthanasie vage Vorstellungen herrschen, wurden in dieser Umfrage (anders als in den bisherigen Umfragen) drei verschiedene Arten – nämlich die indirekte, die passive und die sog. aktive Sterbehilfe, also die Tötung auf Verlangen – in ihren juristischen Definitionen thematisiert und erläutert. Beispielsweise hieß es:

„Indirekte Sterbehilfe heißt: Ein todkranker und dahinsiechender Patient erhält eine medikamentöse Therapie, die ihn schmerzfrei erhält (z.B. Morphium). Das kann einen möglichen frühen Tod zur Folge haben.

Passive Sterbehilfe heißt: Sterben lassen eines todkranken oder dahinsiechenden Patienten durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (z.B. Abschalten von Maschinen). Der Patient wird außerdem schmerzfrei gehalten.

Aktive Sterbehilfe heißt: Ein todkranker oder dahinsiechender Patient wird vom Arzt getötet (auf Wunsch des Patienten).“<sup>1</sup>

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie hat eine weite Verbreitung gefunden, führt aber dennoch zu Missverständnis-

sen. So wird allgemein angenommen, aktiv wäre die Sterbehilfe, wenn der Tod durch ein Tun und passiv, wenn er durch eine Unterlassung herbeigeführt würde. „Aktiv“ wäre die Spritze, „passiv“ ein Sterbenlassen durch Behandlungsabbruch oder durch Stoppen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Dabei kommt es aber in einer ethischen Bewertung entscheidend auf die Absicht des Handelnden an. Das vorsätzliche Unterlassen einer Handlung mit Tötungsabsicht kann unter Umständen ethisch gleich zu bewerten sein, wie eine vorsätzliche tödliche Handlung. Einem insulinpflichtigen Diabetiker die lebensnotwendige Insulinspritze nicht zu verabreichen, ist eine Unterlassung, die bei Vorsätzlichkeit ebenso verwerflich ist, wie die Verabreichung einer Überdosis Insulin (aktive Handlung), die den Tod herbeiführt. Aus ethischer Sicht besteht hier zwischen physischem Tun und Unterlassen kein Unterschied.<sup>2</sup> Bei der sogenannten passiven Euthanasie muss also differenziert werden.

Ethisch relevant aber ist die Unterscheidung zwischen *direkter* und *indirekter* Tötung. In der ersten wird in primär tötender Absicht gehandelt, während in der zweiten eine Handlung gesetzt wird, die von Natur aus nicht auf eine Tötung ausgerichtet ist. Wesentlich ist, dass eine gute Absicht verfolgt und eine mögliche Tötung in Kauf genommen wird. So kann unter Umständen eine Handlung, die eine voraussehbare aber unbeabsichtigte tödliche Wirkung hat, ethisch erlaubt sein. Indirekte Sterbehilfe ist daher aus ethischer Sicht immer erlaubt.

Ein Behandlungsabbruch ist ethisch zulässig, wenn die Behandlung ihren Sinn verloren hat und nach fachkundigem Urteil weder eine Heilung noch eine Lebensverlängerung bringt oder wenn die Behandlung eine außerordentli-

che Belastung darstellt.<sup>3</sup> In einem solchen Fall sind Behandlungsabbruch oder -verzicht keine Tötung, weil die Todesursache die nicht mehr heilbare Krankheit ist. Es ist daher ethisch vertretbar, die Behandlung auf wirksame palliative Maßnahmen zu reduzieren.

Unter diesem Aspekt sind die in der Meinungsumfrage der ÖÄK angegebenen Definitionen etwas simplifiziert und daher unklar. Lobenswert ist es jedoch, dass die Interviewten mit konkreten Definitionen konfrontiert wurden und auch die Definition der aktiven Euthanasie klar formuliert wurde. Vergangene Umfragen zeigen, dass, je nachdem, wie Sterbehilfe definiert wurde, die Ergebnisse unterschiedlich ausgefallen waren. So hat eine Befragung des Instituts für Pastoraltheologie im Mai 2001 ähnliche Ergebnisse erbracht (gegen aktive Sterbehilfe 27%, dafür 16%) wie die jetzige Meinungsumfrage. Auch hier wurde erklärt, was unter aktiver Sterbehilfe verstanden wird. Hingegen führte die im Jänner d.J. durchgeführte IMAS-Befragung<sup>4</sup> zu gegenteiligen Ergebnissen: 49% sind dafür, dass leidenden Menschen der Sterbewunsch erfüllt wird, 26% dagegen. Sterbehilfe wurde dort als Erfüllung des Wunsches zum Sterben definiert, wobei keine Unterscheidung zwischen aktiver und indirekter Sterbehilfe gemacht wurde. Es ist logisch, dass die Ergebnisse daher anders ausgefallen sind, denn unter „Erfüllung des Wunsches zum Sterben“ kann jeder etwas anderes verstehen (z.B. auch Abschalten der nur lebensverlängernden Maschinen).

Die Umfrage der ÖÄK zeigt aber auch, dass ein Drittel der Befragten (31%) bezüglich der moralischen Bewertung von aktiver Sterbehilfe unentschlossen ist und diese vom Fall abhängig

macht. Hier braucht es noch mehr Aufklärung der Bevölkerung über Euthanasie. Es geht darum, die Allgemeinheit klar und professionell aufzuklären, worin die Unterschiede liegen, welche Vorgangsweisen menschenwürdig sind und welche anderen zu einer Entsolidarisierung führen. In einer Gesellschaft, in der aktive Tötung toleriert wird, kann sich niemand mehr sicher sein, dass diejenigen, die ihm Hilfe und Beistand leisten sollten, sich nicht in Mörder verwandeln. Die relativ hohe Rate an Unentschlossenen mag vielleicht auch als typisch „österreichisch“ bewertet werden. „Im Notfall kann man sich ja noch ein Hintertürchen offen lassen.“

Das Wissen um die psychische Belastung für den ausführenden Arzt wird in der Umfrage der Österreichischen Ärztekammer als ein Grund gegen die Tötung auf Verlangen erwähnt. Laut Umfrage geht über ein Drittel der Befragten (37%) von einer sehr großen und 27% von einer großen psychischen Belastung für den Arzt aus. Nur 4% sind der Meinung, dass die Tötung eines Patienten keine psychische Belastung für den Arzt darstellt. Fragte man die Interviewten nach der Zumutbarkeit, so waren über die Hälfte der Befragten (59%) der Meinung, dass es gar nicht bis nur schwer dem Arzt zumutbar ist, den Patienten zu töten.

Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer Dr. Otto Pjeta interpretierte in ähnlicher Weise diese Umfrageergebnisse und warnte vor einer Begriffsvermischung. Er betont: „Wer nach dieser Umfrage nun immer noch alle Möglichkeiten der Euthanasie in eine Topf wirft, handelt fahrlässig, denn er leitet gravierenden gesellschaftlichen Fehlentwicklungen

| Sterbehilfe | erlaubt | nicht erlaubt | abhängig vom Fall | weiß nicht |
|-------------|---------|---------------|-------------------|------------|
| indirekt    | 55 %    | 7 %           | 30 %              | 8 %        |
| passiv      | 46 %    | 14 %          | 30 %              | 10 %       |
| aktiv       | 24 %    | 33 %          | 31 %              | 12 %       |

Tabelle 1



Vorschub.“ PJETA erklärte weiter im Pressegespräch: „Wir lehnen aber jede Form der Tötung auf Verlangen kategorisch ab, da dies nicht Sinn des Heilberufes sein kann. Was wir nun benötigen, ist eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schwerkranke und Sterbende. Dann wird auch die Tötung auf Verlangen bald kein Thema mehr sein.“ Vor allem geht es darum, Strukturen zu schaffen, in denen die bestehende Isolation schwerkranker Menschen gemildert werden kann und diese sich nicht auf Grund der Vereinsamung den Tod wünschen müssen. Eine verbesserte Anwendung der Palliativmedizin in Spitälern und im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen ist wünschenswert, um eine würdige Sterbebegleitung und -betreuung sicherzustellen. Wichtig wäre dabei, dass Angehörige schwerkranker und sterbender Patienten besser in ihrer Betreuungsaufgabe unterstützt würden.

Ein positiver Schritt in Richtung Sterbebegleitung ist ein Konzept, das von Wirtschafts- und Arbeitsminister Dr. Martin BARTENSTEIN und Caritas-Direktor Dr. Michael LANDAU präsentiert worden ist: die „Sterbekarenz“. Angehörige von sterbenden Familienmitgliedern sollen einen Rechtsanspruch auf Herabsetzung oder Veränderung der Lage der Normalarbeitszeit bekommen, damit sie ihre Sterbenden im letzten Lebensabschnitt begleiten können. Vor

allem wird dabei an eine Teilzeitbeschäftigung gedacht, es ist aber auch eine Vollkarenzierung möglich. Nach drei Monaten (die bei Bedarf um weitere drei Monate verlängert werden dürfen) ist ein Rückkehrrecht auf den Arbeitsplatz vorgesehen. Der Arbeitnehmer ist während der Karenz auch sozialrechtlich abgesichert. Minister BARTENSTEIN erklärte, „die Sterbekarenz ist eine der Antworten, die Österreich auf das holländische Modell der aktiven Sterbehilfe geben wird, denn das was dort gang und gäbe wird, das wollen wir überhaupt nicht.“<sup>5</sup>

#### Referenzen:

1. Pressegespräch „Sterbehilfe aus Sicht der Bevölkerung – neue Daten und Fakten“, 10.10.2001, Österreichische Ärztekammer
2. vgl. Imago Info 2/98
3. Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie, 20. Mai 1980, IV
4. vgl. PRAT, E.H., *Meinungsmache für Euthanasie in Österreich. Meinungsforscher manipulieren Befragung*, IH (2001); 8: 8-9
5. OTS-Presseaussendung Oktober 2001, Rückfragehinweis: BM für Wirtschaft und Arbeit

Claudia LAPKA  
Landstraßer Hauptstraße 4/13  
A - 1030 Wien

---

## IMABE-Ethikkommission:

### Erklärung anlässlich des Berichtes der Firma Advanced Cell Technology Inc. über die gelungene Klonung von Menschen

Am 26. November hat die Firma Advanced Cell Technology Inc. (ACT) einen Bericht über wichtige „Fortschritte“ ihres Forschungsprojektes Klonungstechniken für therapeutische Zwecke in der Online-Zeitschrift „The Journal of Regenerative Medicine“ veröffentlicht. Dies hat weltweit für Schlagzeilen gesorgt. ACT hat diese Fortschritte als Meilensteine des therapeutischen Klonens bezeichnet. Einigen Forschern von ACT ist es gelungen zwei Klonungstechniken, die für die Stammzellentherapie verwendet werden sollen, am Menschen zu testen. Einerseits durch Parthenogenese von Eizellen und andererseits mittels der sogenannten Kerntransfertechnik konnten Embryonen erzeugt werden. Einige wenige haben sich sogar bis zum Achtzellerstadium entwickelt. Der Bericht verschweigt, ob das Ziel der Versuche, nämlich die Gewinnung von Stammzellen, erreicht werden konnte. Es wird gleichzeitig auch beteuert, dass die Vorschriften einer unabhängigen Ethikkommission streng eingehalten wurden, nämlich keinen Embryo über 14 Tage am Leben zu lassen und ständig alle Eizellen und Embryos zu kontrollieren, so dass kein Versuch einer reproduktiven Klonung aufkommen kann.

Die Ethikkommission des *IMABE Instituts* will nochmals festhalten (vgl. Erklärung vom 25. August 2000), dass unabhängig von ihrer Zielsetzung jede Art der Klonung von Menschen, einen Verstoß gegen die unverfügbare Würde des menschlichen Lebens darstellt und daher moralisch verwerflich ist. Es ist von Wissenschaftlern unverantwortlich, dazu Techniken zu entwickeln und von privaten oder öffentli-

chen Stellen unmoralisch, solche Forschungsprojekte zu fördern.

Die Berichte über die Fortschritte bei der Forschung mit adulten Stammzellen und ihre klinische Anwendung in verschiedenen Bereichen waren in den letzten Monaten so beeindruckend, dass jede Argumentation zur Verteidigung der embryoverbrauchenden Stammzellenforschung eigentlich überflüssig geworden ist. Von der Wissenschaft wird aus heutiger Sicht nicht mehr bezweifelt, dass die Stammzellentherapie in Zukunft allein mit adulten Stammzellen zu bestreiten sein wird.

ACT gibt zur ethischen Rechtfertigung des Projektes einen therapeutischen Zweck vor. Eine gewisse medizinische und therapeutische Zielsetzung kann nicht bestritten werden. Aber sie bleibt hypothetisch und ungewiss, während die lebenszerstörenden Folgen – Tötung von 31 Embryonen – real sind. Ein solches Projekt wäre nicht einmal durch eine tatsächliche therapeutische Wirkung zu rechtfertigen. ACT sollte also dieses medizinisch fragwürdige und moralisch unzulässige Projekt einstellen.

Die *IMABE* Ethik-Kommission appelliert an die Verantwortlichen für Forschungs- und Wissenschaftspolitik unseres Landes und der Europäischen Union, die ethisch einwandfreie Forschung und Therapie mit adulten Stammzellen zu fördern. Weiters appelliert sie alle legalen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um einen Missbrauch der Biotechnologie für Zwecke des Klonens zu verhindern.

Wien, am 30. November 2001

---

## Vermarktung der Biotechnologie – muss die Achtung des Lebens auf der Strecke bleiben?

Johannes KÖNIGSEDER

In der letzten Novemberwoche hat eine bekannte amerikanische Firma der Biotechnologiebranche mit den Ergebnissen eines Forschungsprojektes, das als Meilenstein in der Geschichte des Klonens bezeichnet wurde, die Aufmerksamkeit der Welt erlangt. Für einige Stunden waren die Spitzenbiologen und die Forscher der Konkurrenzfirmen überrascht. Doch es vergingen keine 24 Stunden bis erkannt worden ist, dass es sich um eine reine PR-Aktion ohne weiteren wissenschaftlichen Hintergrund handelte.

Die Fakten zusammengefasst: Am 25. November hat *Advanced Cell Technology Inc. (ACT)* aus Worcester im US-Bundesstaat Massachusetts an die amerikanischen Presseagenturen und die wichtigsten Zeitungen die Ankündigung ausgeschickt, dass am darauffolgenden Tag die Online-Zeitschrift „The Journal of Regenerative Medicine“ ein Paper mit Ergebnissen eines gemeinsamen Projektes von ACT und Duncan Holly Biomedical (Somerville, ebenfalls Massachusetts) veröffentlichen wird. Diese stellen einen Meilenstein in der Geschichte des menschlichen Klonens dar. ACT ist ein typisches kleines aber aufsteigendes Forschungs- und Entwicklungsunternehmen im Biotech-Bereich, das in den letzten Monaten oft im Zusammenhang mit dem therapeutischen Klonen Schlagzeilen gemacht hatte. Ihr Präsident Michael D. WEST ist einer der Pioniere der embryonalen Stammzellenforschung.

Am 26. November konnten die Interessenten via Internet, das Paper „Somatic Cell Nuclear Transfer in Humans: Pronuclear and Early Embryonic Development“ von Jose CIBELLI et al. herunterladen. Die meisten Medien haben sofort die Nachricht durchgegeben: die ersten

Menschen wurden geklont. Die Aufregung war sofort da. Auf die Reaktionen musste man nicht lange warten. Das Weiße Haus hat sofort von der Vorbereitung eines Bundesgesetz zum Klonverbot gesprochen. In Großbritannien hat die Regierung BLAIR das Schnellverfahren zur Verabschiedung des Gesetzes zur Unterbindung des reproduktiven Klonens beschleunigt, das am Donnerstag den 29. vom Oberhaus approbiert wurde. Der Vatikan und viele andere öffentlichen und privaten Stimmen haben weltweit das Projekt verurteilt.

Die Weltspitze der Mikrobiologen war sicherlich von der ersten Meldung überrascht und auf die angekündigten Ergebnisse gespannt. Die Spannung dauerte kurz und ging dann in Verblüffung und später in Spott über. Was enthält der Bericht?

ACT hat zwei Klonungstechniken, die für die Stammzellentherapie verwendet werden sollen, am Menschen erfolgreich getestet. Einige menschliche Klone sind entstanden. Einerseits durch Parthenogenese von Eizellen und andererseits mittels der sogenannten Kerntransfertechnik konnten Embryonen erzeugt werden. Einige wenige haben sich sogar bis zum Achtzellerstadium entwickelt. Ob das Ziel der Versuche, nämlich die Gewinnung von Stammzellen, erreicht werden konnte, wird im Bericht nicht erwähnt.

Was im Bericht steht, ist nichts neues. Nicht nur in Worcester sondern auch in Speziallabors in England, Israel und Japan wird im Eiltempo an der Entwicklung der Klonungstechnik für sogenannte therapeutische Zwecke gearbeitet. Einige Regierungen der Welt unterstützen diese Forschungen mit beträchtlichen Geldmitteln. Was CIBELLI und Co zu berichten wissen, wur-

de in anderen Labors bereits früher erreicht. Niemand sprach von Meilensteinen, weil zunächst die Ergebnisse weder in der Klontechnik noch in der Stammzellenforschung anwendbar sind.

Es stellt sich nun die Frage, welche Beweggründe ACT hatte, ein solches Paper mediengerecht zu publizieren. Sicher ist, dass aus wissenschaftlicher Sicht das Paper ziemlich wertlos ist. So bezeichnete der an der Harvard Medical School lehrende Douglas MELTON das Projekt als ein „failed, dysfunktional experiment“. Ian WILMUT, der „Vater“ des ersten aus adulten Zellen geklonten Schaffes meint, das ACT in finanzielle Schwierigkeiten gekommen ist und diese Publicity gebraucht hat, um neue Investoren zu gewinnen. Dies könnte durchaus stimmen. Und der Stammzellenfachmann Davor SOLTIC vom Max-Planck-Institut für Immunbiologie in Freiburg spricht von einem PR-Wisch, da die Arbeit „technisch nichts Neues, konzeptionell längst bekannt, wissenschaftlich armselig“ ist. Offensichtlich hat ACT Publicity gesucht und sie zunächst für wenige Stunden erreicht.

Blickt man in die Vergangenheit, bemerkt man, dass Michael D. WEST (Präsident von ACT) immer wieder Publicity gesucht hat.

Wenn es darum geht, zu eigenen Patenten zu kommen, ist eine laut tönende PR der beste Partner. Im November 1999 schillerte in den Zeitungen die Meldung „Erstes Menschenbaby geklont“. Die Menschenklone aus Rindereiern waren ein Publikationsskandal oder PR-Coup des Unternehmens, denn die Versuche von damals erzielten keine verwertbaren Resultate. Im Jänner 2001 kam der Klon einer ausgestorbenen Büffelart, eines Gaurs, zur Welt. Noch bevor das Tier auf der Welt war, waren die Schlagzeilen gedruckt. Das Kalb, das wenig später geboren wurde, starb auch unmittelbar nach der Geburt. Darüber wurde nicht mehr berichtet.

Wen wundert es, dass die letzte Meldung von ACT nicht mehr als ein PR-Gag war? Doch auch dieser hatte seine positiven Folgen: Großbritannien hat ein neues Klonesetz, dass die reproduktive Klonung verbietet und in den USA wird ein neues Gesetz diesbezüglich vorbereitet. Auch die Gegner des Klonens haben eine gute Gelegenheit gehabt, um gegen das Klonen zu trommeln. Das hatte ACT sicher nicht beabsichtigt.

*Dr. Johannes KÖNIGSEDER  
Meiselstraße 29  
A - 1150 Wien*

## FOCUS

# Kardinaltugenden und Kultivierung des Gewissens\*

Enrique H. PRAT

## ZUSAMMENFASSUNG

*Im ärztlichen Berufsstand spielt neben dem Wissen und Können, das Gewissen eine ganz besondere Rolle. Für den Arzt war schon immer die Kultivierung des Gewissens neben der ständigen Kultivierung des Wissens und Könnens ein ernstes Anliegen. Die Kultivierung des Gewissens hängt mit der Pflege der Kardinaltugenden eng zusammen. Eigentlich kann die Kultivierung des Gewissens auf den Erwerb und die Pflege der Kardinaltugenden reduziert werden. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die ethischen Ansätze keinen Beitrag zur Kultivierung des Gewissens leisten. So kann eine starke Sensibilität für die Folgen des Handelns und ein ausgeprägtes Pflichtbewusstsein eine gute Hilfe darstellen, um sich in manchen individuellethischen Fragen gerecht, besonnen oder tapfer zu entscheiden. Die Suche nach einem Konsens des diskursethischen Ansatzes wird ohne Zweifel zum gerechten Handeln, vor allem in sozialetischen Fragestellungen führen. Bei der ethischen Dimension des Handelns kommt es aber letztlich auf die Tugenden an, und bei der Kultivierung des Gewissens auf die Ausformung – Erwerb und Pflege – der Tugenden.*

**Schlüsselwörter:** Ärztlicher Berufsethos, Kardinaltugenden, Kultivierung des Gewissens, Praktische Vernunft

## ABSTRACT

*Besides knowledge and skill the virtues play a special role in the medical profession. Cultivation of the conscience as well as of knowledge and skill has always been an endeavour of the physician. Cultivation of the conscience is closely connected with practicing of the cardinal virtues. However this does not mean that ethical questions are not a part of the cultivation of the conscience. Therefore a strong sensibility for consequences of actions and good sense of duty can be an aid in deciding some individual ethical questions in a just, prudent and courageous manner. Seeking for consensus in discussable ethical questions will no doubt lead to just actions especially in social ethical matters. In reality the ethical dimension of actions depends on the virtues and the cultivation of the conscience on the acquisition and practicing of the virtues.*

**Keywords:** Ethos of medical profession, cardinal virtues, cultivation of conscience, practical reasoning

\*Der Autor fühlt sich der philosophischen Arbeit von Martin RHONHEIMER verbunden. Die hier dargelegten Gedanken entstammen großteils aus den persönlichen Gesprächen mit ihm sowie dem aufmerksamen Studium seiner Werke „Natur als Grundlage der Moral“, „Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis“ und „Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen für Tugendethik“. Vor allem das letztgenannte Werk sollte zur Erhellung dieses Aufsatzes herangezogen werden.

**Anschrift des Autors:** Prof. Dr. Enrique H. PRAT, IMABE-Institut  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A - 1030 Wien

## 1. Wer handelt, ist ethisch tätig: Die sittliche Frage begleitet jedes Handeln

Es war einmal ein pensionierter Bauer mit geringer Bildung. Er hatte in jungen Jahren die Volksschule und einige Spezialkurse der Bauernkammer absolviert. Als Pensionist besuchte er dann nach Übergabe des Hofes die Volkshochschule und hörte dort zum ersten Mal, dass es zwei literarische Ausdrucksformen gibt, nämlich Prosa und Dichtung. Er entdeckte, dass er sein ganzes Leben lang Prosa gesprochen hatte. Er war sehr stolz darauf, Prosa als Autodidakt zu sprechen. Ebenso entdecken Menschen manchmal, dass sie oft, sehr oft, ja sogar ständig ethische Entscheidungen treffen. Und das stimmt, denn jede menschliche Handlung setzt eine Entscheidung voraus, und diese ist immer auch eine ethische Entscheidung, denn der Mensch entscheidet sich immer dafür, was er für das Gute hält, und die Frage nach dem Guten ist die ureigenste Frage der Ethik. Wer sagen würde, dass diese Handlung oder diese Handlungsarten mit Moral nichts zu tun haben – das sagen Mediziner normalerweise nicht, aber doch viele Wirtschaftstreibende – begeht einen ähnlichen Fehler wie jemand, der sagt: ich spreche keine Prosa. Wer spricht, benutzt Prosa; wer handelt, ist ethisch tätig.

Jedes ärztliche Handeln hat eine ethische Dimension<sup>1</sup>. Die Frage ist nun, ob gerade das ärztliche Handeln in einem ganz besonderen Zusammenhang zur Ethik steht, einem Zusammenhang, der nicht bei jedem Handeln zu finden ist. Der Philosoph und Mediziner Karl JASPERS sagte vor rund 45 Jahren, dass das ärztliche Handeln auf zwei Säulen ruht: „Einerseits auf der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und auf dem technischen Können, andererseits auf dem Ethos der Humanität. (...) Die Wissenschaft wird weitergegeben durch die Lehre, in breitem Umfang. Die ärztliche Humanität dagegen wird überliefert durch die ärztliche Persönlichkeit, unmerklich in jedem Augenblick durch die Weise des Handelns, des Sprechens, durch den Geist

einer Klinik und durch die still und unausgesprochene gegenwärtige Atmosphäre des ärztlich Gehörigen. Die Lehre ist zu planen. Sie wird klarer, didaktischer. Die wissenschaftliche Forschung vermehrt das Wissen und das Können, sie wird kritischer und methodischer. Die Humanität dagegen ist nicht zu planen. Sie entfaltet sich ohne grundsätzlichen Fortschritt neu.“<sup>2</sup>

Für das richtige ärztliche Handeln ist also nicht nur *Fachwissen* sondern im besonderen Ausmaß auch *Ethik* notwendig, neben Fachkompetenz ist ethische Kompetenz gefordert. Der immer lauter werdende Ruf nach Ethik im Zusammenhang mit den neuen Errungenschaften der Reproduktionsmedizin, der Gentechnologie, der Stammzellentherapie, der Hirntoddefinition, der Therapiebegrenzung, der Frage, was noch sinnvoll ist und was nicht usw. zeigt, dass die Aussage von JASPERS heute noch sehr aktuell ist. Er hat aber damit nicht gemeint, dass der Mediziner immer der Begleitung durch eine Ethikkommission bedarf. Robert SPAEMANN wird allgemein zugestimmt, wenn er sagt: „Jedem durchschnittlichen Arzt möchte ich mich als Patient lieber anvertrauen als einem Arzt, der sein Urteil in einem kritischen Augenblick an eine Ethikkommission delegiert, deren maßgebendes Mitglied ein radikaler Utilitarist ist.“<sup>3</sup> Ergänzend dazu sagte er jüngst in einem Furche-Interview: „(...) Wir brauchen nicht Ärzte und Moralspezialisten. Wir brauchen moralische Ärzte.“<sup>4</sup>

## 2. Das Spezifische der ethischen Dimension ärztlichen Handelns

Natürlich ist nicht nur für die ärztliche Handlung, sondern für jede Berufsausübung eine ethische Kompetenz notwendig. Der Steuerberater und der Rechtsanwalt, der Architekt und der Baumeister, der Politiker und der Journalist, der Beamte und der Händler müssen in ihren Entscheidungen zwischen sittlich und unsittlich unterscheiden können.

Die ärztliche Tätigkeit hat etwas Besonderes an sich. Denn bei keiner anderen Tätigkeit trifft es gleichermaßen wie bei der ärztlichen zu, dass *der Mensch* selbst, also die Person ihr Gegenstand ist. Nur der Mensch hat jene unermessliche Würde, kraft derer er niemals nur als *Objekt*, sondern immer vor allem als *Subjekt* mit *Selbstzweck* betrachtet werden muss. Der Steuerberater vertritt Klienten, aber sein Handlungsobjekt sind Steuern, Vermögensobjekte u.dgl., d.h. Gegenstand seines Handelns ist nicht das Subjekt des Klienten selbst, sondern das, was das Subjekt besitzt oder schuldet: Geld, Vermögenswerte und -rechte usw. Der Rechtsanwalt hat auch Klienten. Gegenstand seiner Handlungen ist nicht der Mandant selbst, sondern seine Rechte, die er vertreten bzw. hüten muss. Handlungsgegenstand des Arztes ist hingegen der Patient selbst als Subjekt einer Körper-Seelen-Einheit. Diese Doppelleienschaft des Patienten als Handlungsobjekt und Subjekt, also autonomem Träger einer unermesslichen Würde, stellt einzigartige ethische Anforderungen an den Arzt.

### 3. Der Stellenwert der ethischen Kompetenz des Arztes

Dies erklärt auch, warum sich seit dem Altertum und über die Jahrhunderte hinweg kein anderer Berufsstand so intensiv mit seinem eigenen Ethos beschäftigt hat, was mit dem Namen *HIPPOKRATES* verbunden wird. Im ärztlichen Berufsstand spielt neben dem *Wissen und Können*, das *Gewissen* eine ganz besondere Rolle. Für den Arzt war schon immer die **Kultivierung des Gewissens** neben der ständigen **Kultivierung des Wissens und Könnens** ein ernstes Anliegen.

Die ethischen Anforderungen an den ärztlichen Beruf sind in der modernen Medizin nicht kleiner, sondern größer geworden und zwar aus drei Gründen:

Erstens, weil das *Können* in der Medizin mit atemberaubendem Tempo expandiert. Neben

den ganz großen Errungenschaften der humanen Mikro- und Molekularbiologie stellen wir in allen Bereichen der Medizin einen Fortschritt fest: eine Entdeckung wird von der nächsten immer schneller überholt. Je größer der technische Fortschritt ist, desto mehr Möglichkeiten eröffnen sich für den Menschen, desto freier wird er also, aber – wie LÜBBE<sup>5</sup> betont hat – desto mehr Moral benötigt er auch. Da die Technik nur zur Entscheidung über die Mittel, aber nicht über die Ziele befähigt, sagt sie nur, was gemacht werden kann, aber nicht, was gemacht werden soll. Jede technische Neuerung wird erst dann zum Fortschritt und zur Errungenschaft, wenn sie im Lichte der Anthropologie als menschengerecht und von der Ethik als etwas prinzipiell Gutes und Erstrebenswertes betrachtet werden kann, d.h. als etwas, das der Zielsetzung der Medizin wirklich entspricht.

Zweitens, weil die Zusammenhänge immer komplizierter werden, so dass sich der einzelne bei der richtigen sittlichen Einschätzung seines Handelns sehr schwer tut. Was heute *lege artis* ist, wird meistens durch die *evidence based medicine* (EBM) festgelegt. Man kommt aber immer mehr darauf, dass die EBM-Kriterien allein nicht ausreichen, um viele Entscheidungen für den einzelnen Behandlungsfall richtig zu treffen.<sup>6</sup>

Drittens, weil die allgemeine ethische Kultur der postmodernen Gesellschaft sich offensichtlich in einer Phase der Dekadenz befindet. Dies und nichts sonst ist der Grund für den in der Öffentlichkeit immer lauter werdenden Ruf nach Ethik. Man meint, das Problem der Amoral oder Unmoral in der Gesellschaft mit Ethik-Spezialisten lösen zu können. Der Ruf nach Ethik ist daher in Wahrheit einer nach Moral-Spezialisten, die uns sagen sollen, was jeweils das Richtige ist. Dies erklärt auch, warum plötzlich überall Ethikkommissionen eingesetzt werden sollen. Das ist allerdings der falsche Weg. Die Gesellschaft ist nicht nur unmoralisch geworden, sondern sie weiß oft nicht

mehr, was Moral eigentlich ist. Noch einmal: Es geht nicht darum, jedem Arzt einen Moralspezialisten an die Seite zu stellen. Was die Gesellschaft braucht, sind moralische Ärzte.

#### 4. Was ist „Kultivierung des Gewissens“?

Wenn die Kultivierung des Gewissens im Ethos des Arztes eine so wichtige Rolle spielt bzw. spielen soll, muss der Begriff „Kultivierung des Gewissens“ präzise definiert werden. Gewissen (*conscientia*) ist ein Akt der Anwendung des menscheigenen moralischen Wissens (*scientia moralis*) auf die konkrete Handlung. Bei diesem Akt, der ein Urteil ist, geht es nicht um eine Festlegung auf eine bestimmte Handlung, sondern um eine Art reflektierende begleitende Kontrolle der Sittlichkeit der Handlung<sup>7</sup>, und zwar während des Entscheidungsprozesses und danach. Durch das Gewissensurteil wird sich der Handelnde bewusst, ob etwas, das er tun will, getan werden darf bzw. soll, oder nicht. Das Gewissensurteil setzt aber voraus, dass eine Vorentscheidung getroffen wird oder die Handlung bereits vollgezogen ist. Das Gewissen ist nicht die Entscheidungsinstanz, obwohl es die Entscheidung beeinflussen kann. Allein der von der praktischen Vernunft angeleitete Wille trifft die Entscheidungen. Man spricht allerdings von Gewissensentscheidungen bei jenen Fragen, in denen es bewusst wird, dass das Gewissen besonders gefordert wird.

Mit „Kultivierung des Gewissens“ kann also nicht gemeint sein, dass sich der Arzt bei jeder Handlung die Sittlichkeitsfrage begleitend oder nachträglich stellt, denn dies wäre bloß ein Hinhorchen auf das Gewissensurteil. Dieses Hinhorchen kann natürlich auch zur Kultivierung des Gewissens beträchtlich beitragen, wird aber nicht ausreichen, um eine Stärkung (bzw. Erhaltung) der individuellen Sensibilität für die ethische Dimension eines jeden Handelns zu bewirken. Aber was ist wiederum diese ethische Sensibilität? Sie ist das Vermögen, bei jeder Ent-

scheidung die Frage nach gut und böse richtig zu stellen und auch richtig zu beantworten. Nun können wir unter Kultivierung des Gewissens alle jene Handlungen subsumieren, die zur Erreichung bzw. Erhaltung eines hohen Standards an ethischer Sensibilität wirksam beitragen. Konkret kann man also in einer ersten Begriffsbestimmung sagen, dass die Kultivierung des Gewissens in der Vervollkommenung der Entscheidungsinstanzen des Menschen, also der Vernunft und des Willens besteht.

In der ethischen Reflexion muss man immer von der praktisch-kognitiven Struktur des Menschen ausgehen. Die Vernunft konstituiert sich als praktisch – d.h. praxisorientiert – durch die Einbettung in der affektiv-instinktiven Verfasstheit des Menschen.<sup>8</sup> Die Handlungen des Menschen entspringen unmittelbar aus seinem geistigen (dem Willen) und seinem sinnlichen Strebevermögen (organisch und physiologisch bedingte Tendenzen und Neigungen, d.h. das sinnliche Begehren und der Mut), und mittelbar aus der im Strebevermögen eingebetteten praktischen Vernunft.<sup>9</sup> Das heißt, diese Vernunft findet ihren Ausgangspunkt immer in einem Streben und deshalb bewegt sie zum Handeln.<sup>10</sup> Die Vernunft ist aber gegenüber dem Strebevermögen die maßanlegende Instanz, denn sie beeinflusst das sinnliche Strebevermögen, das eigentliche Handlungsvermögen, und richtet sich auf das Gute hinaus.<sup>11</sup> Dennoch determiniert die Vernunft den Willen nicht. Nun kann der obige Begriff der Kultivierung des Gewissens ergänzt werden: sie besteht in der Vervollkommenung der praktischen Vernunft und des Strebevermögens, d.h. des Willens, des sinnlichen Begehrens und des Mutes.

#### 5. Ethikpflege und Kultivierung des Gewissens

Der Ruf nach Ethik in unserer Zeit kann als eine Folge der allgemein empfundenen morali-



schen Defizite in der Politik und in der Wirtschaft angesehen werden. Es ist eigentlich ein Ruf nach mehr Moral. Man geht dabei zu Recht davon aus, dass eine Stärkung des ethischen Bewusstseins diese Moraldefizite zu überwinden vermag. Der Ruf nach mehr Moral müsste eigentlich auch ein Ruf nach Umkehr sein, d.h. nach einer solchen Änderung in den moralischen Ansichten, dass sie sich auch in der Bereitschaft einer allfälligen Lebensstiländerung äußert. Es müsste also eine Änderung des individuellen Ethos gefragt sein. Dies aber scheint nicht der Fall zu sein. Man kann sich hier des Eindrucks nicht erwehren, dass eine Stärkung der individuellen moralischen Sensibilität ohne Ethosänderung angestrebt wird, als ob es möglich wäre, auf Grund z.B. eines gesellschaftlichen Diskurses ohne individuelle Umkehr eine kollektive Stärkung des sittlichen Bewusstseins zu erzielen. Ist Kultivierung des Gewissens und eine Stärkung der ethischen Sensibilität ohne jede individuelle Umkehr überhaupt möglich?

Neben Charakterformung ist Ethikpflege, also die philosophische Reflexion über Moral, sicherlich eine ganz wichtige Art und Weise, das Gewissen zu kultivieren. Wer sich intensiv mit Ethik befasst, ist sicher darum bemüht, seine Sensibilität für die ethische Dimension des Handelns zu stärken. Es gibt aber sehr viele ethische Ansätze, sodass die Frage berechtigt erscheint: Gilt das für jeden ethischen Ansatz? Sind Tugendethik, deontologische Ethik, konsequentialistische Ethik und Diskursethik gleichwertig? Gibt es eine Ethik, die zur Kultivierung des Gewissens und Stärkung der ethischen Sensibilität besonders qualifiziert erscheint?

## 6. Zwei Perspektiven der Moral

Die ethische Reflexion war schon immer alles andere als einheitlich, sie folgt verschiedenen theoretischen Ansätzen. Vergleichen wir beispielsweise vier der aktuellsten Ansätze mitein-

ander: den deontologischen, den konsequentialistischen, den diskursethischen und den tugendethischen Ansatz. Der deontologische Ethiker ist auf der Suche nach Handlungsnormen und Prinzipien, die er als seine Pflicht ansehen kann. Er lässt sich dabei vom kategorischen Imperativ KANTS führen: „*Handle so, als ob die Maxime deiner Handlung durch deinen Willen zu allgemeinem Naturgesetz werden sollte.*“<sup>12</sup> Der Konsequentialist wird sich bei der Feststellung der Sittlichkeit einer Handlung von der Abwägung der Folgen dieser Handlung leiten lassen: überwiegt der Nutzen über den Schaden, dann wird er die Handlung bejahen. Bei der Diskursethik geht es um die Grundlegung von Spielregeln für einen theoretischen gesellschaftlichen Diskurs, der zu einem normbegründenden Konsens führen sollte. Der tugendethische Ansatz geht davon aus, dass die Vervollkommenung der geistigen und sinnlichen operativen Vermögen des Menschen (Tugenden) die Voraussetzung dafür ist, dass das Gute erkannt und erfasst wird, was zu tun ist.

Diese vier Ansätze können als verschiedene Zugänge zur gleichen ethischen Fragestellung angesehen werden. Sie machen grundsätzlich zwei Perspektiven der Moral ersichtlich.<sup>13</sup> Die ersten drei Ansätze operieren aus der Perspektive der dritten Person. Bei ihnen nimmt sich das reflektierende Subjekt aus der Handlung heraus und stellt nur als quasi neutraler Beobachter fest, ob bei einem bestimmten Handlungstypus eine Handlungsmaxime zum Naturgesetz werden könnte, die Folgebilanz positiv oder negativ ausfällt oder ein gesellschaftlicher Konsens vorhanden oder herstellbar ist. Diese Perspektive fokussiert nicht eine partikuläre Handlung in ihrer faktischen Geschichtlichkeit (im Handeln einer Person, die eine bestimmte Biographie hinter sich hat und in einer beschreibbaren, realpraktischen Situation mit einer konkreten Absicht eine Entscheidung trifft) sondern die universell geltenden Normen oder Prinzipien, die zur sittlichen Beurteilung von idealtypischen Handlungen dienlich sind. Aus dieser Perspektive be-

wegt sich die Reflexion auf der allgemeinen Ebene der Prinzipien und nicht auf der Ebene der Praxis. Sie lässt daher alles außer Acht – beispielsweise nähere Umstände, Absicht und Motivationen, Affekte und Emotionen des Handelnden –, was eben eine partikulär konkrete und historische Handlung ausmacht.

Radikal anders ist die Perspektive der Tugendethik. Sie reflektiert aus der Sicht der ersten Person, die das „für sie Gute“ sucht und dabei schließlich auf ein Letztes aus ist, das um seiner selbst willen gesucht wird und alles Streben zu erfüllen vermag, eine Erfüllung, die wir „Glück“ nennen.<sup>14</sup>

Aus der Perspektive der ersten Person hinterfragt das handelnde und zugleich reflektierende Subjekt seine eigenen Entscheidungen bzw. Handlungen im Hinblick auf das Gute. In einem ersten Moment präsentiert sich das Gute als ein dem Subjekt der Reflexion gut Scheinendes. Dies ist aber unbefriedigend und kann nicht das Ziel der Reflexion sein, denn das Subjekt strebt ein wahrhaft Gutes an, welches das nur scheinbar Gute ausschließt. Es ist eine bereits von ARISTOTELES<sup>15</sup> ausgearbeitete anthropologische These, dass das wahrhaft Gute das natürliche Objekt der Vernunft ist. RHONHEIMER formuliert es so: „Wahre Erkenntnis, auch im Bereich des Praktischen, nennen wir jene Erkenntnis, die von der Vernunft geleistet wird.“<sup>16</sup>

Diese These bedeutet, dass die menschliche (praktische) Vernunft Maß und Maßstab des Guten ist. Sie ist von ganz großer Bedeutung für diese Tugendethik, die auch deswegen Lebensethik genannt wird, weil sie das Gelingen des Lebens als letztes Ziel der Moral ansieht. Das jeweils von der Vernunft erkannte Gute muss einen Beitrag für dieses Gelingen des Lebens leisten. Das wahrhaft Gute wird nicht beurteilt, weil es sich immer und unter allen Umständen als das Gute erweist und von der rechten Vernunft als solche erkannt wird.<sup>17</sup>

In dieser Perspektive der ersten Person spielt die Vernunft eine ganz zentrale Rolle. Sie ist keine reine Vernunft, sie ist stets im Strebever-

mögen der Menschen eingebettet. „Die vernunftgemäße Verfolgung natürlicher Neigung bedeutet die Integration einer jeder dieser Neigungen und ihrer Ziele in das Gesamtgefüge aller natürlichen menschlichen Neigungen, und dadurch auch ihre Hierarchisierung, Relativierung und wechselseitige In-Bezugsetzung.“<sup>18</sup> Bereits ARISTOTELES zeigte, dass die Vernunft keine despotische Herrschaft über das Strebevermögen führt, sondern „eine politische Herrschaft über Freie“.<sup>19</sup> Nun ist die moralische Tugend das, was das Strebevermögen vervollkommnet, d.h. was es auf das von der Vernunft erkannte Gute hinordnet. Aber man darf die Tugend nicht als eine Art Züchtigung des Strebevermögens, das völlig der Vernunft unterworfen wird, ansehen, denn die Vernunft, die vom Willen bewegt wird, vermag in den Neigungen und Tendenzen des sinnlichen Strebevermögens, fern von jedem Naturalismus einen Sinn (Teleologie) zu erkennen, der zur Grundlage des Unterscheidungsprinzips zwischen Gut und Böse wird. Die praktische Vernunft bestimmt also in jeder konkreten Situation, was zu tun gut ist. Wenn aber die Vernunft in ihrem eigenen Akt durch Affekte und Leidenschaften verhindert wird, wird der Mensch das für gut halten, was eigentlich nicht gut ist. Die Tugenden ordnen die Affekte und Leidenschaften, so dass sie die Vernunft in ihrem Akt nicht stören. Sie orientieren sie auf das Gute.<sup>20</sup> Sie erscheinen somit einerseits als Befreiung und Freiheit der Vernunft und andererseits als Garant, dass das richtige Urteil der Vernunft befolgt wird. A.M. GONZALEZ hat die Tugenden sehr treffend als „eine Frucht“ des Dialogs „zwischen Vernunft und Natur“<sup>21</sup> beschrieben. Und der Hl. THOMAS spricht in diesem Zusammenhang immer von *recta ratio* (rechte Vernunft). Bei ihm hat nur die rechte Vernunft den Namen Vernunft bekommen, nicht aber die irrige, affektbeladene oder krankhafte, die weder die Wahrheit noch das Gute zu erfassen vermag: „*ratio corrupta non est ratio*.“<sup>22</sup> Daraus kann man folgern, dass bei einer Ethik, die auf Prinzipien aufbaut

und Tugenden vernachlässigt, keine Gewähr gegeben ist, dass ihre Prinzipien und die daraus abgeleiteten Normen in der rechten Vernunft gründen. Das ist das Problem der Ansätze, die der Perspektive der dritten Person folgen. Der Konsens garantiert nicht die Vernünftigkeit der Normen und die Richtigkeit der Prinzipien, denn wie schon Aristoteles ausführlich erläuterte, das Laster verdirbt das Handelsprinzip und zerstört das praktische Urteilsvermögen.<sup>23</sup>

Ethik will vor allem 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.<sup>24</sup> Mit ethischem Wissen allein lässt sich das Gute nicht tun. Ethik ist eine praktische Wissenschaft. In ihr geht es nicht nur um eine theoretische Wahrheit, sondern in erster Linie um eine praktische, letztlich also nicht um Ist-Urteile sondern um Soll-Urteile der praktischen Vernunft, denn „Handeln entspringt praktischer Vernunft, die selbst wiederum eine im Streben eingebettete und dieses Streben kognitiv leitende Vernunft ist.“<sup>25</sup>

An dieser Praxisbezogenheit soll man die verschiedenen Arten von Ethik messen: Aus der Perspektive der ersten Person reicht die ethische Reflexion weit über die Frage hinaus, was das Subjekt grundsätzlich soll, denn sie will vor allem klären, was in der konkreten Situation für die richtige Entscheidung maßgeblich ist, wie die Entscheidung zustande kommt und wie das Subjekt sie umsetzt. Es ist eine Praxis erhellende Reflexion über die eigene Praxis.<sup>26</sup> Die Tugendethik vermittelt daher ethisches Wissen und weist dem reflektierenden Subjekt den Weg zur Umsetzung des Wissens in Tugenden. Sie operiert sowohl auf der Ebene des Wissens als auch auf der Ebene der Praxis, d.h. der partikulären Handlungen. Die Ethiken, die aus der Perspektive der dritten Person operieren, reflektieren hingegen nur auf Normen und Prinzipien für idealtypische Handlungen. Sie ver-

lassen die Ebene des Wissens nicht. Deshalb darf schließlich gefolgert werden, dass für die Kultivierung des Gewissens die Tugendethik wesentlich wichtiger ist als die deontologische, die konsequentialistische und die Diskursethik.

## 7. Ethisches Profil der ärztlichen Tätigkeit. Die Tugenden des Arztes

Jahrzehntelang hat man sich fast lächerlich gemacht, wenn man von Tugend sprach. Dem radikalen Rationalismus der Moderne, der pauschal alle geistigen Entwürfe der Antike und des Mittelalters in die Nähe der Religion eingeordnet und als Einengung der Vernunft abgelehnt hat, ist es gelungen, den Tugendbegriff weitgehend zu entleeren und letztlich zu diskreditieren. Die wahre Tugend im aristotelischen Sinn ist aber nichts anderes als der Weg zum „guten Leben“ zum „gelungenen Leben“. Sie hat weder mit Belastung noch mit Traurigkeit oder mit Einengung der Vernunft, sondern eher mit der Wahrheit, mit Befreiung und mit dem Gelingen des Lebens zu tun. Sie ist das Gute und die Freude selbst. Tugend ist – nach ARISTOTELES – jene stabile und feste Grundhaltung, „durch welche ein Mensch gut wird und vermöge derer er seine ihm eigentümliche Leistung gut vollbringt.“<sup>27</sup>

Der zeitgenössische amerikanische Arzt und Ethiker Edmund D. PELLEGRINO sieht die besonderen Merkmale des richtigen ärztlichen Tuns nicht viel anders als JASPERS 50 Jahre früher, wenn er sagt, dass sie ein Gleichgewicht zwischen zwei C's: *competence* und *compassion*, (Fachkompetenz und Mitleiden) darstellen.<sup>28</sup> Der gute Arzt muss ständig um einen rechten Ausgleich zwischen beiden C's bemüht sein. Sowohl *competence* ohne *compassion* als auch *compassion* ohne *competence* würden eine Verfehlung der ärztlichen Tätigkeit bedeuten und gegen die Würde des Patienten verstoßen. Zum richtigen Ausgleich zwischen diesen beiden Dimensionen führt jene Tugend, die bei ARISTO-

TELES *Phronesis*, bei CICERO, AUGUSTINUS oder THOMAS VON AQUIN *Prudentia* heißt und auf Deutsch mit Klugheit eher schlecht übersetzt wird. Aber unter *compassion* können viele Tugenden subsumiert werden.

Das ethische Profil der ärztlichen Tätigkeit könnte anhand folgender Tugenden gut beschrieben werden: Klugheit, Gerechtigkeit, Liebe, Mitleid, Tapferkeit, Freundlichkeit, Geduld, Mäßigung, Loyalität, Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit, Zuverlässigkeit, Großzügigkeit, Demut, Arbeitsamkeit, Gründlichkeit, Ordnung, Sauberkeit usw. Heute wird versucht, im Gesundheitsbetrieb via Qualitätssicherung das zu erreichen, was eigentlich ohne Tugend nicht wirklich zu erreichen ist. Man kann von außen Qualitätsstandards setzen, sie müssen jedoch verinnerlicht werden; und der Verinnerlichungsprozess, der von der Vernunft und vom Willen des Menschen geleistet wird, heißt Tugend.<sup>29</sup> Zur Kultivierung des Gewissens ebenso wie zur Erreichung des Guten führt kein Weg an den Tugenden vorbei. Der wirkliche *Alleswisser* ist noch lange kein *Weiser*. Der gute, tugendhafte Arzt muss zuvor ein guter, tugendhafter Mensch sein.<sup>30</sup>

## 8. Die Kardinaltugenden

Nach der klassischen Tugendethik sind es also die Tugenden, die das operative Vermögen des Menschen vervollkommen. Sie sind Fertigkeiten und Geschicklichkeit im Handeln und außerdem konstituieren sie eine zweite Natur, die den Menschen dazu geneigt und geeignet zugleich machen, das Gute gut zu tun. Aber die moralischen Tugenden sind nicht nur diese Neigung zum Guten und die Befähigung dazu, sondern auch immer Qualitätsliebe im Sinne einer Prädisposition, das Gute mit Freude auszuführen. Moralische Tugend ist die erworbene stabile Disposition und Neigung, bestimmte Arten von Handlungen mit Vollkommenheit, Treffsicherheit, Leichtigkeit und

Spontaneität zu tun.<sup>31</sup> Mit einem Wort, sie sichern die Handlungsqualität des Menschen. Obwohl es sehr unterschiedliche moralische Tugenden gibt, bilden sie eine Einheit, sodass die Handlung nur dann gut (tugendhaft) ist, wenn sie allen in der Handlung geforderten Tugenden gemäß durchgeführt wird. Die gute medizinische Behandlung muss nicht nur fachgerecht, sondern auch mit Respekt und liebevoll, rechtzeitig und pünktlich, sauber, feinfühlig usw. verrichtet werden. Eine Liste aller in der ärztlichen Tätigkeit geforderten Fähigkeiten und Tugenden wäre vermutlich nahezu unendlich lang.<sup>32</sup> So gesehen, wäre es praktisch unmöglich, auf alle Tugenden zu achten, auf die es ankommt. Ein Handeln gemäß den Tugenden wäre somit Utopie, ein schöner, aber nicht praktischer Gedanke. Es ist aber nicht so, denn das operative Vermögen, wie bereits erwähnt, besteht aus der praktischen Vernunft und dem Strebevermögen, dem Willen, dem sinnlichen Begehren und dem Mut. Und eben diese vier Vermögen werden von je einer Haupttugend, die in der klassischen Philosophie als Kardinaltugenden bekannt sind, vervollkommen: die Vernunft von der Klugheit, der Wille von der Gerechtigkeit, das sinnliche Begehren von der Mäßigkeit und der Mut vom Starkmut.

Die Klugheit – *recta ratio agibilium*<sup>33</sup> – ist eine intellektuelle und gleichzeitig eine moralische Tugend. Sie vervollkommen die Vernunft. Die praktische Vernunft kann aber nicht in dem Sinn vervollkommen werden, dass sie sonst von sich aus fehlgehen könnte. Die Vernunft trifft ja unfehlbar das Wahre. Aber der Mensch ist nicht nur Vernunft. Die Vernunfturteile eines Menschen stehen immer in einem Zusammenhang mit Akten der sinnlichen Wahrnehmung und der sinnlichen Streben, und diese „Prämissen“ von praktischen Vernunfturteilen können fehlerhaft sein.<sup>34</sup> Die drei anderen Kardinaltugenden vermag der Mensch zu entwickeln, indem er seinen eigenen Neigungen und seinem eigenen Streben mit Vernunft begegnet. Wenn der

Mensch seinem Willen mit Vernunft begegnet, sodass er auch das Wohl der Mitmenschen und nicht nur das eigene anstrebt, dann entsteht Gerechtigkeit, die Vervollkommenheit des Willens.<sup>35</sup> Mäßigkeit, die Vervollkommenheit des sinnlichen Strebevermögens, entfaltet sich dadurch, dass der Mensch mit Vernunft der Anziehungskraft begegnet, die von den sinnlich wahrnehmbaren Dingen ausgeht. Tapferkeit bzw. Strenge, die Vervollkommenheit des Mutes entsteht, wenn der Mensch den Triebkräften, mit denen er nach schwierigen Dingen strebt bzw. wodurch er Gefahren widersteht, mit Vernunft begegnet. In jedem Fall geht es darum, unsere Natur so effizient zu „regeln“, dass wir mit der für die Tugend charakteristischen Natürlichkeit das Gute tun, eine Natürlichkeit, die der Ordnung der Vernunft folgt.

Im 4. Abschnitt wurde Kultivierung des Gewissens als die Vervollkommenheit der praktischen Vernunft und des Strebevermögens, d.h. des Willens, des sinnlichen Begehrens und des Mutes definiert. In diesem Abschnitt wurden die Kardinaltugenden als die Vervollkommenheit dieses Vermögens beschrieben. Damit wird offensichtlich, wie eng die Kultivierung des Gewissens mit der Pflege der Kardinaltugenden zusammenhängt. Eigentlich kann die Kultivierung des Gewissens auf den Erwerb und die Pflege der Kardinaltugenden reduziert werden. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die ethischen Ansätze aus der Perspektive der dritten Person keinen Beitrag zur Kultivierung des Gewissens leisten. So kann eine starke Sensibilität für die Folgen des Handelns und ein ausgeprägtes Pflichtbewusstsein eine gute Hilfe darstellen, um sich in manchen individuaethischen Fragen gerecht, besonnen oder tapfer zu entscheiden. Die Suche nach einem Konsens des diskursethischen Ansatzes wird ohne Zweifel zum gerechten Handeln, vor allem in sozial-ethischen Fragestellungen führen. Bei der ethischen Dimension des Handelns kommt es aber letztlich auf die Tugenden an, und bei der Kul-

tivierung des Gewissens auf die Ausformung – Erwerb und Pflege – der Tugenden.<sup>36</sup>

## 9. Kardinaltugenden und Arztberuf

Die Kardinaltugenden sind für jede menschliche, auch für die ärztliche Tätigkeit unerlässlich. In der ärztlichen Tätigkeit werden gewiss spezifische Akte dieser Tugenden gefordert, man darf aber nicht von den für den Arzt spezifischen Kardinaltugenden sprechen, sondern nur von spezifischen, berufsbedingten Akten dieser Tugenden. Im Rahmen eines Tugendprojektes des IMABE Institutes haben sich vier erfahrene Ärzte – Notburga AUNER, Rupert KLÖTZL, Oswald JAHN und Friedrich KUMMER – eingehend mit den Kardinaltugenden und den für den Arzt spezifischen Akten derselben befasst. Sie haben durch Studium, Reflexion und gemeinsame Diskussion das Spezifische in den Kardinaltugenden des Arztes herauszuarbeiten versucht. Die Ergebnisse ihrer Arbeit werden in dieser Ausgabe von *Imago Hominis* präsentiert. Dabei geht es nicht um eine Kasuistik. Sie wäre verwirrend und irreführend, denn ein Akt der Tugend kann nicht durch ein äußeres Verhalten eindeutig beschrieben werden: z.B. kann eine starke, unnachgiebige Haltung des Arztes gegenüber dem Patienten je nach Situation ein Mangel an Gerechtigkeit oder ein Akt der Tugend der Gerechtigkeit sein. Ebenso kann die Bevorzugung eines Patienten bei einer Behandlung ein Akt der Tugend der Gerechtigkeit oder ihre Verfehlung sein. Deshalb kann eine Spezifizierung der Kardinaltugenden auf den ärztlichen Beruf nicht auf eine Aufzählung von Verhaltensregeln reduziert werden, sondern muss eher eine Typisierung von Situationen und Umständen beinhalten, die bei der ärztlichen Tätigkeit von besonderer Bedeutung für das tugendhafte Verhalten sind. Die Ausführungen der erwähnten Ärzte über einzelne Kardinaltugenden sind sehr praxis-orientiert und versuchen vor allem dem Leser auch selbst einen Zugang zur Umsetzung dieser Tugenden zu vermitteln.

## Referenzen:

1. PRAT, E.H., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen*, Imago Hominis (2000), Band VII/Nr.3, S.205-208
2. JASPERS, K., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, Pieper, München (1986) S.7 u. 8
3. SPAEMANN, R., *Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns*, Klett-Cotta-Verlag (2001), S.35
4. SPAEMANN, R., *Die Furche*, Interview, 29. März 2001
5. LÜBBE, H., *Selbstbestimmung. Moralische Konsequenzen eines modernen Anspruchs*, VCL 3/97
6. BONELLI, J., PRAT, E.H., *Sinnorientierte Medizin – Paradigmenwechsel in der Medizin: von der Machbarkeit zur Sinnhaftigkeit. Medizin für den Einzelfall*, Imago Hominis. (1999), Band VI/Nr. 3, S.187-207
7. RHONHEIMER, M., *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis*, Akademie Verlag, Berlin (1994), S.384 ff.
8. RHONHEIMER, M., *Die sittlichen Tugenden. Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension*, Imago Hominis (2000), Band VII/Nr. 2, S.103-114
9. RHONHEIMER, M., *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen für Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S.113
10. ARISTOTELES, *De Anima*, III, 10, 433 a/17
11. RHONHEIMER, M., *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis. Handlungstheorie bei Thomas von Aquin in ihrer Entstehung aus dem Problemkontext der aristotelischen Ethik*, S.117ff.
12. KANT, I., *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, Akademieausgabe 421
13. ABBA, G., *Felicidad Vida buena y Virtud*, Euns, Barcelona (1992), S.152-157, Originalausgabe in Italienisch (1989)
14. RHONHEIMER, M., *Die Perspektive der Moral*, S.15
15. ARISTOTELES, *De Anima III*, 10, 433a 27-28
16. RHONHEIMER, M., *Die Perspektive der Moral*, S.148
17. RHONHEIMER, M., *Praktische Vernunft und das „von Natur aus Vernünftige“*. In: ThPh 75 (2000), S.507
18. RHONHEIMER, M., *Praktische Vernunft und das „von Natur aus Vernünftige“*. In: ThPh 75 (2000), S.508
19. ARISTOTELES, *Politik*, I, 5, 1254 b, 5
20. Zur Darstellung des Zusammenwirkens von praktischer Vernunft und Strebevermögen in ihrer kognitiven und operativen Funktion vgl. RHONHEIMER, M., *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis. Handlungstheorie bei Thomas von Aquin in ihrer Entstehung aus dem Problemkontext der aristotelischen Ethik*, Berlin (1994)
21. GONZALEZ, A.M., *Prinzipien und Tugenden in Bioethik*, Imago Hominis (2000), Band VII/Nr.1, S.21
22. AQUIN, Thomas v., *In II sententiarum*, d. 24, q. 3, a. 3 ad 3.
23. ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*, 1095b 4-11, 1140b 13-2, 1150b 31, 1151a 26
24. GONZALEZ, A.M., *Prinzipien und Tugenden in Bioethik*, Imago Hominis (2000), Band VII/Nr.1, S.21-34; SCHWEIDLER, W., *Zur Aktualität des Begriffs der Tugend*, Imago Hominis (2000), Band VII/Nr.1, S.35-48; PRAT, E.H., *Bioethik: Konsens und Tugendethik?* und RHONHEIMER, M., *Die Perspektive der Moral*, S.169-226
25. RHONHEIMER, M., *Die Perspektive der Moral*, S.159
26. RHONHEIMER, M., *Praktische Vernunft und das „von Natur aus Vernünftige“*. In ThPh 75 (2000), S.507
27. ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*, 1106a 22-24
28. PELLEGRINO, E.D., THOMASMA, D.C., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, Oxford (1993), S.79-91
29. PRAT, E.H., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen*, Imago Hominis (2000), Band VII/Nr. 3, S.199-212
30. PELLEGRINO, E.D., *Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin*. In: SASS, H.M., *Medizin und Ethik*, Reclam, Stuttgart (1989), S.40-68
31. RHONHEIMER, M., *Die Perspektive der Moral*, S.172
32. Vgl. dazu BONELLI, J., MADER, H., *Qualitätssicherung im Krankenhaus und Tugenden. Ein Fragenkatalog*, Imago Hominis (2000), Band VII/Nr. 3, S.189-198
33. AQUIN, T.v., *Summa theologiae*, I-II, 56, 2 ob. 3 und *Expositio in decem libros ethicorum Aristoteles ad Nichomacum*, nn 1916, 1445
34. RHONHEIMER, M., *Die Perspektive der Moral*, S.148
35. Vgl. AQUIN, T.v., *De Virt.*, q.un., a.5, sol.
36. Über den Erwerb und die Pflege der Tugenden vgl. RHONHEIMER, M., *Die Perspektive der Moral*, S.186-191

## SCHWERPUNKT

---

# Tugend der Klugheit und ärztliche Praxis

Notburga AUNER

### ZUSAMMENFASSUNG

*Dem klassischen Tugendverständnis nach wurde der Klugheit ein bevorzugter Platz eingeräumt. Sie wird auch praktische Weisheit genannt, wobei sie die Fähigkeit der Unterscheidung darstellt, in den gegebenen Umständen moralisch richtig zu entscheiden und danach zu handeln. Die Klugheit nimmt einen hervorragenden Platz ein, weil sie dem Agierenden hilft, in rechter Weise gerecht, stark und maßvoll zu sein, ohne in Übertreibungen zu fallen. Anschließend werden einige Beispiele aus der ärztlichen Praxis dargelegt und erläutert.*

**Schlüsselwörter:** Klugheit, praktische Weisheit, Klugheit und ärztliche Praxis

### ABSTRACT

*According to the classic method of understanding, the virtue of prudence is given a very preferential place. In its practical form it could also be called wisdom which is the ability to distinguish, in given circumstances, what is morally correct, decide for it and act accordingly. Prudence enjoys this preferential placing because it helps the person involved to be just, strong and temperate in the proper way and without exaggeration. Furthermore several examples of how doctors could use wisdom will be given and explained.*

**Keywords:** Prudence, practical wisdom, prudence and medical practice

*Anschrift der Autorin: Dr. Notburga AUNER, IMABE-Institut  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A - 1030 Wien*

Klugheit wird im heutigen Sprachgebrauch zumeist im abgewandelten Sinn verstanden. So schreibt beispielsweise das Duden-Bedeutungswörterbuch, dass unter Klugheit ein scharfer Verstand zu verstehen wäre und in der Duden-Ausgabe der sinn- und sachverwandten Wörter wird die Klugheit mit Findigkeit, Schlaueit, Verschmitztheit, Mutterwitz, Bauernschläue oder Geschäftstüchtigkeit umschrieben. Der Hinweis, dass Klugheit auch als „gesunder Menschenverstand“ angesehen werden könne, hebt sich unter den angegebenen Bedeutungen nicht stark ab, kommt aber der ursprünglichen philosophischen Auffassung deutlich näher.

Die Klugheit ist die Gewandtheit des richtigen und guten Handlungsurteils. Sie ist aber nicht bloß die Geschicklichkeit der Vernunft, die richtigen Mittel zur Erreichung des Zieles zu finden, wie etwa Kant die Klugheit verstanden hat. So gemeint könnte Klugheit auch einfach Gerissenheit oder, wie oben genannt, Schlaueit bedeuten. Daher ist es wichtig, die Tugend der Klugheit vom bloßen Schein der Tugend zu unterscheiden. Beim letzteren wird die Vernunft allein auf die Suche nach den Mitteln für ein Ziel eingesetzt, ohne dieses Ziel selbst auf seine Güte hin überprüft zu haben. Auch ein Bankraub oder ein Mord kann mehr oder weniger „perfekt“ geplant und ausgeführt werden. In diesem Sinn wäre die Klugheit eine gekonnte Technik. Die Tugend der Klugheit hingegen schließt die Gutheit des Handlungszieles von vornherein schon mit ein. Sie vervollkommnet den Verstand, indem sie sich immer auf ein Ziel ausrichtet, das gut und bejahenswert, das gerecht, maßvoll und tapfer ist. Im willentlichen Akt der Handlungswahl ist bereits die Zielintention gegenwärtig. Die Zielbezogenheit ist also wesenhafter Bestandteil der Klugheit.

ARISTOTELES räumte der Klugheit unter den Tugenden einen bevorzugten Platz ein. Er sprach im Zusammenhang der 4 Kardinaltugenden davon, dass der Klugheit deswegen eine Sonderstellung zukomme, weil sie die anderen

Tugenden (Gerechtigkeit, Starkmut, Maßhalten) lenken und ihre Akte auf das ihnen entsprechende Ziel hin führen müsse. Die antike Metapher sprach von der „Wagenlenkerin“ (auriga virtutum) der anderen Tugenden. Für den Menschen des 21. Jh hat dieses Bild an Leuchtkraft verloren, bleibt aber noch verständlich.

Die Klugheit ist ein Eckstein der Sittlichkeit, das Bindeglied zwischen intellektuellem und moralischem Leben. ARISTOTELES nannte sie auch praktische Weisheit, als die Fähigkeit der moralischen Unterscheidung in den gegebenen Umständen, wobei der Protagonist die gute und richtige Entscheidung zu treffen hat. Es geht also um vernunft- und situationsgerechtes Handeln. Damit eine Handlung gelingt, muss ja nicht nur das „was“, sondern auch das „wie“ und das „wann“ und das „wo“ und das „mit wem“ stimmen. Die besten Absichten und Meinungen sind unzureichende Voraussetzungen, um eine bestimmte Handlung gut zu machen, wenn die restlichen „Elemente“ nicht stimmig sind. Durch die Klugheit aber wird der Mensch befähigt, das Gute zu erkennen und in den konkreten Umständen auch auszuführen. Die Klugheit, das wird aus dem oben Gesagten schon deutlich, leitet daher alle anderen Tugenden an; sie leuchtet den rechten Weg aus, damit die Stärke weder in Waghalsigkeit ausartet, noch zur feigen Mittelmäßigkeit abfällt; damit das Maßhalten nicht zu Knauserei und Geiz verkommt und nicht nur von der Verschwendung Abstand nimmt; damit die Gerechtigkeit in ihren Ansprüchen real bleibt; usw.

Der Rückgriff auf die scholastische Analyse erleichtert das Verständnis der Klugheit und gibt zu verstehen, warum gerade sie das Bindeglied zwischen sittlichem und intellektuellem Leben darstellt. Der Akt der Klugheit setzt sich in der Regel aus einer Abfolge von verschiedenen Momenten zusammen. Dabei unterscheiden wir zunächst den beratenden Moment (consilium), in dem die Fakten und die beglei-



tenden Umstände erfasst werden; nun muss die situationsgerechte Handlung ausgewählt und bestimmt werden (*iudicium*); auf dieses Urteil muss die richtige Entscheidung folgen, die den Befehl (*imperium*) einschließt, den gefassten Beschluss auch in die Tat umzusetzen.

Der erste Schritt liegt in der Erfassung der Umstände, die eine bestimmte Situation begleiten. Der Verstand ist herausgefordert, die wesentlichen Details zu begreifen, wobei das Gedächtnis und die Erfahrung eine besondere Rolle spielen. Jedes Erlebnis geht in das Erinnerungsvermögen ein und steht im Laufe der Zeit als Erfahrungswert zur Verfügung. Diese Erfahrung spielt bei der ärztlichen Tätigkeit eine wichtige Rolle. Wer auf keine Erfahrungen zurückgreifen kann, ist darauf angewiesen, mit dem Wissen anderer zu rechnen. Das Lehrer-Schüler Verhältnis in der Medizin hat Tradition. Kein Lehrbuch oder Kompendium, kein Medizincomputer können je den Lehrer ersetzen. Es kommt aber nicht nur auf die Quantität der erlebten Situationen an, wohl auch auf die Wachheit und das eifrige Bewusstsein „Erfahrung zu sammeln“. Neben dem Wissen und der Erfahrung müssen auch immer die speziell begleitenden Umstände berücksichtigt werden. Wenn es um die Beurteilung von menschlichen Situationen geht, muss unweigerlich die Individualität und Einzigartigkeit betrachtet werden. Ärztliche Handlungsentscheidungen werden sich niemals mathematisch berechnen lassen. Neben Alter, Geschlecht, sozialem Umfeld gibt es noch andere Faktoren, die im gegebenen Fall das „Zünglein an der Waage“ für oder gegen eine bestimmte Vorgangsweise darstellen. Dieser erste Akt der Klugheit, das „*Consilium*“ fordert den Arzt, jedes Tun am Patienten und mit ihm individuell auf seine konkrete Lage abzustimmen und verhindert, dass sich Routine einschleicht, die der Würde des Menschen nicht mehr gerecht wird. Er ist ein Akt des Verstandes, der sich unermüdlich dem Begreifen der Wirklichkeit des Seins und den Situationen des Lebens zuwendet.

Wurde einmal die Wahrheit der Situation erkannt, dann muss die Wahl der rechten Entscheidung getroffen werden. Auf ein und dieselbe Situation kann verschieden reagiert werden. Die Wahlmöglichkeiten können äquivalent sein, oder sie sind nicht alle gleich sinnvoll. Bestenfalls gibt es nur eine richtige Wahl, möglicherweise gibt es mehrere fast gleichrangige Antworten, von denen aber wiederum nur eine die bessere ist.... Es gibt Erkrankungen, die unterschiedliche therapeutische Vorgangsweisen zulassen. Im Falle der Refluxösophagitis wird man vornehmlich eine konservative Therapie bevorzugen. Ist diese aber mit den herkömmlichen Mitteln ausgeschöpft, ist die Compliance zu gering oder die voraussichtliche Behandlungsdauer zu lang (lebenslänglich!) und leidet die Lebensqualität des Patienten trotz Behandlung erheblich, dann kann bei Vorliegen bestimmter Befunde eine chirurgische Vorgangsweise erwogen werden. Dabei ist aber wiederum das Operationsrisiko tatsächlich in Betracht zu ziehen und zu bemerken, dass es sich doch in diesem Fall um ein benignes Leiden handelt und daher die nicht invasive Vorgangsweise doch zu bevorzugen wäre.... An diesem Beispiel lässt sich bereits ablesen, dass der Arzt eine ganze Reihe von unterschiedlichen Faktoren abwägen muss, bevor er in der Zusammenschau und nach Absprache mit dem Patienten eine Entscheidung trifft. Im genannten Beispiel wird diese Entscheidung natürlich auch von der Spezialisierung des Arztes abhängen. Der Chirurg muss sich, will er klug, d.h. tugendgemäß handeln vorerst von seiner Neigung operativ vorzugehen verabschieden und darf nur äußerst restriktiv die Operation zur Wahl stellen. Der Internist seinerseits muss aber auch die Stärke besitzen im gegebenen Fall seinen Patienten abzugeben, einem Chirurgen vorzustellen, um ihn der invasiven Therapie zuzuführen, sollte diese erfolgversprechend sein. Für eine Handlungsweise muss sich der Arzt aber entscheiden. Und die

rechte Wahl beruht auf dem „iudicium“, dem Urteil, einem wesentlichen Akt der Klugheit.

Damit ist sie aber noch nicht am Ende: die getroffene Wahl muss nun ausgeführt werden. Es reicht nicht, die richtige Erkenntnis zu haben. Das rechte Urteil muss zur Entscheidung führen, die unter Einsatz der richtigen Mittel die Handlung durchführt und zum Abschluss bringt. Der Befehl zur Handlungsdurchführung wird erteilt. Der Wille zur Tat bricht durch und erwirkt die Ausführung der Handlung.

Erst mit dem Akt des „imperiums“, des Befehls zur Handlung erreicht die Klugheit ihre Vollendung.

### Voraussetzungen der Klugheit

Besonderen Stellenwert für den klugen Menschen hat die *Beratung*, das *Rat einholen* und *Rat geben*. Die Einführung in die medizinische Kunst geschieht vornehmlich in der Weitergabe der Erfahrungen älterer Kollegen an jüngere. Die Beziehung Schüler-Lehrer in der Medizin hat ihre große Berechtigung. Der angehende und der junge Arzt muss sich oftmals Rat holen, und mit diesem „fremden“ Wissen die selbst erlebten Situationen beleuchten und deuten. Mit der Zeit kann er sich so selbst einen Erfahrungsschatz aufbauen. Selbst dann wird er gelegentlich in besonderen Situationen den Rat anderer suchen. Der kluge Arzt wird auch nach jahrelanger Praxis bei außergewöhnlichen Krankheitsfällen den Rat anderer erfahrener Kollegen einholen. Klugheit setzt daher eine Einstellung der Demut voraus. Die Bitte um Rat schmälert nicht das Ansehen der Person, im Gegenteil, es zeugt von Ernsthaftigkeit und Gewissenhaftigkeit im Umgang mit anderen Menschen.

Die Klugheit ist zudem begleitet von bestimmten Haltungen, die Voraussetzungen für das kluge Tun und Handeln sind. Es sind: die Erfahrung, die Wissenseinsicht, die Lernfähig-

keit, die Sachlichkeit, die Vernunft, die Voraussicht, die Umsicht und die Vorsicht. Es sind Haltungen, die je nach Situation einmal mehr im Vordergrund stehen, ein anderes Mal aber wieder weniger gefragt sind. Der kluge Mensch kann sie aber jederzeit „aktivieren“ und weiß, richtig einzuschätzen, wann sie gefragt sind.

### Klugheit im klinischen Alltag

Wie zu erläutern versucht wurde, besteht die Klugheit gerade darin, situationsgerecht zu entscheiden und zu handeln. Für den Arzt genügt es nicht, dass er sich bestimmte Prinzipien zu-rechtlegt, die er sich zu beachten auferlegt. Die Unterschiedlichkeit der Menschen und der Umstände machen eine jeweils konkrete Entscheidung notwendig. Die Klugheit hilft ihm in der rechten Weise gerecht, stark und maßvoll zu sein, ohne dem einen oder anderen Extrem zu verfallen.

### Klugheit und Gerechtigkeit

Beispielsweise ist die *Aufklärungspflicht* in der medizinischen Praxis wichtiger Bestandteil geworden. Der mündige Patient, der dem Arzt nicht blind vertraut, hat ein Recht darauf, in die Entscheidung über die geplante Vorgangsweise einbezogen zu werden. Nun hat sich – vornehmlich in den operativen Fächern – die Aufklärung mittels Vordruck breitgemacht: die Krankheit und die möglichen Operationsmethoden, sowie Früh- und Spätkomplikationen werden detailliert dargelegt. Der Patient wird aufgefordert sich die Aufklärung durchzulesen und zu unterschreiben. Dadurch willigt er in eine bestimmte Behandlung ein und wird quasi partnerschaftlich in die Entscheidung einbezogen. Er bleibt dennoch der Laie, der wiederum darauf angewiesen ist, dem zu glauben, was ihm vorgelegt wird. Einerseits gibt es nun Patienten, die durch die angeführten Komplikatio-

nen verunsichert werden und mit Angst dem Eingriff entgegengehen. Wären sie nicht besonders darauf aufmerksam gemacht worden, hätten sie mehr Gelassenheit bewahrt. Es gibt auch andere, die unnötig mit medizinischem Detailwissen belastet werden und es als Hohn empfinden, zur Entscheidung herangezogen zu werden. Wiederum andere fühlen sich sicherer, wenn sie alles wissen und auf sämtliche Eventualitäten vorbereitet sind. Im Bereich der Aufklärung muss der Arzt mit Fingerspitzengefühl individuell unterschiedlich vorgehen. Die Tugend der Klugheit hilft ihm die richtige „Dosis“ an Aufklärung anzuwenden. Das heißt, der Patient soll die Möglichkeit bekommen, in das Geschehen, das an seiner Person vorgenommen werden wird, einbezogen zu werden, er darf aber nicht mit unnötigen Details belastet oder gar verunsichert werden. Das Autonomiebedürfnis ist ja individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Ein Zuviel an Aufklärung bewirkt Verunsicherung, ein Zuwenig kommt der Bevormundung gleich. Allgemein gilt, dass die Aufklärung über die Nebenwirkungen und Risiken umso sorgfältiger und genauer erfolgen muss, je weniger akut und notwendig der Eingriff für den Patienten ist.

In den Bereich der Aufklärungstätigkeit fällt sehr häufig auch der *Umgang mit den Angehörigen des Kranken*. Streng genommen beginnt der Behandlungsvertrag de iure ab dem Moment, indem die Bitte des Patienten um Behandlung ausgesprochen wird. Sie bindet Arzt und Patient, wobei die Angehörigen primär nicht einbezogen sind. Dem Kranken allein schuldet der Behandler Aufklärung und Rechenschaft über sein Tun. Nun ist es aber eine Tatsache, dass der Mensch, als Person in Lebensgemeinschaften eingebunden ist, in ein bestimmtes soziales Umfeld, das gerade durch die Krankheit mehr oder weniger stark betroffen ist. Die Gemeinschaft (Familie) hat ein Recht, aber auch die Pflicht an der Krankheit eines ihrer Mitglieder Anteil zu nehmen. Im Falle der Kinder besteht zusätzlich die Sorgepflicht

der Eltern. Der Arzt wird in Ausübung seiner Tätigkeit sehr häufig damit konfrontiert sein, die Angehörigen zu informieren, sie einzubeziehen, sie um Rat zu fragen. Häufig wird seine Therapieentscheidung auch durch das Bild, das er sich vom sozialen Umfeld gemacht hat, mitbestimmt. Dabei darf er aber nicht aus den Augen verlieren, dass er sich zuerst und vor allem seinem Patienten verpflichtet hat. Die familiären Situationen sind bisweilen in unserer pluralistischen Gesellschaft so komplex und verworren, und die Anliegen der Familienangehörigen bei weitem nicht immer so lauter und selbstlos, als dass ihr Einbeziehen überdacht werden muss. Oftmals verlangt es vom Arzt ein kluges Vorgehen, um allen Beteiligten gerecht zu werden.

Ein weiterer Aspekt, der in unserer pluralistischen Gesellschaft für den Arzt eine gewisse Herausforderung darstellt, ist die Tatsache, dass wir in den europäischen Ländern starke Migrationsbewegungen erleben, die das Gesellschaftsbild umstrukturiert haben. In einer *multikulturellen Gemeinschaft* kommt er in die Lage, Personen aus anderen Kulturkreisen zu behandeln. Dies kann nur allzu leicht zu Spannungen, Unverständnis und besonders auch zu Konflikten mit den Angehörigen führen. Gerade hier wird die Klugheit des Arztes gefordert, der gerechterweise auf die ihm „fremde“ Sichtweise und Lebensart eingehen muss, aber auch mit Stärke von bestimmten Forderungen nicht Abstand nehmen kann. Er muss abschätzen lernen, was er verlangen und erwarten kann, und was nicht.

### Klugheit und Stärke

Die moderne Apparatedizin hat so viele erfolgreiche Behandlungen entwickelt, dass manche der *Utopie, der Mensch werde eines Tages alle Krankheiten beherrschen können* vollends Glauben schenken. Immer wieder kommt der Arzt in die Situation seine Mög-

lichkeiten eingeengt zu wissen, und dies dem Patienten und den Angehörigen mitteilen zu müssen. Auf das Drängen der Angehörigen, oder seltener des Patienten hin, doch noch irgendetwas zu unternehmen, kann die Versuchung sehr groß werden, Handlungen zu setzen, die medizinisch gesehen nur wenig aussichtsreich, oder eigentlich nicht sinnvoll sind. Wie hat sich der Arzt zu verhalten, der aus der Erfahrung weiß, dass die Krankheit ihren Lauf genommen hat und keine Aussicht auf Heilung mehr besteht? Soll er wirklich alle Hoffnungen nehmen, wissend, dass gerade die Aussicht auf eine Zukunft ungeahnte Kräfte mobilisieren kann? Es gibt Momente, in denen Hoffnungen zerschlagen werden müssen, und andere, in denen die Hoffnung nicht genommen werden darf. Mit Hilfe der Klugheit wird die Wahrfähigkeit richtig zu dosieren sein. Ein und dieselbe Tatsache kann ja unterschiedlich dargestellt werden. So muss es auch sein. Im Verlauf einer Krankheit muss der Arzt dem Patienten nach und nach erklären, wie sich diese entwickeln wird. Aber auch dieser Bereich ist nur schwer erfassbar, weil jeder Arzt weiß, dass es immer wieder verblüffende Wendungen und Krankheitsverläufe gibt.

Nicht selten sieht sich der Arzt vor die Entscheidung gestellt, eine *Reibung der Patienten* vorzunehmen, weil gleichzeitig mehrere Personen seine Hilfe in Anspruch nehmen wollen, und niemand gerne wartet. Der kluge Arzt wird versuchen, sich kurz ein Bild der Situation zu verschaffen. Wer war zuerst da, aber wer braucht ihn am dringenden? Möglicherweise kann man bei der chronologischen Reihenfolge bleiben, möglicherweise aber auch nicht. Ein Patient, der sich in einer akuten Notsituation befindet, könnte Schaden erleiden, wenn er länger auf Hilfe warten muss. Er hat natürlich Anspruch auf vorrangige Behandlung und Betreuung. Sein Recht verwandelt sich in einen Imperativ. Der kluge Arzt ist sogar verpflichtet, ihn vorzunehmen. Ist der Grund für die Vorreihung ein gewichtiger, so ist dies auch den

anderen Patienten, die vielleicht dadurch länger warten müssen, einsichtig. Kommt es aber regelmäßig zu undurchsichtigen Vorreihungen innerhalb der Warteschlange, dann wird sich der Arzt schwer tun, den aufkommenden Unmut der Patienten mit einsichtigen Begründungen abzuwehren. Es ist eine Frage des Starkmutes des betreffenden Arztes, eine „gerechte“ Reihenfolge einzuhalten. Das bedeutet, dass die Klugheit in dieser Angelegenheit sowohl der Gerechtigkeit, wie auch der Stärke den richtigen Weg weist.

### Klugheit und Maßhalten

Der wissenschaftliche Fortschritt bringt ständig neue Erkenntnisse. In der medizinischen Praxis herrscht eine zunehmend rasche Flut neuer Diagnoseverfahren und Therapiemöglichkeiten. Auch die Krankheitsbilder, die die Medizin zu bekämpfen hat, sind einem beträchtlichen Wandel unterworfen. Lifestyle und Wohlstandsgesellschaft sind zu wichtigen Gesundheits- bzw. Krankheitsfaktoren geworden. Eine gute Portion Klugheit im Maßhalten wird dem Arzt abverlangt, wenn es darum geht, neue Therapieformen, und speziell neue Arzneimittel zum Einsatz zu bringen. Die Bewerbung bestimmter Medikamente hängt von starken finanziellen Interessen ab, wodurch der Arzt nicht selten einem manipulativen Druck ausgesetzt wird. Bestimmte „Moden“ in der Medizin werden kreiert, Studiendaten verbreitet, Statistiken vorgelegt und Behandlungsmodelle suggeriert, von deren Sinnhaftigkeit sich zu überzeugen, dem einzelnen Arzt beinahe unmöglich wird. Hier muss er das rechte Maß einhalten lernen, fortschrittlich sein, ohne sich dem „Modediktat“, blind zu unterwerfen.

Waren es bis im vergangenen Jahrhundert die Infektionskrankheiten, so beschäftigt die Medizin in den industrialisierten Ländern heute vornehmlich sogenannte Zivilisationskrankheiten, die mit dem Lifestyle des modernen Menschen

zusammenhängen: Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselstörungen, Übergewicht, Alkohol- und Nikotinabusus und ihre Spätfolgen, um nur einige zu nennen. Darüber hinaus scheint Geld im Gesundheitswesen keine Rolle zu spielen. Daraus resultiert häufig eine Anspruchshaltung des Patienten einerseits und andererseits eine mangelnde Bereitschaft zur Änderung der Lebensgewohnheiten. Nur der kluge Arzt wird abschätzen können, wie er seine erzieherische Aufgabe wahrnehmen kann, das Vertrauen des Patienten gewinnt, ihn zu Prävention und zu vernunftgemäßem Verhalten motiviert und gleichzeitig seinem Auftrag, Leiden zu lindern und zu heilen, wenn es möglich ist, nachkommen kann.

### Schlussbemerkungen

Die Tugend der Klugheit ist für den Arzt unentbehrlich. Tagtäglich werden ihm in seiner beruflichen Tätigkeit Situationen begegnen, in denen komplexe Zusammenhänge eine einfache Erfassung erschweren, und dennoch richtige Entscheidungen erwartet werden. Der ärztliche Alltag fordert die Entscheidungsfreudigkeit heraus. Immerfort entstehen Situationen, in denen die Verhältnismäßigkeit überprüft und in Abstimmung mit ihr agiert werden muss. Die Tatsache, dass die ärztliche Tätigkeit

einen Eingriff in die Intimsphäre des Menschen darstellt, verlangt ihm eine besondere Verantwortung ab.

Die erste und vorrangigste der Kardinaltugenden, die Klugheit, leistet den wichtigsten Beitrag zum situationsgerechten und letztendlich gelungenen Handeln. Durch ihren Einfluss finden alle anderen Tugenden, die Gerechtigkeit, die Stärke und das Maßhalten können die rechte Mitte.

#### Anmerkung:

Der Begriff „der Arzt“ steht für die geschlechtsneutrale Berufsbezeichnung bzw. für Personen beiderlei Geschlechts in Ausübung des Arztberufes.

#### Weiterführende Literatur:

- AQUIN, Thomas von, S.T. II-II q 47-51  
 ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*, Reclam, Stuttgart (1969)  
 RHONHEIMER, Martin, *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001)  
 GONZALEZ, Ana Marta, *Prinzipien und Tugenden der Bioethik*, Imago Hominis (2000) VII/1, S.17ff. Anselm Winfried MÜLLER, *Was taugt die Tugend? Elemente einer Ethik des guten Lebens.*, Kohlhammer (1998)  
 PIEPER, Josef, *Das Viergespann*, Kösel Verlag, München (1991), 6. Auflage  
 PRAT, Enrique H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, Imago Hominis (1999) VI/1, S.11ff.  
 SCHWEIDLER, Walter, *Zur Aktualität des Begriffs der Tugend*, Imago Hominis (2000) VII/1, S.35ff.



# Die Tugend der Gerechtigkeit

Rupert KLÖTZL

## ZUSAMMENFASSUNG

*Zur Umsetzung der Tugend der Gerechtigkeit in der ärztlichen Praxis ist eine Analyse ihrer Grundgestalten unumgänglich. Dabei zeigen sich zwei Aspekte: Gerechtigkeit dem Einzelnen und dem Gemeinwesen gegenüber. Diese Bereiche werden näher beschrieben. Gerecht kann es in einem Gesundheitswesen nur dann zugehen, wenn der Einzelne das bekommt, was ihm in vielerlei Hinsicht zusteht. Andererseits müssen die vorhandenen Ressourcen innerhalb des Gemeinwesens gerecht verteilt werden. Die Lösung der dabei auftretenden Fragen und Probleme erfordert ein immer neues Ringen der Entscheidungsträger in der je einzelnen Entscheidungssituation. Allgemeingültige Kriterien lassen sich dabei nur begrenzt aufstellen. Durch das individuelle Gerechtigkeitsstreben kann der Quantensprung von persönlich unbeteiligter Befolgung von Prinzipien hin zur Menschlichkeit bewältigt werden. Das äußere Tun ist dann Ausdruck einer inneren Bejahung. Es ist die Verwirklichung des in der konkreten Situation Bestmöglichen und damit des Guten.*

**Schlüsselwörter:** Tugendethik, Gerechtigkeit und ihre Grundgestalten, Gesundheitswesen, Zuteilung der Güter (med. Ressourcen)

## ABSTRACT

*The transposition of the virtue of justice in medicinal matters makes an analysis of its basic forms absolutely necessary. Two aspects must be taken into account: justice for the individual and justice for society. Justice in a health system can only be realized if the individual receives everything he is in all cases entitled to. On the other hand all the resources in a given society must be distributed in a just manner. The solution to the many question and problems which thereby arise require ever renewed struggling on the part of the decision maker in each individual situation. General criteria for this purpose can only be marginal. The quantum jump from the personal disassociated following of principles to humaneness can only be brought about by an individual personal striving towards justice. Then the external action becomes an expression of the interior affirmation. It is the realization of the best possible in a concrete situation and therefore good.*

**Keywords:** Virtues ethics, justice and its basic forms, health organizations, distribution of medical resources

*Anschrift des Autors:* Mag.theol.Dr.med. Rupert KLÖTZL, Premreinergasse 26/4, A - 1130 Wien

## I. Allgemeine Grundlagen

Gerechtigkeit ist die Haltung, kraft derer einer standhaften und beständigen Willens einem jeden sein Recht zuerkennt.<sup>1</sup> „Jedem das Seine“ ist die klassische Definition. Das Recht ist also Gegenstand der Gerechtigkeit und liegt dieser voraus. Gerechtigkeit ist diejenige Tugend, bei der es um das Verhältnis zu den anderen geht. Als Tugend ist es jene willentliche Haltung, die jedem das Seine, das ihm unabdingbar Zustehende, geben lässt, eine Kardinaltugend des Willens. Wo es auf Seiten des Partners nichts ihm Zustehendes gibt, besteht auch keine Gerechtigkeitspflicht.

Der letzte Grund, warum jemand etwas zusteht, liegt darin, dass er als geistiges Wesen erschaffen ist. „Das Zustehen meint so etwas wie Zugehören und Gehören. Ein nichtgeistiges Wesen aber kann nicht eigentlich etwas ihm Gehöriges haben.“<sup>2</sup>

Die Unabdingbarkeit, jedem zu geben, was ihm zusteht gehört so sehr zum *Richtigsein* des Menschen, „dass, wer das Zustehende nicht gibt, wer es vorenthält oder raubt, sich selbst verwundet und entstellt; er ist es, der etwas verliert, der sogar im äußersten Fall sich selbst zerstört. Es geschieht ihm jedenfalls etwas unvergleichlich Schlimmeres als dem, der Unrecht erleidet: so unverletzlich ist das Recht, so sehr behauptet sich die Unabdingbarkeit des Zustehens.“<sup>3</sup>

Wir müssen uns also fragen, worauf der Patient ein Recht hat, das sich letztlich aus der Natur seiner Geschaffenheit ableitet.

„Weil der Mensch Person ist, das heißt, ein geistiges, in sich ganzes, für sich und auf sich hin und um seiner eigenen Vollkommenheit willen existierendes Wesen – darum hat er unabdingbar ein *suum*, ein ‚Recht‘, gegen jedermann vertretbar, jeden Partner verpflichtend, mindestens zur Nichtverletzung.“<sup>4</sup> Bestreitet man die menschliche Natur als Grundlage dafür, dass dem Menschen etwas unabdingbar zusteht, würde man eine totalitäre Machtpaxis rechtfertigen. Jeder könnte dann mit dem Men-

schen machen, was ihm gut erscheint, ohne dass es zurückgewiesen werden könnte.

Der Akt der Gerechtigkeit hat noch eine weitere essentielle Voraussetzung. Aufgrund der Klugheit muss die Wahrheit der wirklichen Dinge erkannt werden und in eine Entscheidung umgesetzt werden. Sonst kommt es dadurch zur Ungerechtigkeit, dass der Mensch das Wahrheitsverhältnis verloren hat. Dann wird die Frage, ob jemandem etwas zusteht oder nicht, gar nicht mehr gestellt. „Darin aber tritt etwas viel radikaler Unmenschliches zutage als in der formellen Ungerechtigkeit. Menschliches Tun nämlich ist dadurch menschlich, dass in ihm das Sehen von Wirklichkeit »maßgebend« wird.“<sup>5</sup>

Bei der Verwirklichung der Gerechtigkeit ist eine Trennung von Tat und Gesinnung möglich. Man kann etwas Gesetzensprechendes auch ohne die Haltung der Gerechtigkeit tun. Umgekehrt kann man aufgrund eines Missverständnisses etwas objektiv Ungerechtes tun, ohne damit selbst ungerecht zu sein. Zum *Richtigsein* als Mensch gehört es – und erst dann kann man von Tugend sprechen – das Gerechte nicht nur zu tun, sondern auch gerecht zu *sein*, das heißt, das Gerechte „nämlich mit Freude und ohne Zögern“ (ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*) zu tun. „Wo im vollen Sinn Gerechtigkeit geschieht, da ist das äußere Tun Ausdruck einer inneren Bejahung; der Andere wird anerkannt und bestätigt in dem, was ihm zusteht. Freilich, dieses Zustehende kann nicht aus der subjektiven inneren Haltung des Verpflichteten bestimmt werden, und sei sie noch so sehr auf Gerechtigkeit bedacht. Zur Verwirklichung der Gerechtigkeit genügt die Gesinnung nicht; vonnöten ist das handgreifliche ‚äußere‘ Tun. Und auch was zu tun ist, das Zustehende und Geschuldete, kann und muss ‚objektiv‘ ermittelt werden.“<sup>6</sup>

Durch die Klugheit und Gerechtigkeit wird der Mensch unmittelbar auf das Gute hingeeordnet. Zucht und Maß schaffen Voraussetzungen für das Tun des Guten und dessen Erhal-



tung. Gerechtigkeit bedeutet das Erfüllen der eigenen Aufgabe. Umgekehrt ist die Ungerechtigkeit die schlimmste Verderbnis für den Menschen.

„Mit Beständigkeit erstrebt der Wille zunächst nur das eigene Gute wie Selbsterhaltung oder Anerkennung und Hilfe durch andere. Damit der Wille jedoch auch das Gute für den anderen mit derselben Beständigkeit – gleichsam eben auch naturhaft erstrebt, bedarf er einer zusätzlichen Vervollkommenung: der Tugend der Gerechtigkeit... Wahre Gerechtigkeit ist letztlich die fundamentalste Art von Wohlwollen.“<sup>7</sup>

### A. Die Grundgestalten der Gerechtigkeit

Der Mensch – von Natur aus ein soziales Wesen – muss seine Beziehungen einerseits dem Gemeinwesen, andererseits dem Einzelnen gegenüber so gestalten, dass er das ihnen Zustehende gibt. Dementsprechend kann man Gemeinwohlgerechtigkeit und Einzelgerechtigkeit unterscheiden. Es liegt in der Natur dieser zweifachen Beziehung, dass die Menschen einander unaufhörlich etwas schuldig werden und einander diese Schuldigkeit leisten, um das gestörte Gleichgewicht immer wieder neu herzustellen.

#### 1. Die ausgleichende Gerechtigkeit (*Tauschgerechtigkeit – Iustitia commutativa*)

Sie ordnet das Verhältnis des Einzelnen zum Einzelnen, der auch jeweils der Träger der Gerechtigkeit dem anderen gegenüber ist. Es ist die klassische Gestalt der Gerechtigkeit, wo jeder der Partner unabhängig dem anderen gegenübersteht. Es geht dabei darum, dem Anderen das ihm Zustehende zu geben, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Dabei muss man dem Anderen nichts schenken und ihn auch nicht besonders mögen. Man muss ihm nur das ihm Geschuldete geben. Die Schenkung ist kein Akt der Gerechtigkeit. Die Rechte und Ansprüche der Tauschgerechtigkeit beruhen

hauptsächlich auf Verträgen, weshalb sie auch Vertragsgerechtigkeit genannt wird.

#### 2. Die zuteilende, austeilende Gerechtigkeit (*Iustitia distributiva*)

Sie ordnet die Beziehung des sozialen Ganzen zu dem Einzelnen, um ihm das Zustehende aus dem Gemeinwohl zu geben. Zuständig ist der Verwalter des Gemeinwohls, nicht das Kollektiv. Es steht dem Einzelnen der auf ihn fallende Anteil dessen zu, was allen gehört. Gerechtigkeit besteht im Zuteilen; der Staat ist der Repräsentant des sozialen Ganzen. Die Erfüllung kann nicht erzwungen werden; nur die eigene Gerechtigkeit kann den faktisch Mächtigen daran hindern, Unrecht zu tun.

Der Verwalter des bonum commune muss auf die Person und ihre dignitas achten.

#### 3. Die gesetzliche, allgemeine Gerechtigkeit (*Iustitia legalis, iustitia generalis*)

Sie ordnet das Wohl des Gemeinwesens, insofern es durch die Rechtsordnung bedingt ist. Der Gesetzgeber wird dadurch zur Schaffung der für das Gemeinwohl notwendigen Gesetze verpflichtet, die einzelnen Glieder der Gesellschaft zu deren Befolgung,

Es ist das Gute zu tun im Verhältnis zur Gemeinschaft. Gerechtigkeit ist daher mehr als Legalismus, bloße Befolgung der Gesetze. „Selbst unabhängig vom positiven Recht, und ihm übergeordnet, hat der Mensch die strenge Pflicht, seinen Beitrag in den Gemeinschaften zu leisten, die ihm wesentlich helfen, seine Existenz- und Selbstverwirklichung zu sichern, oder ihm bei der Erfüllung von Verpflichtungen beizustehen.“<sup>8</sup>

#### 4. Die soziale Gerechtigkeit

Soziale Gerechtigkeit hat zur Voraussetzung, dass der Wohlstand unter den unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen, aber auch unter

den Völkern, entsprechend ihrem Beitrag zum Gemeinwohl verteilt wird, um das Recht aller auf ein menschenwürdiges Leben zu sichern.

### *B. Die Eigenschaften der Gerechtigkeit*

Die Forderungen der Gerechtigkeit sind grundlegend und wesentlich für die Existenz und Entfaltung des Einzelnen, wie auch des Gemeinwesens. Daraus ergeben sich die folgenden Eigenschaften.<sup>9</sup>

- Die Forderungen der Gerechtigkeit sind
- im Prinzip durchsetzbar und
- in der Regel von eindeutiger und definierbarer Natur.
- Verletzte Ansprüche der Gerechtigkeit verlangen Wiedergutmachung, oder, wenn dies unmöglich ist, wenigstens eine Vergütung.

## **II. Gerechtigkeit in der medizinischen Praxis**

Aus der willentlichen Haltung des Arztes in den maßgeblichen Entscheidungssituationen dem Patienten dieses sein Recht auch zu geben, ergibt sich die konkrete Verwirklichung der Gerechtigkeit. Tugendhaft und damit über den Legalismus hinausgehend wird das Handeln durch den Bezug zur Grundeinstellung des Arztes, der dann nicht bloß handelt, um nicht angeklagt werden zu können, sich abzusichern und bloß dem Gesetz genüge zu tun. Er handelt vielmehr darüber hinaus aus der Grundeinstellung, das wahrhaft Gute für den Anderen zu wollen, das heißt das, was am ehesten zur Erfüllung von Sinn und Existenz des Anderen führt. Damit kommt auch er selbst als Person mit seinem Leben in Beziehung zum Patienten. Diese Erweiterung des Entscheidungshorizontes ermöglicht es erst, in der Reflexion auf die konkrete Situation das Wahrhaft Gute zu finden. Durch Einübung wird er dies mit Freude und ohne Zögern tun. Auf diese Weise handelt er tugendhaft und wird zugleich noch mehr tugendhaft, das heißt fähig zur rech-

ten Balance zwischen Neigung und Vernunft. Diese Grundhaltung ermöglicht eine menschliche Nähe und Empathie, die eine individuelle Entscheidung des hier und jetzt zu tuenden Guten ermöglicht, wie sie durch Befolgung abstrakter Prinzipien und Gesetze niemals erreichbar ist.

In der Praxis überlagern sich die verschiedenen Formen der Gerechtigkeit. Im Rahmen der Arzt-Patient Beziehung kommt einerseits die Austauschgerechtigkeit zum Tragen, andererseits wirken auch Aspekte der allgemeinen, der zuteilenden und der sozialen Gerechtigkeit. Ich möchte daher etwas vereinfachend die praktische Umsetzung der Gerechtigkeit im Hinblick auf die beiden wesentlichen Grundaspekte betrachten, nämlich den individuellen und den gemeinschaftlichen Aspekt. Zu letzterem gehören auch gesundheitspolitische Fragen.

### *A. Der individuelle Aspekt*

Entsprechend der ausgleichenden und allgemeinen Gerechtigkeit kommt hier zum Tragen, worauf der Patient grundsätzlich ein Recht hat. In Österreich wurde 1999 eine Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta 10) beschlossen. Darin sind neben der grundsätzlichen Achtung der Menschenwürde und dem Verbot von Diskriminierung aufgrund von Krankheit die Patientenrechte in jeweils mehreren Artikeln geregelt.

- Recht auf Behandlung und Pflege
- Recht auf Achtung der Würde und Integrität
- Recht auf Selbstbestimmung und Information
- Recht auf Dokumentation
- Die Vertretung von Patienteninteressen
- Die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen

Im Rahmen des Rechts auf personale Würde und Integrität ist sicher ganz zentral das Lebensrecht der Ungeborenen und der Schwerstkranken zu nennen. Abtreibung und Euthanasie sind Unrecht und damit schwere Verstöße gegen die Gerechtigkeit.

Auch § 17a des Krankenanstaltengesetzes regelt die Sicherung der Patientenrechte (siehe Anhang).

Es ist leicht zu erkennen, dass viele dieser Rechte nicht legalistisch erfüllt werden können, sondern des persönlichen Einsatzes des Arztes, der Pflegenden, aber auch des Spitalsträgers erfordern. Fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege, Wahrung der Privatsphäre, umfassende Information, Freundlichkeit, um einige Beispiele herauszugreifen, erfordern eben eine individuelle Erfassung der Situation, die es möglichst adäquat in eine Entscheidung für eine möglichst entsprechende Therapie, in ein gutes Wort, oft auch in eine Unterlassung unnötiger Belastungen umzusetzen gilt. Dies erfordert den Willen, das möglichst gut zu tun, damit die Erfassung der je gegebenen Wirklichkeit maßgebend werden kann. So kann man der Situation gerecht werden. Es ist der Weg der Tugend.

Sicher gibt es auch Rechte, denen formal leicht entsprochen werden kann, ohne dass dies besondere Tugendhaftigkeit erforderte, wie etwa die Ausstellung eines Patientenbriefes, oder die Möglichkeit, Anregungen und Beschwerden einzubringen.

Zur Gerechtigkeit gehört auch die Fortbildung, um auf dem letzten Wissensstand zu sein, das Bemühen, möglichst umfassend nach Therapien zu suchen, d.h. nicht vorschnell zu sagen, hier könne man nichts mehr machen.

Auch das Bemühen in Anerkennung der eigenen Grenzen, den jeweils besten Spezialisten zur weiteren Behandlung zu kennen und zu ihm weiterzuverweisen, wäre hier zu nennen.

Im Rahmen der Aufklärungspflicht muss man sich überzeugen, ob der Patient die Aufklärung auch wirklich verstanden hat. Dabei ist jeweils nach Auffassungsvermögen individuell vorzugehen. Aufgrund des Zeitdruckes ist ja die Versuchung groß, nur möglichst schnell die Unterschrift unter die Einverständniserklärung zu bekommen.

Zur Gerechtigkeit gehört schließlich auch die ärztliche Verschwiegenheit, die individuell

unterschiedliche Zuwendung zum Patienten je nach Charakter, ihn nicht zu beargwöhnen, oder gar, ihm übel nachzureden.

Dazu gehört auch, unangenehme oder unsympathische Patienten gleich gut und gleich engagiert zu behandeln, wie angenehme und sympathische Patienten. Gerade unangenehme Patienten sind ein guter Gradmesser, wie (wenig) weit man selbst auf dem Weg der Tugend schon fortgeschritten ist. Der Arzt muss auch ein Gespür entwickeln, wo jemandem etwas abgeht. Er soll die Nöte des Anderen spüren und Hemmungen des Patienten abbauen helfen.

Ein besonders sensibler Punkt ist sicherlich die Frage der Wahrheit am Krankenbett. Sie zu sagen ist der Arzt verpflichtet, aber er muss es so tun, dass der Patient von ihr nicht erdrückt wird, d.h. sie verkraften kann. Ohne Tugend wird es das dazu nötige Feingefühl nicht geben.

## *B. Der gemeinschaftliche Aspekt*

Im Rahmen der austeilenden Gerechtigkeit sind die Finanzen proportional und gerecht unter den verschiedenen Schichten der Bevölkerung und Regionen eines Landes zu verteilen. Je größer dabei der Rahmen der Betrachtung wird, desto schwieriger sind die Entscheidungen. Haben wir das Recht auf millionenteure Therapien in hochzivilisierten Ländern, die das Leben um einige Wochen verlängern, während andererseits in Entwicklungsländern Menschen verhungern?

Innerhalb welcher Dimensionen ist hier zu entscheiden oder zu vergleichen?

In letzter Zeit ist zunehmend häufig das Schlagwort der „Zweiklassenmedizin, die unserem Gesundheitssystem drohe,“ zu hören.

Reiche würden in Zukunft einen besseren Behandlungsstandard bekommen. Bestimmte teure Therapien würden von der Sozialversicherung nicht mehr für alle bezahlt werden können. Eine solche Entwicklung könnte in der Tat nicht gutgeheißen werden.

Ansichts der hohen Kosten im Gesundheitsbereich und der Notwendigkeit nachhaltig

und effektiv zu sparen, kommt der gerechten Verteilung der vorhandenen Ressourcen besondere Bedeutung zu. Die Verantwortung trägt einerseits der Gesetzgeber im Rahmen der Sozialpolitik, andererseits auch die behandelnden Ärzte. Sie müssen sich der Verpflichtung bewusst sein, in ihre Entscheidungen auch die Verantwortung in finanziellen Fragen gegenüber der Allgemeinheit miteinzubeziehen.

Angesichts der Grenzen der Finanzierbarkeit neuer und immer teurerer Therapien ist längst eine Diskussion über die Verteilungsgerechtigkeit in Gang gekommen. Man spricht über Rationierung in der Medizin, wie diese definiert werden und nach welchen ethischen Prinzipien regulative Maßnahmen umgesetzt werden könnten.<sup>11</sup>

E. MACK plädiert in diesem Zusammenhang dafür, die Knappheitsprobleme mit Hilfe gerechtigkeitstheoretischer Ansätze zu bewältigen. Tugendethische Ansätze oder eine individuelle Medizinethik würden dabei versagen, „weil strukturelle Defizite struktureller Lösungen bedürfen und nicht durch gewissenhafte Handlungen einzelner kompensiert werden können.“<sup>12</sup> Hier ist jedoch anzumerken, dass ja auch „strukturelle Lösungen“ jeweils im Einzelfall umgesetzt werden müssen. Allgemeine Prinzipien können das Bemühen des entscheidenden Arztes nicht ersetzen. MACK fordert zurecht, dass die Verteilung von Grundgütern nie rein ressourcenorientiert, sondern personenorientiert stattfinden muss. Genau dort liegt die Notwendigkeit der Gerechtigkeit als Tugend des Entscheidungsträgers, um dem Patienten das für ihn und seine individuelle Prognose angemessene Gute zukommen zu lassen. Eine Gerechtigkeit als Prinzip, die an alle äußerlich gleiche Leistungen verteilt, kann nicht genügen.

Entscheidend ist, dass man die knappen Ressourcen wirklich gezielt einsetzt, etwa im Sinne des Konzeptes der Sinnorientierten Medizin (S.O.M.)<sup>13</sup>. Das Einsparungspotential, das in einem grundlegenden Umdenken im medizinischen Bereich liegt, dürfte weit höher sein, als

organisatorische Maßnahmen im System oder Forcierung der Verschreibung von Generika, so wichtig diese Maßnahmen auch sicherlich sind.

„Der primäre Nutzen des vorgelegten Konzepts einer Sinnorientierten Medizin besteht darin, die vorhandenen wissenschaftlichen Daten (Evidence Based Medicine) für den praktisch tätigen Arzt so transparent zu machen, dass sinnlose Therapiemaßnahmen verhindert und die vorhandenen therapeutischen und ökonomischen Möglichkeiten für den Patienten optimal einsetzbar werden.“<sup>14</sup>

Dazu kommt das Einsparungspotential im Rahmen von Routineabläufen.

Müssen wirklich nach einer Transferierung ein Großteil der Laborbefunde wiederholt werden? Sind die angeordneten Untersuchungen (Labor, Röntgen, CT, Nuklearmedizin,...) nicht oft sehr wenig zielführend? Aus Zeitmangel wird rasch zugewiesen, obwohl eine eingehende klinische Untersuchung und Anamnese vieles ausschließen können und eine viel schlankere, gezieltere und daher auch billigere Diagnostik ermöglicht hätte. Genau für dieses Vorgehen bedarf es unbedingt gewissenhafter Bemühungen, denn es ist mühsamer, zunächst auch zeitaufwendiger, so vorzugehen. Der Arzt trägt auch ein höheres persönliches Risiko, weil er nicht „Absicherungsmedizin“ betreibt, um alle möglichen Eventualitäten durch Befunde auszuschließen. Hier wäre auch gesundheitspolitisch umzudenken. Es gehört auch zur Gerechtigkeit, diesen Zeitaufwand entsprechend zu honorieren, andererseits im Hinblick auf das erhöhte Risiko für Rechtssicherheit zu sorgen, soweit dies überhaupt möglich ist.

Da ein Restrisiko nie ganz auszuschließen ist, wäre dazu auch die entsprechende Information des Patienten wichtig, um das richtige Maß der Klagebereitschaft zu gewährleisten. Kunstfehler müssen und sollen geklagt werden. Wo sich aber eine überzogene Klagebereitschaft, wie sie häufig im amerikanischen Raum zu beobachten ist, durchsetzt, hat dies negative Auswirkungen auf den Umgang der Ärzte mit den vorhandenen Ressourcen.

Es gibt auch außergewöhnliche Situationen, die besondere Schwierigkeiten hinsichtlich einer gerechten Lösung bereiten. Wer ist zu behandeln, wenn drei Intensivbetten verfügbar sind und vier Patienten therapiebedürftig wären und kein Patient wegverlegt werden kann? Oder die Triage bei größeren Unfällen: welcher Patient wird zuerst und in welchem Ausmaß behandelt? Die Entscheidung ist im Einzelfall so komplex (Berücksichtigung der Prognose, der Grundkrankheit, des Alters u.v.m.), dass auch sie den Willen voraussetzt, möglichst gut und situationsgerecht, das heißt aber eben tugendhaft zu handeln und zu entscheiden.

### III. Abschließende Bemerkungen

Einem jeden Menschen zu geben, was ihm zusteht, ist eine unabdingbare Voraussetzung eines menschenwürdigen Lebens. „Aufgrund von Gerechtigkeit werden Männer gut“, sagt CICERO. Umso mehr ist die Gerechtigkeit Grundsäule des ärztlichen Ethos, Voraussetzung eines guten Arztes. Der Arzt muss die Tugend der Gerechtigkeit im Rahmen der Arzt - Patient Beziehung in allen ihren Dimensionen leben. Andererseits ist er dem Gemeinwohl verpflichtet, insofern er an der gerechten und sozialen Verteilung der vorhandenen Ressourcen zentral beteiligt ist.

Es ist auch klar geworden, dass allein durch äußerliche Befolgung der Gesetze nicht schon gerecht gehandelt werden kann.

„Durch Gebote der Gerechtigkeit den Frieden und die Eintracht unter den Menschen wahren zu wollen ist unzulänglich, wenn nicht unter ihnen die Liebe Wurzel schlägt.

Insofern die Pflichten der Gerechtigkeit die Mindestanforderungen der Liebe darstellen, sind sie immer schwerwiegender und dringlicher als die Pflichten, die lediglich von der Liebe auferlegt werden. Die Moral muss daher fordern, dass die Verpflichtungen der Gerechtigkeit vor allen Werken der Caritas erfüllt werden müssen.“<sup>15</sup> Dennoch dürfen die Ziele

der Liebe niemals aus den Augen verloren werden.

„Der Gerechte tut gegenüber dem Mitmenschen nicht nur seine Pflicht, sondern er liebt seinen Mitmenschen wie sich selbst und das für den anderen Gute wie das für ihn selbst Gute. Wahre Gerechtigkeit ist letztlich die fundamentalste Art von Wohlwollen.“<sup>16</sup>

Dies gilt nicht nur allgemein, sondern ganz besonders für den Arzt.

### Anhang:

#### § 17a Krankenanstaltengesetz: Sicherung der Patientenrechte

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots vorzusorgen, dass die Rechte der Patienten in der Krankenanstalt beachtet werden und dass den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Dies betrifft insbesondere folgende Patientenrechte:

- a) Recht auf rücksichtsvolle Behandlung;
- b) Recht auf ausreichende Wahrung der Privatsphäre, auch in Mehrbetträumen;
- c) Recht auf Vertraulichkeit;
- d) Recht auf fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege;
- e) Recht auf Aufklärung und umfassende Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken;
- f) Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung;
- g) Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie;
- h) Recht des Patienten oder einer Vertrauensperson auf medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art;
- i) Recht auf ausreichende Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt;

- j) Recht auf Kontakt mit Vertrauenspersonen auch außerhalb der Besuchszeiten im Fall nachhaltiger Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten;
- k) Recht der zur stationären Versorgung aufgenommenen Kinder auf eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer;
- l) Recht auf religiöse Betreuung und psychische Unterstützung;
- m) Recht auf vorzeitige Entlassung;
- n) Recht auf Ausstellung eines Patientenbriefes;
- o) Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden;
- p) Recht auf Sterbebegleitung;
- q) Recht auf würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen.

(3) Die Organisations- und Behandlungsabläufe in der Krankenanstalt sind nach den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

(4) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat dafür zu sorgen, dass die Patienten über ihre Rechte und deren Durchsetzung in der Krankenanstalt schriftlich informiert werden.

(5) In jeder Krankenanstalt ist den Patienten eine Person oder Stelle bekanntzugeben, die ihnen für Informationen, Anregungen oder Beschwerden zur Verfügung steht.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Patienten über die Wiener Patientenanzwältenschaft zu informieren.

#### Referenzen:

1. AQUIN, Thomas von, S. Th. II-II qu.58, art. 1
2. PIEPER Josef, *Das Viergespann, Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Maß*, München (1964), Kösel Verlag, S.72

3. PIEPER Josef, a. a. O., 73; vgl. dazu auch die Konzilserklärung *Gaudium et Spes* Nr. 27: „Was ferner zum Leben selbst im Gegensatz steht, wie jede Art Mord, Völkermord, Abtreibung, Euthanasie und auch der freiwillige Selbstmord, was immer die Unantastbarkeit der menschlichen Person verletzt, wie Verstümmelung, körperliche oder seelische Folter und der Versuch, psychischen Zwang auszuüben; was immer die menschliche Würde angreift, wie unmenschliche Lebensbedingungen, willkürliche Verhaftung, Verschleppung, Sklaverei, Prostitution, Mädchenhandel und Handel mit Jugendlichen, sodann auch unwürdige Arbeitsbedingungen, bei denen der Arbeiter als bloßes Erwerbsmittel und nicht als freie und verantwortliche Person behandelt wird: all diese und andere ähnliche Taten sind an sich schon eine Schande; sie sind eine Zersetzung der menschlichen Kultur, entwürdigen weit mehr jene, die das Unrecht tun, als jene, die es erleiden.“
4. PIEPER Josef, a. a. O., S.76
5. PIEPER Josef, a. a. O., S.80
6. PIEPER Josef, a. a. O., S.94
7. RHONHEIMER Martin, *Die sittlichen Tugenden. Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension*, Imago Hominis (2000), Band VII/Nr.2, S.108-109
8. PESCHKE Karl-Heinz, *Christliche Ethik*, Trier (1995), S.256
9. vgl. PESCHKE Karl-Heinz, a.a.O., S.253
10. Bundesgesetzblatt I Nr. 195/1999
11. vgl. KRAUS M. R., WILMS K., *Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin*. In: GROß Dominik (Hrsg.), *Zwischen Theorie und Praxis. Traditionelle und aktuelle Fragen zur Ethik in der Medizin*, Würzburg (2000); MACK E., *Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialethisches Problem*, Ethik in der Medizin (2001), Heft 13, S.17-32
12. MACK E., a.a.O., S.29
13. BONELLI Johannes, PRAT Enrique H., *Sinnorientierte Medizin, Paradigmenwechsel in der Medizin: von der Machbarkeit zur Sinnhaftigkeit. Medizin für den Einzelfall*, Imago Hominis (1999), Band VI/Nr. 3, S.187-207
14. BONELLI Johannes, PRAT Enrique H., a. a. O., 203
15. PESCHKE Karl-Heinz, *Christliche Ethik*, Trier (1995), S.259
16. RHONHEIMER Martin, *Die sittlichen Tugenden. Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension*, Imago Hominis (2000), Band VII/Nr.2, S.111

## Tapferkeit als ärztliche Tugend

Oswald JAHN

### ZUSAMMENFASSUNG

*Im ärztlichen Beruf bedeutet Tapferkeit sowohl aktives Einschreiten („aggredi“) bei notwendigen, auch mit Risiko verbundenen therapeutischen Eingriffen, als auch Wartenkönnen („resistere“) bei unnötigen oder falschen Maßnahmen. Immer ist der Schutz der persönlichen Integrität des Patienten – vom Einzeller bis zum Toten – die Richtlinie für den Arzt, der auch seine eigene Gesundheit in die Waagschale wirft, allerdings unter Einhaltung der notwendigen Vorsichtsmaßnahmen. Die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft kann ebenfalls bei Begehren der Patienten oder Angehörigen zu Konfliktsituationen führen, wo die Tapferkeit notwendig wird.*

**Schlüsselwörter:** Fortitudo, Starkmut, Arztberuf, Heroismus, Risikobewusstsein, Wartenkönnen, Verantwortung, Arzt-Patient-Verhältnis

### ABSTRACT

*Working as a medical doctor needs both: „aggredi“ – activity, starting a necessary intervention even when a risk can not be excluded, „resistere“ – passivity, when an intervention is unnecessary, false or can be delayed. The main goal of every action is the integrity of the personality of his patient, from the conception to the dead patient. Also the possible risk of his own health can be demanded, with proper precaution measurements. His responsibility against the society can cause problems, where bravery is necessary.*

**Keywords:** fortitudo, bravery, medical profession, heroism, risk-awareness, perseverance, responsibility, physician-patient-relation

*Anschrift des Autors:* Univ.Prof.Dr. Oswald JAHN, Laudongasse 20, A - 1080 Wien

## Einleitung

Die dritte der Kardinaltugenden wird laut Brockhaus als „Ausharren und Ertragen misslicher, schwieriger, Situationen, wie Schmerz, Leid, Schmähung, etc.“ definiert. Erinnert man sich an Geschichten, die man als Kind gelesen hat, wie Ritter- oder Heldensagen, oder auch Märchen – z.B. „das tapfere Schneiderlein“, so steht hier im Vordergrund der Angriff, die Aktion, die Tätigkeit. Die lateinischen Begriffe sind für beide Aktionen „aggredi“ resp. „resistere“. Ausharren und Angreifen – in Angriff nehmen – sind die beiden Stoßrichtungen der Tapferkeit, Mut wird durch Klugheit vervollkommen. Ohne Klugheit wird Tapferkeit zur Tollkühnheit und ohne richtiges Ziel zu Fanatismus. Tapferkeit heißt auch, eine Sache zu Ende zu führen, „Schlusssteine zu setzen“. Auszuhalten ist schwieriger als anzugreifen – *sustinere difficilius est quam aggredi* – weil Beharrlichkeit gefordert ist, „man gibt gerne nach, man ist bequem, man wird müde.“

Der äußerste Grad der Tapferkeit verwirklicht sich in der Selbsthingabe, die sich im Leben bis zum Martyrium steigert, eine Situation, die „normale“ menschliche Leistung weit übersteigt.

PIEPER nennt als Voraussetzung der Tapferkeit die metaphysische Tatsache der Existenz des Bösen, das durch Verwirklichung des Gu-

ten bekämpft und überwunden werden sollte. Die Notwendigkeit der Tapferkeit ergibt sich somit aus den Widrigkeiten, die sich erfahrungsgemäß der Erreichung des Guten entgegenstellen.

Was bedeutet für den Arzt „das Gute“? Wo tritt er dafür ein, wo muss er dies verteidigen?

Ziel des Arztseins ist die gute und richtige Behandlung seines Patienten, unter Berücksichtigung von dessen Person, dessen Wünschen, dessen Möglichkeiten und dessen Umfeldes.

## Ausbildungszeit

Jedem jungen Studenten, der vor der Berufswahl steht, müsste klar sein, dass Arzt-werden allein schon ein Ausharren in schwierigen Zeiten bedeutet, um sein Ziel zu erreichen, ärztlich zu arbeiten:

Massenstudium, Warten auf einen Ausbildungsplatz, Warten auf eine Anstellung. Bei jeder dieser Stationen wird Tapferkeit gefordert. Für den Studierenden stellt sich primär die Frage, ob er die Prinzipien des Arztseins, jeder ärztlichen Handlung: der Schutz und die Bewahrung jedes menschlichen Lebens vom Anfang bis zum Ende, der Zeugung bis zum Tod, vom Einzeller bis zum Hirntoten, die Begleitung des Kranken bis zum Ende, die Ehrfurcht vor dem menschlichen Körper, das Mittragen

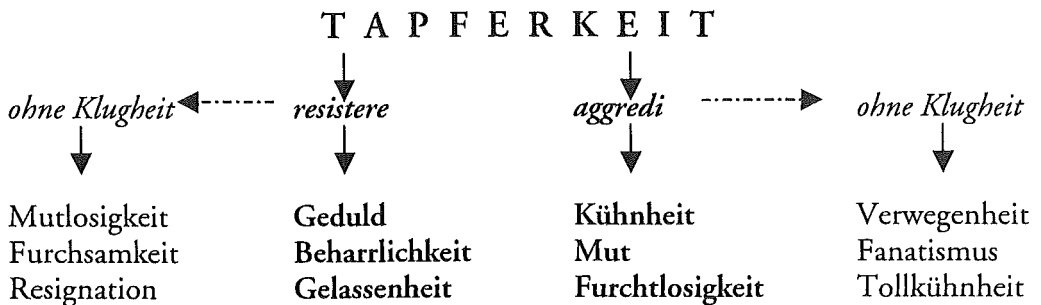


Abbildung 1



und Mitleiden – nicht nur Mitleid – auf sich nehmen will und dies auch verteidigen möchte.

Schon als Student sieht man sich Situationen gegenüber, wo Zivilcourage gefordert ist, wenn die Ehrfurcht gegenüber einem Patienten oder auch einem Toten nicht entsprechend eingehalten wird. Der Patient wird als gewöhnliche Sache degradiert, es wird ein biologisch mechanistisch funktionierender Körper, ein Zusammenspiel von Zellen gesehen, dies oft auch von Lehrern, die ihre Ideen, ihre Forschungen, ihr eigenes Ansehen höher werten und die Würde des ihm anvertrauten und ihm vertrauenden Patienten zurückstellen. Dieses Einhalten des Respekts bedeutet dann in solchen Situationen für den Studenten von den Kollegen als verschoben angesehen zu werden.

Prof. ANTOINE verwies bei der Vorstellung eines Patienten gegen Ende seiner Vorlesung auf den Spruch im Hörsaal der ehemaligen 1. chirurgischen Universitätsklinik – „*praesente aegroto, effudit risu, taceant colloquia...*“ – weil die allgemeine Unterhaltung begann, obwohl noch ein Patient als Beispiel anwesend war. Mancher Student riss weiter seine Witze und war vom Lehrer nicht zu überzeugen – jedoch von einem Mitstudenten, der hier doch Tapferkeit bewies, als er die Störenfriede zurechtwies.

Die Zeit nach der Promotion, die sozusagen „nutzlos“ verstreicht, weil für den Arzt in Österreich keine Arbeitsmöglichkeit besteht, erfordert ganz bewusstes Ausharren und Ertragen. Manchmal könnte ein Posten angetreten werden, wenn dem Arzt Pflichten auferlegt werden, die gegen sein Gewissen gerichtet sind: z.B. die Mithilfe bei Abtreibung, ev. auch die Durchführung, die Ausführung widersinniger oder schädlicher angeordneter Medikationen, bei deren Nichterfüllung eine Abweisung oder die Kündigung droht. Die Folge sind Zeitverlust und Arbeitslosigkeit. Das Eingeständnis bzw. das Stehen zu humanitären Prinzipien ist hier als ein großartiger Akt von Tapferkeit zu sehen. Ebenso ist die bewusste Nutzung dieser Zeit zur Weiterbildung, eventuelle Tätigkeiten im Ausland

ein Zeichen und eine Hilfe beim Ertragen dieser misslichen Situation.

## Tägliche Herausforderungen

Für die Tapferkeit ist die Verwundbarkeit Voraussetzung (PIEPER).

Wo kann der Arzt verwundet werden?

Beginnen wir mit dem leiblichen Wohl des Arztes:

Gegen viele Infektionen gibt es Schutz durch Impfungen; solche Schutzmaßnahmen nicht einzuhalten bzw. durchzuführen wäre Waghalsigkeit, Verwegenheit, Vertrauen auf „sein Glück“. Solche Schutzmaßnahmen gibt es nicht gegen Hepatitis C oder HIV-Viren. Bedeutet es Tapferkeit, solche Patienten zu betreuen? Mancher Arzt verlangt als Bedingung seiner Behandlung einen negativen Test, ehe er ärztlich handelt. Wenn er den Patienten abschiebt und nicht behandelt, ist das wohl kein Zeichen von Tapferkeit. Der geforderte Test kann dagegen als Schutzmaßnahme und besondere Sorgfalt gewertet werden. Vor einer möglichen Infektion bei der Behandlung wird er hier entsprechende Handschuhe tragen, einen Gesichtsschutz, etc. Es gibt viele Beispiele von Ärzten, die sich bewusst um solche Patienten kümmern. Probleme könnten auch in Notsituationen, z.B. bei Unfällen oder bei der Reanimation unbekannter Patienten bestehen, da hier sofortiges Handeln notwendig ist und die Selbsthingabe gefordert wird.

Andere Ärzte gehen in Seuchengebiete, in Krisengebiete, nehmen also bewusst das Risiko der eigenen Verwundbarkeit auf sich. Deren Tapferkeit empfängt „Sinn durch Bezogenheit auf das Gut, die Gesundheit des Anderen“. Sie begeben sich aber nicht blind in diese Gefahr, sondern bereiten entsprechende Maßnahmen vor, durch Klugheit geleitet, sodass sie nicht hasardieren, sich auf „ihr Glück“ verlassen und blind in die Gefahr laufen. Aus menschlicher Überlegung heraus ist dies wohl nicht als Tap-

ferkeit sondern eher als Waghalsigkeit und Tollkühnheit zu werten. Tapferkeit ist nicht Furchtlosigkeit, lebensmüde Gleichgültigkeit oder Blindheit gegenüber den Gefahren. Bei solchen Entscheidungen setzt sich der Arzt über seine Ich-Zentriertheit hinweg und zeigt Bereitschaft zum Angriff, zu Mut, Selbstvertrauen und Hoffen auf Gelingen seiner Handlungen. Solche heroischen Entscheidungen kommen selten von selbst, sondern ergeben sich aus der Einstellung des Arztes und werden durch richtige Entscheidungen in den „kleinen Dingen“ aufgebaut – dies erfordert realistischen Optimismus.

Auch die soziale Stellung des Arztes ist durch das Eingebundensein in hierarchische Strukturen – das Gesundheitswesen, die Abhängigkeit von Krankenkassen, Ärztekammern, Behörden – und auch von den Patienten angreifbar und beeinflussbar. Anordnungen von oben, die dem Gewissen des Arztes widersprechen, sowie Wünsche von Patienten mit ungehörigem Begehren (krankschreiben, Kurantrag, Zeugnisse, Medikamentenverschreibung – Pille) können das Weiterbestehen von Verträgen, Honorierung und Behandlungsfortführung, letztlich die Existenz des Arztes verändern. Kleinmütiger, ängstlicher Passivismus, Nachgeben in Konflikten auf Kosten der Wahrheit und der Fakten ist letztlich „Feigheit vor dem Feind“. Wird dem Begehren des Probanden, „krank geschrieben“ zu werden nicht nachgegeben, so verliert der Arzt nicht nur einen Patienten, sondern auch die Familienmitglieder und deren Freunde – ein nicht unbeträchtlicher Verlust.

In der informativen Zeit, wo für den Arzt Richtlinien nach Statistik, „state of the art“ oder „evidence based medicine“ gelten, deren Korrektheit oft nur schwer überprüfbar sind, bedeutet es ein gewaltiges Maß an Standhaftigkeit und Tapferkeit, die eigene Verantwortung in die Patientenbehandlung einzubeziehen. Als Arzt könnte man leicht den Boden unter den Füßen verlieren, wenn man diese Änderungen ohne genaue Überprüfung mit dem Mut zur

Relativierung in das eigene Therapieschema einplant.

Da das Sicherheitsbedürfnis des Patienten den Ausschluss jedes möglichen Risikos erfordert, steht der Arzt bei seinen therapeutischen Maßnahmen oft vor dem Problem, zu viele und dem Risiko nicht angepasste Medikamente zu geben, z.B. bei beginnendem Schnupfen mit hochdosierter Antibiotikakombination einzuschreiten. Solche Maßnahmen nicht einzuleiten, kann Schwierigkeiten verursachen, wenn die weitere Kontrolle unterbleibt, andererseits kann eine Übertherapie von Nebenwirkungen führen, die weit gefährlicher sind als die Ersterkrankung. Hier spielt neben dem Wissen und der Erfahrung des Arztes das Standhalten eine wichtige Rolle, die man als Tapferkeit ansehen muss.

Auch das Eingestehen einer falschen Maßnahme, sei es unbewusst oder aus Mangel an Wissen, oder eines Misserfolges erfordert das Überwinden der Ich-Bezogenheit, das Annehmen auch widriger Ereignisse. Man könnte dies oft auch als eine unvorhergesehene Komplikation bezeichnen, die aber dem Patienten vorher mitgeteilt werden sollte. Meist ist vor Eingriffen eine umfassende Aufklärung gefordert, die eher zur Entmutigung des Patienten führt. Wenn dies nach Check-Listen-Mentalität erledigt wird, führt das zur Verängstigung des Patienten und zum Verlust des nötigen Vertrauens. Das korrekte und komplette Erklären aller Möglichkeiten erfordert Zeit und Geduld des Arztes, auch den Mut, das Unangenehme auszusprechen – aber mit der einführenden Ausdauer und einem fast unendlichen Verständnis für den Patienten. Es ist schwer, das positive Denken aufrecht zu halten, den Optimismus dem Patienten nicht zu nehmen durch die Aufrechterhaltung der Hoffnung und Geduld, speziell bei lästigen Patienten, die sich als „mündige“ gleichberechtigte Partner betrachten oder schon die Flinte ins Korn geworfen haben.

Visitenzeiten bei aussichtslosen Patienten sind nach mehreren Untersuchungen kürzer,

seltener und oberflächlicher. Hier wird das „Ich-Bewusstsein“ des Arztes durch das Eingeständnis des Versagens geschädigt; er muss seine Machtlosigkeit anerkennen und über diese Schwachstelle siegen, indem er der Situation standhält und auch hier die Behandlung, den Kontakt weiter in ausreichendem Maß, vielleicht bewusst etwas vermehrt durchführt und der Versuchung standhält, bis zum Ende auszuhalten und an der Seite des ihm anvertrauten Patienten zu stehen.

Schwierigkeiten hat man als Arzt, einem Patienten eine negative Situation zu erklären; meist spricht man mit Angehörigen, lässt den Patienten in der Unwissenheit, sodass er wichtige Entscheidungen hinausschiebt oder überhaupt nicht trifft. Es ist Vermessenheit, die Diagnose einer tödlichen Krankheit einfach wie einer banalen Infektion dem Patienten ins Gesicht zu schleudern – damit muss ja jeder einmal rechnen! – Je besser das Arzt-Patient-Verhältnis, desto eher gelingt es dem Arzt, hier alle Details mitzuteilen und weiterhin auch die Hoffnung und die Ausgeglichenheit beim Patienten zu erhalten. Worauf kann sich dann der Arzt berufen, wenn er nicht den Rückhalt der Religion, das Wissen um die letzten Dinge und den Glauben daran selbst besitzt? Wie kann er dem Patienten den Weg durch das Tor des Todes in die Ewigkeit sonst erklären, erleichtern, ja als Krönung seines Lebens darstellen? Das Überhandnehmen des Rufes nach Euthanasie, das schmerzlose rasche Abtreten aus dieser Welt ist ohne Glauben einigermaßen verständlich und hat in einer lustbetonten Gesellschaft

entsprechend Platz bekommen. – Die Schizophrenie der Jetztzeit, siehe das neue Gesetz der Niederlande, die das Vernichteten „unwerten Lebens“ im „dritten Reich“ verurteilt, fordert 50 Jahre danach diese Maßnahme vom Arzt, der damit zum Handlanger des Todes, zum Mörder wird. Die holländischen Erfahrungen verursachen mehr als nur Gänsehaut, noch mehr schockt das in der Presse bekannt gemachte Ergebnis einer Umfrage mit der Mehrheit der Befürworter der Euthanasie! Hier wird jedoch das mutige Einschreiten des Arztes gegen solche Ansinnen gefordert, speziell gegen Wünsche von Angehörigen. Er muss das Wohl des Patienten im Auge behalten gegenüber Aussagen wie: „die arme Tante muss ja nur mehr leiden, können sie dies nicht abkürzen, ihr Leben hat keinen Sinn mehr“ – solche Argumente werden nicht selten an Arzt und Krankenschwester herangetragen, um nicht nur das Begehren des Erbens zu verdecken! – dass hier auch Verleumdungen des Arztes, ja einer gesamten Station eines Spitals passieren können, die vielleicht auch gerichtlich verfolgt werden, dies sind Konsequenzen, die über die erste der drei Stufen der Tapferkeit nach PIEPER hinausgeht.

Tapferkeit durch Starkmut sind für den Arzt in keiner Zeit verzichtbar. Das Bekenntnis zum Menschen als zu schützende und richtig zu behandelnde Person vom Beginn des Lebens als „Einzeller“, als Person, die hier als neues und unwiederholbares Leben beginnt, bis zum letzten Atemzug begleitet jede ärztliche Handlung; dieses Charisma sollte auch das Leitbild für einen guten Arzt sein und bleiben.



## Temperantia – Tugend des Maßhaltens

Friedrich KUMMER

### ZUSAMMENFASSUNG

*Das Maßhalten als Tugend des Arztes bewahrt vor diagnostischem und therapeutischem Übereifer. Allerdings kann die nötige Grenzziehung nur auf der Basis hoher beruflicher Kompetenz, kritischer Selbsteinschätzung, Takt und unerschütterlicher Achtung der Würde des Menschen erfolgen.*

**Schlüsselwörter:** Maßhalten, ärztlicher Übereifer, das Machbare und das Zuträgliche, Takt im Umgang, Demut, reflektierter Paternalismus

### ABSTRACT

*Temperance on the part of the medical doctor guards against diagnostic and therapeutic aggressive medical treatment. However, the necessary demarcation can only be made on the basis of high professional competence, critical self knowledge, tact and unwavering respect for the dignity of mankind.*

**Keywords:** Temperance, aggressive medical treatment, the possible and the compatible, tact in relationship, humility, reflected paternalism

*Anschrift des Autors:* Univ.Prof.Dr. Friedrich KUMMER  
Vorstand der 2.Med. Abteilung/Lungenabteilung  
Wilhelminenspital der Stadt Wien, Montleartstraße 37, A - 1171 Wien

## Einleitung

Ärzte<sup>1</sup> werden mit Tugenden in Verbindung gebracht, die die Wissenschaft, die Klugheit im Sinne von rascher Erfassung von Zusammenhängen mit der Konsequenz von zielführenden Handlungen, den Mut im Sinne von fundierter Tapferkeit und die Liebe zu den Patienten betreffen.

J. PIEPER<sup>2</sup> warnt davor, die Mäßigung in fataler Nachbarschaft mit der Angst vor jeglichem Überschwang anzusiedeln, oder wo die Wahrheitsliebe oder eine andere adelige Tugend des Herzens gewillt ist, das Äußerste zu wagen, um unversehens zur „klugen Mäßigung“ verhalten zu werden. Er plädiert daher für „temperantia“, die, dem griechischen SOPHROSÝNE verwandt, auf „ordnende Verständigkeit“ und damit auf das hinführt, was durch „Zucht“ (Frucht der Erziehung) und Maß (das Zukommende und Entsprechende) umgriffen wird. Temperantia wäre nach PIEPER dann die Tugend der Zucht und des Maßes, eine Tugend der Bejahung. Damit lässt sich die Temperantia nicht mehr auf Schrumpfbegriffe wie Abstinenz von Völlerei und Unzucht oder andere Verneinungen wie Abschnürung, Zügelung, Einschränkung anwenden, sondern erweist sich als die Tugend der „selbstlosen Selbstbewahrung“, die dazu verhilft, in sich selber Ordnung zu verwirklichen. Aus dieser fließt die Ruhe des Gemüts, die nichts gemein hat mit „Beruhigung“ oder der Zufriedenheit des „gemächlich-genügsamen Lebens“.

Soweit Josef PIEPER, der in seine Überlegungen weitgehend die Denkweisen des THOMAS VON AQUIN einfließen lässt. Zur temperantia als ärztliche Tugend haben uns PIEPER und THOMAS nichts Konkretes hinterlassen, doch mit ihren allgemeinen – philosophischen, sprachlichen – Hinweisen dazu eine wertvolle Grundlage geschaffen.

## Das Bild des Arztes bei oberflächlicher Betrachtungsweise

Hingegen scheint die Tugend des Maßhaltens fürs erste gar nicht die beste Nachrede des

Arztiums zu sein. Ärzte sollten doch geradezu unmäßig sein in ihrer Großzügigkeit und ihrem Antrieb zum Wohl der Menschheit, unter Einsatz eigener physischer und psychischer Reserven, unter Hintanstellung aller privaten Interessen inklusive Sport, Liebhabereien, Urlaubsinteressen, ja sogar der Familie. Deswegen sieht es manche Öffentlichkeit mit scheelen Augen, wenn der so plötzlich und dringend persönlich benötigte Arzt angeblich auf Urlaub, beim Schifahren, Golfen oder – *horribile dictu!* – selbst krank ist.

## Der „Gott in Weiß“ mit menschlichen Zügen

Die zweite, nicht viel weniger trivial-populistische Sicht des modernen Mediziners ist die des „Gottes in Weiß“, des Herrn über Leben und Tod, der den Fortschritt in der wissenschaftlichen Technologie verwaltet und nach Gutdünken einsetzt, so dass für den mit Abwehrwaffen aller Art Hochgerüsteten der Tod des Patienten eine verlorene Schlacht bedeutet. Sehr medienwirksam wird allerdings gerade dieser Arzttyp, wenn er plötzlich doch menschliche Konflikte an sich heran lässt, darunter zu leiden scheint und womöglich zerbricht – allerdings meist im Kontext der Fernsehserie, für deren Dramaturgie die Hochtechnologie (Intensiv-, Transplantationsmedizin, etc.) genauso wichtig ist wie die nicht alltäglichen, pathetischen Probleme der handelnden Ärzte mit dem Privatleben ihrer Patienten.

## Grundlagen von Mäßigung und Unmäßigkeit

Die Tugend der Mäßigung vervollkommenet das sinnliche Begehren.<sup>3</sup> Die Tugend des Maßes erhält nicht nur die Ordnung des Strebens, im Gefüge der personalen leib-geistigen Einheit, sondern auch im Gefüge der sozio-kultu-

rellen Interaktion. Schließlich ist es die Unmäßigkeit, die zu Überstürztheit, Unvernunft, Aggression und Brutalität verleitet und zugleich im Menschen die natürliche Neigung zerstört, anderen nützlich zu sein. Vielmehr ist nach ARISTOTELES die Tugend des Maßes die eigentliche Bewahrerin der Klugheit, wenn sie die Leidenschaft der Vernunft unterordnet. Dagegen stellt sich die Vernunft des Unmäßigen ganz in den Dienst der Sinnlichkeit, die wegen der Zügellosigkeit der Begierde nicht gesättigt werden kann.<sup>4</sup>

### Die Mäßigung im Rollenbild des Arztes

Im allgemein-gesellschaftlichen Umgang ist die Mäßigung wohl angesehen, sofern sie mit Takt, höflicher Zurückhaltung, Sanftmut und Demut in Verbindung gebracht wird. Um so besser stehen diese Eigenschaften dem Arzt an, der trotz andauernder Heraus- und Überforderung die Geduld und Ruhe im Umgang nicht verliert. Wenn dem Arzt diese als „natürlich“ und „angenehm“ empfundene Verhaltensweise gelingt, wird er dafür bewundert. Wenn es ihm nicht gelingt, so ist die Patientenschaft bis zu einem gewissen Grad sogar bereit, ungemäße, weil unmäßige Ausbrüche ihrer Ärzte noch eher zu tolerieren als von Seiten irgendeiner anderen Berufsgruppe. Dies hängt wohl mit dem nach wie vor hohen Ansehen des Arztberufes in unserem Lande zusammen, welches zwar die Einräumung dieses Privileges bedingt, wenngleich in abnehmendem Maße: Sowie sich der Patient oder Versorgungswillige an den neueren Begriffen der Patientenrechte, der Autonomie und Aufklärungspflicht orientiert, wird die Ärzteschaft zunehmend vom Sockel der uneingeschränkten Ehrerbietung heruntergeholt (Paradigmenwechsel).

Die Leute werden sensibel dafür, wenn die lieben Ärzte aus *Eitelkeit* kein eingehendes Gespräch aufkommen lassen, eigene *Sentimentalität* nicht ausblenden können, welche der Eitel-

keit sehr verwandt ist: ein solcher Arzt lässt sich von subjektiven Eindrücken und Gefühlen mehr leiten als der Sache dienlich ist. Er wird „unmäßig gefühlsbetont“ (Sentimentalismus), sein Denken und Handeln entraten der leitenden Klugheit.

Die konkreten Folgen können ein *Übereifer* in der Mobilisierung invasiver und aufwendiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sein. Wenn beim in Ausbildung stehenden Arzt noch hingenommen wird, dass er aus Unkenntnis der Bedeutung, der Aussagekraft und der Kosten einer solchen Entscheidung handelt, so ist es heute untragbar, nur „des Interesses“ oder „der Vollständigkeit halber“ Unannehmlichkeiten, ja Schaden für die Patienten zu riskieren, womöglich verbunden mit hohen Material- und Personalkosten.

### Kasuistik 1:

Ein 80-jähriger Mann, lebenslang starker Raucher, kommt wegen ausgeprägter Claudicatio intermittens zur Durchuntersuchung. In der Doppler-Sonographie stellt sich ein rechts-seitiger Femoralarterienverschluss (Beinarterienverschluss) dar. Gleichzeitig findet sich im Thoraxröntgen eine zentrale tumoröse Verschattung am linken Hilus mit vergrößerten Lymphknoten beiderseits des Mediastinums, wobei diesbezüglich keinerlei Beschwerden bestehen. Die Meinungen über das weitere Vorgehen sind geteilt, sie reichen von Bronchoskopie mit Biopsie über „gleich bestrahlen“ plus Chemotherapie bis hin zur Begrenzung auf die Therapie der Angiopathie. Die letzte Meinung setzt sich schließlich durch: der Patient profitiert ausgezeichnet von einer Dilatation und Stentimplantation seiner rechten Femoralarterie. Von nun an nimmt er 100mg Aspirin. Der Tumor wird – nach voller Aufklärung des Patienten über die wahrscheinliche Malignität – in größeren Abständen kontrolliert (3-monatig) und zeigt eine langsame Größenzunahme, ohne Beschwerden hervorzurufen. 11 Monate nach der Erstvorstellung

erleidet der Patient eine Massenblutung im Gehirn und verstirbt innerhalb von drei Tagen, ohne das Bewusstsein wiedererlangt zu haben.

Bei der Nachbesprechung des Falles werden nochmals die günstigen Statistiken bei multimodaler Tumorbehandlung auch im Alter diskutiert. Damit soll vermieden werden, dass eine Unproportionalität im Sinne eines therapeutischen Nihilismus bei malignen Erkrankungen multimorbider, älterer Patienten in den Hirnen der in Ausbildung stehenden Ärzte hängenbleibt. Gleichzeitig gibt der Verlauf der Entscheidung recht, bezüglich des asymptomatischen Lungentumors nicht weiter aktiv geworden zu sein.

### Kasuistik 2:

Ein 72-jähriger Patient wird wegen eines Colonicarcinoms hemicolektomiert. Zwei mesenteriale Lymphknoten sind positiv. Er erhält eine 6-monatige adjuvante Chemotherapie, die subjektiv schlecht vertragen wird (Übelkeit, Agranulozytosen, Thrombopenie, zuletzt eine Episode von Mucositis). Ein Jahr später treten drei Lebermetastasen auf, davon eine im rechten und zwei im linken Leberlappen. Der Patient erhält nunmehr eine lokale Chemotherapie mit Kanülierung der Arteria hepatica alle drei Wochen. Er verfällt allgemein (Inappetenz, Adynamie), während sich die Metastase im rechten Leberlappen eindeutig zurückbildet!

Darauf wird – einvernehmlich mit den Angehörigen und dem Patienten – die „Tumorfreiheit“ durch die Resektion des linken Leberlappens diskutiert. Sie wird schließlich auch durchgeführt. Doch der Patient verstirbt zwei Wochen postoperativ an einem septischen Zustandsbild.

Bei der Nachbesprechung des Falles wird versucht, jenen Zeitpunkt zu definieren, an dem man die letztlich tödliche Konsequenz der Handlungen noch hätte stoppen können. Die Meinungen prallen aufeinander, es wird keine Einigkeit erreicht. Es wird das „hohe Gut“ der Tumorfreiheit zwar von allen betont, allerdings

gehen die Meinungen darüber auseinander, um welchen Preis diese anzustreben sei.

Die beiden Fälle zeigen, dass der Übereifer sehr häufig droht, sehr wohl therapeutisch als auch invasiv-diagnostisch. Eine euphorische Selbsteinschätzung (erfolgreiches Team mit hohem öffentlichen Ansehen) ist daher als möglicher Stimulus für Unmäßigkeit in Betracht zu ziehen. Andererseits wäre es verfehlt, ein weniger gutes Team wegen eines notorischen therapeutischen Nihilismus zu loben.

### Maßhalten im interkollegialen Umgang

Sowohl der Lernende als auch der Lehrer sind gehalten, die *Kollegialität* zu wahren, die da besteht in Loyalität (gegenseitige Unterstützung und Treue, auch nach außen), Takt und Eingehen auf die Bitten (Forderungen) der anderen. Auch das „Teilen der Arbeit“ durch Delegieren hat hier hohen Rang: Das An-sich-Reißen von Arbeit (... ich kann mich nur auf mich verlassen ...) und die Verhehlung der eigenen Überforderung stehen der Tugend des Maßhaltens jedenfalls entgegen.

Eine spezielle Situation hat sich durch das neue Selbstverständnis des *Pflegeberufes* ergeben. Hier sind notwendige Grenzziehungen erfolgt, denen zufolge eine Pflegeperson nicht mehr die „Bedienstete“ der Ärzte, sondern eine eigenverantwortlich agierende Kraft in freiwilliger, konstruktiver Kooperation ist. Allerdings wurde und wird gelegentlich übersehen, dass gerade im Rahmen einer solchen Umstellung die Mäßigung, die Zurücknahme seiner selbst, der gute Ton und das richtige Maß zwischen Toleranz und nötiger Korrektur herausgefordert wird.

### Maßlosigkeit und „Burn-out-Syndrom“

Der Schwache, der sich aus diversen psychologischen Gründen nicht in der Lage sieht, die ihm



übertragenen Aufgaben zu bewältigen, zögert dies kundzutun – aus Scham, mangelndem Selbstwertgefühl, etc. Seine „Tapferkeit“ ist bald erschöpft; dennoch scheint er für die anderen über freie Valenzen zu verfügen, so dass ihm noch mehr aufgehalst wird (Nacht-, Bereitschaftsdienst, Urlaubsvertretungen, etc.), worunter er schließlich zusammenbricht. Es passieren Fehlleistungen wie vertauschte Blutkonserven, Medikamente oder Applikationsverwechslung, es können gerichtliche Klagen folgen, dann Alkohol, Drogen, ja sogar Selbstmord.

Paradoxerweise geht es dem selbstbewussten Kollegen nicht besser: Der Stolz verträgt nicht Kritik, geschweige Gehorsam und tut sich schwer mit der Anerkennung einer anderen Meinung, besonders wenn diese erfolgreicher zu sein verspricht als die eigene. So lässt es der stolze Mediziner gar nicht so weit kommen, dass man seine Grenzen oder sein Unvermögen sehen könnte. Er gibt sich den Anschein des Unnahbaren („Adler fliegen einsam“), ist aber gegen die Härten des Berufes genauso wenig gefeit wie der Schwache. Auch er kann sich nicht mitteilen (ausweinen, Supervision suchen) und schlittert ebenso in die psychophysische Erschöpfung, die dem inneren Raubbau folgt.

Die Tugend des Maßhaltens besteht also notwendigerweise darin, in Demut die eigenen Unzulänglichkeiten anzuerkennen und fähig zu werden, sich der eigenen Starrheit im Stolz/in der Schwäche bewusst zu werden – was in aller Regel nur durch Hilfe von außen gelingt (Kollektalität, Supervision).

## Demut

Wenn das ärztliche Ethos so sehr mit dem Dienst an der Sache (wissenschaftliche Fundierung), an der Menschheit (humanitas, Anthropophilie), mit der hingebungsvollen Hilfestellung (Nächstenliebe) unter Relativierung von Eigeninteressen im Umgang mit den Patienten

zusammenhängt, ist die Bereitschaft zum Dienen und damit zur Demut (mhd. Dien-muth) eine ständige sanfte Herausforderung.

Damit soll nicht der prinzipiellen Selbstbe-scheidung in der Wissenschaft das Wort geredet werden, wodurch jeder Fortschritt erlahmen müsste. Tatsächlich soll hier die „studiositas“ (Eifer, Offenheit für das Neue) zu ihrem Recht kommen, wobei ihr von THOMAS von Aquin als Negativvariante die „curiositas“ (Neugier, ungehemmter Wissensdurst) entgegengestellt wird.<sup>5</sup>

Die letztere ist es, die mit dem „Zauberlehr-ling“ assoziiert wird und die neuerdings auch vor dem keimenden Leben (genetische Forschung z.B. an menschlichen embryonalen Stammzellen) nicht haltmacht. Die curiositas findet sich als natürlicher Wesenszug beim Kind, das die Welt entdecken möchte und dabei Schrammen an Körper und Seele hinnimmt, aber ohne anderen zu schaden. Die curiositas des Heranwachsenden ist dieser ersten Unschuld entwachsen und riskiert auch ein „nocere“ bei anderen Wesen (von ausgerissenen Fliegenbeinen bis zur Demütigung von Schulka-meraden).

Spätestens ab diesem Stadium der Persönlich-keitsentwicklung ist das Nachdenken über sich selbst essentiell, das fast automatisch die Ent-wicklung der Tugenden einfordert. Hier ist die Parallele zur (postaduleszenten) Entwicklung des wissenschaftlichen Geistes unübersehbar: Die Gerechtigkeit, aber auch die Klugheit der Unterscheidung von Machbarem („In meiner Macht Stehenden“) und Zuträglichem (Verant-wortung), und schließlich die Tugend des Maß-haltens, welche die Begierden der curiositas mit dem Gegengewicht der Demut relativiert und mit der klugen Ummünzung in die kontrollier-te studiositas sogar stillen kann, ist gefragt: In-vitro-statt in-vivo-Versuche, Zellkulturen (ex-vivo) statt organbezogene Experimente am Menschen (intra-vitam) etc. So weit, was die Wissenschaft in ihren Grenzbereichen und die Demut betrifft.

Der Dienst an der Menschheit ist ohne Demut nicht denkbar. Er hat zu tun mit dem Hintanstellen der eigenen Person, der Unterordnung in einer Institution, mit der Ausführung von Aufträgen als Teil eines großen Vorhabens und dem damit verbundenen Gehorsam. Jede „Unmäßigkeit“ im Sinne von Geltungsbedürfnis, Populismus, Medieneigenschaft ist solchen Unternehmungen abträglich, so sehr in ihnen Privatinitiative, Klugheit im Umgang mit Medien und Subventionen, Tapferkeit und Gerechtigkeitssinn gefragt sind.

Die Demut im direkten Umgang mit Patienten ist wohl noch vielen ärztlichen Berufskollektiven ein Fremdwort. Befremdlich wirkt, dass die neuerdings allseits vermerkte Verselbstständigung des Pflegeberufes – wie oben angedeutet – zu einem vorübergehenden Verlust an der Dienstbereitschaft zu führen scheint. Die an sich längst fällig gewesene Aufwertung des Selbstverständnisses der Schwestern und Pfleger ist rühmend hervorzuheben, wenngleich im ersten Überschwang die Aufkündigung der Kooperation mit dem Ärzteteam drohte, wohl als Überreaktion auf die traditionelle, mancherorts entwürdigende Reduktion des Berufsbildes der Schwestern und Pfleger zum Bedienungspersonal der Ärzte, anstatt sie in ihrer Würde als verantwortliche Diener am Gesamtwerk der medizinischen Institution zu bestätigen. So ist die Demut der Ärzteschaft als kollektives Herabsteigen vom hohen Ross der „Anschaffer“ ebenso als Ausfluss der Tugend des Maßes zu sehen, wie die „Rückgratstärkung“ des Pflegeberufes nicht zu einer disproportionalen Hybris führen darf. Hier ist es wieder die temperantia, die den individuellen Höhenflug kontrolliert und optimiert.

## Schlussfolgerungen

Die Tugend des Maßhaltens (Temperantia) ist ein hohes Gut, doch nicht unerreichbar. Sie tritt dort in Erscheinung, wo die Unmäßigkeit der vorschnellen Entscheidungen in Dialog (reflektiertes Zuhören) mündet, wo der Stolz oder seine kleine Schwester, die Eitelkeit, sich mit Feingefühligkeit und Offenheit einlässt, um mindestens einen Hauch von Demut zu akquirieren. Das Maßhalten ist im Umgang mit Patienten in Krisensituationen gefragt, besonders wenn überbesorgte bzw. kritische Angehörige die Situation komplizieren. Die Temperantia zügelt den Paternalismus alter Prägung, der aus großer Höhe und prinzipiell vom Fußende des Bettes agiert. Die „selbstische Selbstbewahrung“ weicht – an der Hand der Mäßigung – der Gerechtigkeit, die die Autonomie des Patienten fördert.

Die Tugend des Maßhaltens steht dann für die Fähigkeiten des Innehaltens, des Dialogs, der Reflexion, des klugen Kompromisses und auch der freiwilligen Selbstbeschränkung in Urteil und Handlung, verbunden mit einer unenttäuschbaren Liebe zur leidenden Menschheit.

## Referenzen:

1. Der Begriff „der Arzt“ steht für die geschlechtsneutrale Berufsbezeichnung bzw. für Personen beiderlei Geschlechts in Ausübung des Arztberufes.
2. PIEPER, Josef, *Das Viergespann, Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Maß*, Kösel Verlag, München (1964)
3. RHONHEIMER, Martin, *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlegung der Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001)
4. HOBBS, Thomas, *Leviathan*. Zitiert in: RHONHEIMER, Martin, *Die Perspektive der Moral*, S.216
5. Zitiert in: PIEPER, Josef, *Das Viergespann, Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Maß*, Kösel Verlag, München (1964)

## Bewertung der Metaanalyse:

### A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients.

[SARGENT Daniel J. et al., *N Engl J Med* (2001) 345: 1091-1097]

#### Fragestellung

Die adjuvante Chemotherapie beim resezierten Kolonkarzinom mit erhöhtem Rezidivrisiko (Stadium II und III) ist heute allgemein Standard. Die Effektivität und Toxizität einer solchen Therapie bei Patienten über 70 Jahren wird bis heute jedoch kontroversiell beurteilt.

#### Methode

Es wurden die Daten von 7 randomisierten Studien (Gesamtzahl der Patienten: 3.351) gepoolt und die Wirkung einer postoperativen adjuvanten Chemotherapie (Fluorouracil® plus Levamisol® bzw. Leucovorin®) mit alleiniger Chirurgie bei Patienten im Stadium II und III eines Kolonkarzinoms verglichen. Die Patienten wurden in vier Altersgruppen im Bereich von jeweils 10 Jahresabständen (< 50, 51-60, 61-70, > 70 Jahre) unterteilt und in Bezug auf Überleben, Rezidivraten und Toxizität der Chemotherapie untersucht.

#### Ergebnisse

Die Autoren fanden eine signifikant höhere 5 Jahresüberlebensrate von absolut 7% unter einer adjuvanten Chemotherapie wenn alle Altersgruppen zusammengekommen werden

(71% versus 64%). Im Vergleich der Altersgruppen untereinander konnte kein statistischer Unterschied errechnet werden. Auch im Bezug auf die Verträglichkeit fand sich nach Aussage der Autoren kein statistisch signifikanter Unterschied.

#### Konklusion

Die Autoren schließen daraus, dass ältere Patienten mit Kolonkarzinom im gleichen Ausmaß von einer adjuvanten Chemotherapie profitieren wie jüngere, ohne dass die Toxizität signifikant höher wäre. Sie empfehlen daher, dass bei praktisch allen Patienten im Stadium II und III nach einem Kolonkarzinom eine adjuvante Chemotherapie in Betracht zu ziehen sei.

#### S.O.M.-Analyse

##### *Stufe I: Wirkungsnachweis*

Rein statistisch kann gesagt werden, dass die Konklusionen der Autoren formal richtig sind. Es gab keine „statistischen“ Unterschiede zwischen jungen und alten Patienten. Weiters ist hervorzuheben, dass der Nachweis der Wirkung nicht auf Surrogatparametern (z.B.: Tumormarkern) sondern auf das direkte Hand-

---

\* In dieser Rubrik werden Studienergebnisse, die im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsprojektes des IMABE - Instituts und der Gesellschaft für sinnorientierte Medizin unter der Leitung von Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI erarbeitet werden, publiziert. Dieses Projekt wird vom Fonds Gesundes Österreich mitfinanziert.

lungsziel des Arztes, nämlich auf die Reduzierung der Mortalität und auf mögliche toxische Effekte der Chemotherapie (Lebensqualität) abgestellt war.

Im Bezug auf die Plausibilität der Ergebnisse sind freilich Zweifel anzumelden. Alte Patienten vertragen eine Chemotherapie auf Grund ihrer multimorbiden Gebrechlichkeit erfahrungsgemäß schlechter. Außerdem ist das Handling der notwendigen Maßnahme auf Grund ihres allgemein reduzierten funktionellen und mentalen Status für ältere Patienten viel mühsamer und aufwendiger als bei jüngeren. Auch rein hypothetisch ist zu erwarten, dass eine Chemotherapie bei älteren Menschen auf Grund Ihrer reduzierten Abwehrkräfte und der kürzeren Lebenserwartung weniger effektiv ist als für jüngere.

Die medizinische Erfahrung lässt also insbesondere im Bezug auf die Nebenwirkungen ein anderes Ergebnis erwarten. In der Tat gibt es

auch eine Reihe von anderen Studien, die sehr wohl über eine erhöhte Nebenwirkungsrate bei älteren Patienten unter Chemotherapie berichten.

Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass die praktische Glaubwürdigkeit von Studienergebnissen nicht alleine von der statistischen Signifikanz sondern, wie oben dargelegt, auch von der Erfahrung des Arztes und der zugrundeliegenden Hypothese abhängt (Plausibilitätskriterium!).

## Stufe II: Quantitativer Nutzen

### Lebensverlängerung

Wie gesagt, wird die gleich gute Wirkung der Chemotherapie bei jungen und alten Patienten in der Studie damit begründet, dass die 5 Jahresüberlebensrate in beiden Altersgruppen un-

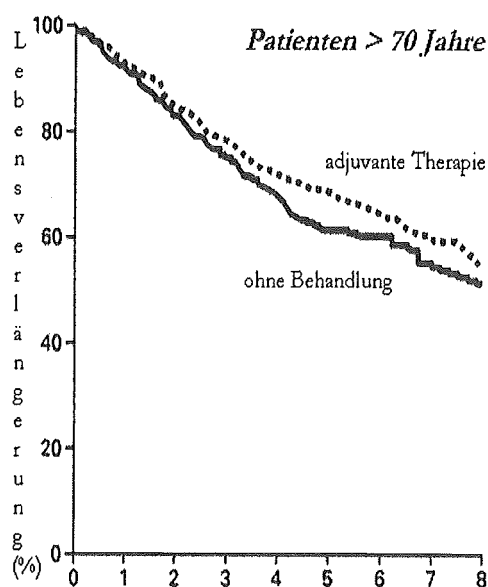
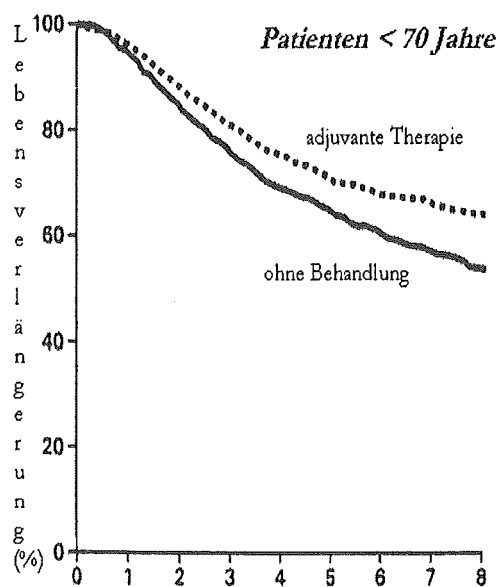


Abbildung 1: aus N Engl J Med (2001) 345: 1095

ter Chemotherapie um 7% höher lag als ohne Behandlung. Die 5 Jahresüberlebensrate wird bei Kolonkarzinom allgemein mit Heilung gleichgesetzt, so dass auf den ersten Blick in der Tat das Ausmaß der Wirkung in beiden Gruppen gleich groß erscheint.

Vergleicht man jedoch den Verlauf der Überlebenskurven beider Altersgruppen miteinander (siehe Abbildung 1), so zeigt sich ein eklatanter Unterschied. In der Tat besteht zwar in beiden Altersgruppen nach 5 Jahren ein Überlebensvorteil von 7 % unter der Chemotherapie. Danach flachen allerdings nur die beiden Überlebenskurven bei den jüngeren Patienten als Ausdruck der überwundenen Erkrankung deutlich ab und laufen zunehmend auseinander. Genau das Gegenteil ist hingegen bei den älteren Patienten über 70 Jahre zu beobachten. Dort laufen die Kurven in den darauffolgenden Jahren wieder aufeinander zu. Dies bedeutet, dass offensichtlich in jüngeren Jah-

ren die adjuvante Chemotherapie bei 7% der Fälle zu einem anhaltenden Überlebensvorteil führt, während dieser Überlebensvorteil bei älteren Patienten nur kurzfristig zum Tragen kommt. In Zahlen ausgedrückt: bei älteren Patienten führt eine adjuvante Chemotherapie zu Heilungen, die mit einer normalen Lebenserwartung verbunden sind. Bei einem 50 jährigen Patient z.B. wäre dies eine Lebensverlängerung von ca. 25 Jahren. Berechnet man dazu den Effektivitätsgrad nach der S.O.M. Methode, so ergäbe sich bei einer Behandlungsdauer von einem halben Jahr ein Wert von 350% ( $25/0,5 \times 7 = 350\%$ ).

Ältere Patienten über 70 Jahre erreichen hingegen unter einer Chemotherapie bestenfalls eine Lebensverlängerung von einem halben Jahr (siehe Kurve). Der Effektivitätsgrad beträgt demnach lediglich 7% ( $0,5/0,5 \times 7 = 7\%$ ). Dies bedeutet, dass die Effektivität der Behandlung der jüngeren Patienten um ein vielfaches

| Therapie und Effekt                                 | Alter < 70 Jahre (%) | Alter > 70 Jahre (%) | P Wert |
|-----------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------|
| <i>Fluorouracil ® plus Leucovorin ®<sup>1</sup></i> |                      |                      |        |
| Übelkeit, Erbrechen                                 | 5                    | 2                    | 0,15   |
| Diarrhöe                                            | 15                   | 15                   | 0,99   |
| Stomatitis                                          | 11                   | 15                   | 0,21   |
| Leukopenie                                          | 4                    | 8                    | 0,05   |
| <i>Fluorouracil ® plus Levamisol ®<sup>2</sup></i>  |                      |                      |        |
| Übelkeit, Erbrechen                                 | 7                    | 9                    | 0,37   |
| Diarrhöe                                            | 9                    | 11                   | 0,44   |
| Stomatitis                                          | 5                    | 9                    | 0,09   |
| Leukopenie                                          | 17                   | 31                   | 0,001  |

Tabelle 1:

<sup>1</sup> Von den Patienten, die die Therapie erhalten haben, waren 987 70 Jahre alt oder jünger bzw. 130 Patienten älter als 70 Jahre.

<sup>2</sup> Von den Patienten, die die Therapie erhalten haben, waren 470 70 Jahre alt oder jünger bzw. 128 Patienten älter als 70 Jahre.

höher liegt als bei älteren Menschen, deren Leben durch die Therapie kaum verlängert werden kann, obwohl die Reduktion der Mortalität rein statistisch in beiden Gruppen gleich war. Aus der Perspektive einer Sinnorientierten Medizin (S.O.M.) kann daher keinesfalls gesagt werden, dass der Nutzen einer adjuvanten Chemotherapie bei älteren Menschen gleich groß ist wie bei jüngeren Patienten, wie dies die Autoren der Studie behaupten.

### *Nebenwirkungen*

Die Autoren schreiben weiter in der Diskussion, dass kein evidenter Unterschied in der Verträglichkeit der Chemotherapie bei jüngeren und älteren Patienten gefunden werden konnte. Vergleicht man allerdings die Zahlen über schwere Nebenwirkungen Grad 3 (Tabelle 1), dann zeigt sich, dass bei fast allen untersuchten Parametern die älteren Patienten (wenn auch nicht signifikant) mehr Nebenwirkungen gefunden wurden als bei jüngeren. Offensichtlich hatte die Studie nicht genug „Power“, um diese Unterschiede zu belegen. Den Schluss zu ziehen, dass die Behandlung in beiden Gruppen gleich gut vertragen worden sind, scheint auf Grund der vorliegenden Zahlen nicht gerechtfertigt.

Weiters muss bedacht werden, dass es sich bei den untersuchten älteren Patienten sicher nicht um die typischen multimorbiden Krankheitsfälle gehandelt hat, wie sie normalerweise in der Praxis vorkommen, sondern eher um selektiert biologisch jüngere Patienten. Multimorbide Patienten mit all den damit verbundenen Problemen werden normalerweise nicht in Studien aufgenommen. Hier dürfte also eine Selektionsbias vorliegen, so dass auch aus dieser Perspektive, die „gleich gute Verträglichkeit“ mit Skepsis betrachtet werden sollte. Dieses Argument räumen im übrigen auch die Autoren selbst ein und empfehlen die Chemotherapie letztlich auch bei alten Patienten nur in „ausgewählten“ Fällen.

### *Stufe III: Verhältnismäßigkeit*

Bei der Analyse der Verhältnismäßigkeit gilt es den Nutzen einer Therapie gegenüber dem möglichen Schaden abzuwägen. Aus den Daten der Studie geht hervor, dass der Nutzen einer adjuvanten Chemotherapie bei jüngeren Patienten eindeutig den Schaden überwiegt, weil die größere Heilungschance mit einer erheblichen Lebensverlängerung einhergeht (Effektivitätsgrad weit über 100%). Im Gegensatz dazu kann bei älteren Patienten trotz gleicher Heilungschance wie bei jüngeren Patienten nur eine geringe Lebensverlängerung erreicht werden, was den Effektivitätsgrad stark reduziert (7%). Aus der Perspektive einer Sinnorientierten Medizin (S.O.M.) kann daher nicht behauptet werden, dass ältere Patienten von einer adjuvanten Chemotherapie nach Kolonkarzinom im gleichen Ausmaß wie jüngere profitieren. Deshalb wird man sich auch bei älteren Patienten eher überlegen, ob eine adjuvante Chemotherapie z.B. im Stadium II wirklich sinnvoll ist, bzw. ob sie dem Patienten zumutbar ist. Dies ist vor allem dann zu überlegen, wenn schwere Nebenwirkungen unter der Chemotherapie auftreten. In solchen Fällen wird man bei älteren Patienten eher auf eine Weiterführung der Therapie verzichten können, weil der Nutzen relativ gering ist, während man sie jüngeren Patienten wegen der hohen Effektivität sehr wohl trotzdem zumuten wird können.

Zusammenfassend kann daher gesagt werden, dass dieses Beispiel sehr eindrucksvoll zeigt, dass die Ergebnisse einer Studie nach den Kriterien der Evidence Based Medicine nicht ausreichen, um den praktischen Nutzen einer Therapie für den Einzelfall abschätzen zu können, sondern dass dazu die Kriterien der S.O.M. (Quantitativer Nutzen, Verhältnismäßigkeit) zusätzlich herangezogen werden sollten.

## Die behandlungsunwillige chronische Patientin

Frau Maria F., 46J. eine einfache Frau, verheiratet mit Josef, einem Bauarbeiter, 52J., kinderlos, ging nie einem Beruf nach, war immer Hausfrau, ca. 130 kg bei 168 cm; wohnt in einer Arbeitersiedlung – Reihenhaushaus – am Lande, in einer schlichten 2-Zimmer-Wohnung.

Die Patientin ist dem Hausarzt seit ca. 10 Jahren wegen chronisch rezidiv. Ulcera bd. Unterschenkel bei venöser Insuffizienz bekannt; des weiteren Glucosetoleranzstörung und Hochdruck.

Vor 4 Jahren kam es zu einer deutlichen Vergrößerung des Ulcera, die Patientin trug stets dicke Verbände, die sie selbst machte, besorgte sich Salben teils über Rezepte, die sie beim Hausarzt holen ließ bzw. selbst in der Apotheke kaufte. Sie erschien niemals selbst in der Ordination, sondern schickte immer ihren Gatten oder Nachbarn.

Sie berief den Arzt auch nie zu einer Visite. Wenn er sie einmal besuchte und die Ulcera sehen wollte, wimmelte sie ab, sie hätte gerade frisch verbunden, und es gebe ohnehin einen guten Heilungsverlauf und alles sei in Ordnung; sie nahm noch ein Hochdruckmittel ein und Glucophage 850; die BZ-Werte waren immer erhöht. Plötzlich sagten Nachbarn, dass von den Ulcera und den Verbänden ein übler Geruch ausgehe, der ihnen schon einige Zeit auffalle und eine Verwandte (eine pensionierte Krankenschwester) machte dem Arzt Vorwürfe, wie er da zuschauen könne. Ob er nicht in der Lage wäre, das Nötige zu tun! Der Arzt machte noch am selben Tag bei einer Visite der Patientin klar, dass nun etwas geschehen müsse, erzählte ihr von den Beschwerden und Vorwürfen, und sie fuhr unter Tränen ins Krankenhaus.

Nach 2 Monaten Behandlung im Krankenhaus kam sie nach Hause zurück.

OS-Amputation re. nach Osteomyelitis durch das Ulcus und mit einem kleinen Restulcus am li. US ca. 3x2 cm (Zustand nach plastischer Deckung). Sie hatte 25 kg abgenommen, der Hochdruck war gut eingestellt, sie musste 2 x tgl. Insulin spritzen bei guter Diabetes-Einstellung. Etwa 9 Monate ging es in diesem guten stabilen Zustand weiter (Visiten: 2-3 mal pro Monat), regelmäßige klinische Kontrollen im Krankenhaus und offensichtlich Befolgung der Diätvorschriften, Verbandwechsel und RR-Kontrollen durch die Hauskrankenpflege.

Dann begann die Patientin, wieder langsam in ihren alten Lebensstil zu schlittern. Gewichtszunahme, erhöhte RR-Werte und BZ-Werte (HbA1c über 10), das Ulcus am li. US vergrößerte sich wieder langsam. Alle Bemühungen des Arztes, die Situation zu bessern, bzw. den Zustand nach Spitalsentlassung wieder zu erreichen, bewirkten nichts; die Patientin beteuerte, ohnedies alle Ratschläge zu befolgen und ihre Diät einzuhalten, was aber unglaublich war (eine Hypothyreose wurde ausgeschlossen). Auch die Aufklärung bezüglich einer ev. Amputation des 2. Beines änderte nichts. Die Patientin war auch nicht zu einer stationären Behandlung bereit, der sie sich mit Tricks entzog (zu erwartende Besuche, bevorstehende Hernienoperation des Gatten, die auch immer verschoben wird etc.). Die Schwestern der Hauskrankenpflege drängten ebenfalls, dass etwas geschehen müsse, aber auch sie erreichten bei der Patientin nichts (deutlich zunehmender Verbandstoffbedarf, der sehr teuer ist). Die Patientin verharmloste weiterhin ihren Krankheitszustand. Eine Zwangseinweisung ist

nicht indiziert, sie ist geistig voll orientiert und zurechnungsfähig, es besteht weder allgemeine noch Selbstgefährdung.

Nach vielen Bemühungen über mehr als ein Jahr stellt sich nun die Frage des weiteren Vorgehens:

Lehnt der Hausarzt eine weitere Behandlung ab, so muss sich die Patientin einen anderen suchen (vermutlich würde sich dadurch in

nächster Zeit nicht viel ändern) oder es läuft so weiter wie bisher. Sollte man vielleicht einen Diät- und Speiseplan erstellen und dessen Einhaltung z.B. durch die Hauskrankenpflege kontrollieren lassen? Oder abwarten, bis akut Schmerzen oder andere Komplikationen auftreten, die einen raschen Handlungsbedarf, ev. die neuerliche Einweisung ins Spital erzwingen?



---

## Kommentar zum Fall:

# Die behandlungsunwillige chronische Patientin

Walter RELLÄ

Bevor ich mich der Problematik dieses Falles widme, möchte ich die Geschichte noch einmal vorbeiziehen lassen, um dabei jene Charakteristika herauszuarbeiten, die die Grundlage für eine ethische Beurteilung bilden können.

Geschildert wird zu Beginn die kleine Welt einer Frau mittleren Alters, die als Gattin und Hausfrau ihr Leben mit einem Bauarbeiter in einer schlichten Siedlungswohnung teilt. Der Beruf des Mannes legt nahe, dass die Frau, die für keine Kinder zu sorgen hatte, in den engen Wänden ihrer Wohnung zumeist alleine war. Sie schien auch außer Haus bis auf ein förmliches Verhältnis zu Nachbarn keine gesellschaftlichen Kontakte zu pflegen. Auch über einen größeren Garten, in welchem die Frau Beschäftigung oder Zerstreuung hätte finden können, verfügte das Reihenhhaus wahrscheinlich nicht. So lebte die Frau zurückgezogen und brachte ihre Zeit damit zu, auf die Rückkehr ihres Gatten zu warten. In dieser Situation der Beschäftigungsarmut und des Bewegungsmangels verwundert es nicht, dass die Frau an Gewicht zunahm und dass eine wohl angeborene Venenschwäche zu einem manifesten Venenleiden führte.

Zum Zeitpunkt des Einstiegs in die Geschichte wird ein BMI von weit über 40, also eine pathologische Adipositas, begleitet von einer Glukosetoleranzstörung und Bluthochdruck, sowie venöse Ulcera beider Beine beschrieben. Die Patientin bemerkte selbst die Verschlechterung ihres Zustandes und ein ums andere Mal mochte ihr Arzt ihr die Zusammenhänge ihrer Leiden erläutern und auf die Notwendigkeit eines Bewegungstrainings und einer Gewichtsabnahme hingewiesen haben. Statt die Ratschläge zu beherzigen zog sich die Frau indes noch mehr zurück und vermied

es, den Arzt weiterhin zu bemühen, der ihr Gewissen doch nur belastet hätte. Sie behandelte sich fortan, so gut sie es vermochte, selbst.

So ist es nicht erstaunlich, dass sich die Leiden der Frau immerzu verschlechterten. Insbesondere führten die Größenzunahme und die Sekundärinfektion der venösen Beingeschwüre dazu, dass diese üblen Geruch verbreiteten, was im Gefolge die belästigten Nachbarn und eine verwandte Krankenschwester auf den Plan rief, die schließlich unter Vorhaltungen über den katastrophalen Zustand seiner Patientin den Arzt herbeizitierte, er möge endlich aktiv werden. Dieser war wohl verärgert darüber, dass man nun ihm die Schuld zuschob und mochte gewiss argumentiert haben, dass nun eingetreten sei, wovor er schon immer gewarnt hatte und dass nun nichts übrig bleibe als raschest ins Krankenhaus zu fahren. Dort stellte man eine irreparable Situation fest, sodass das rechte Bein amputiert werden musste. Das linke Bein konnte erhalten und das Ulcus in einem langwierigen Verfahren hinreichend verkleinert werden. Auch der Blutdruck und der Diabetes waren nun gut eingestellt, nachdem die Patientin im Krankenhaus erheblich abgenommen hatte. Mit entsprechenden Diät- und Behandlungsanweisungen kehrte die Frau nach Hause zurück und war nach all den Erlebnissen zunächst auch motiviert, diese einzuhalten.

Die Lebensumstände zuhause hatten sich jedoch nicht geändert und auch ihre alten Gewohnheiten nicht. So kam es, dass nach einigen Monaten dieselben Probleme wie vor dem Krankenhausaufenthalt auftraten. Gewicht, Blutzucker und Blutdruck liefen „aus dem Ruder“ und das plastisch gedeckte Geschwür vergrößerte sich wieder. Trotz der bereits gemach-

ten Erfahrung war die Patientin wieder sehr uneinsichtig und lehnte jegliche Behandlung ab. Was sollte oder konnte nun geschehen?

Ziel der Behandlung muss es sein, unter Wahrung der persönlichen Freiheit der Patientin einen optimalen Behandlungserfolg zu erzielen. Innere Widerstände eines Patienten gegen die Behandlung erleben wir immer wieder, ja bilden sogar die Regel. Denn sehr oft ist es die Mächtigkeit der Umstände und des Schicksals, welche eine Krankheit erst hervorrufen, eine Mächtigkeit die stärker ist, als das Verlangen des Menschen nach seiner Heilung. Die Krankheit entpuppt sich so wie ein Konsens zwischen dem, was das Schicksal fordert und dem, was der Mensch zu tragen imstande ist.

In unserem Fall, der diesen Konsens ins Extreme verzerrt und der deshalb die alltäglichen Herausforderungen ins Dramatische steigert, reichen die üblichen einem Arzt zur Verfügung stehenden Maßnahmen, – Beratung, Medikation, Überwachung – nicht aus, bzw. werden nicht angenommen. In dieser Situation die Behandlung abzulehnen wäre eine ethisch gewiss zu rechtfertigende Option, denn in Wirklichkeit lehnt ja nicht der Hausarzt seine Hilfestellung, sondern die Patientin selbst jegliche Hilfe ab. Eine solche Option in die Tat zu setzen würde aber eher dem Missmut des Arztes entsprechen, der sich mit einer solchen Patientin keine Lorbeeren verdienen kann, als dem gerecht zu werden, was die Patientin selbst am meisten braucht, was also das eigentliche Anliegen des Arztes sein sollte und worin er seine Herausforderung sehen muss. Abgesehen davon steht hier der Ruf des Arztes auf dem Spiel: Verweigert er die Behandlung, so werden die Leute sagen: „Zuerst hat er sich um seine Patientin nicht gekümmert und jetzt lässt er sie sitzen.“ Bleibt er seiner Patientin treu, so werden die Leute ebenfalls murren und meinen: „So weit hat es kommen müssen, dass er sich um seine Patientin kümmert!“ Diesen Vorwurf zu entkräften wird aber dem Arzt leichter fallen als sich gegenüber jenem zu rechtfertigen.

Vor jeder Behandlung geht es darum, die eigentliche Manifestationsursache der Erkrankung zu erkennen und in diesem Fall das Verhalten der Patientin zu sich selbst und zu ihrem Arzt als wesentlichen Teil der Erkrankung wahrzunehmen. Es geht hier um die psychische Verfassung einer Frau, welche sich infolge ihrer Lebensumstände gezwungen sieht, der Erkrankung freien Lauf zu lassen. Es ist ja keine Frage, dass die Frau gesund sein möchte, aber die Umstände sind zu mächtig, als dass sie gegen sie etwas ausrichten könnte. Sie befindet sich gefangen wie in einem ausbruchsicheren Kerker.

Grundmotiv jeder Heilbehandlung, welche nicht auf Gewinn und Ehre blickt, ist das Erbarmen. Deshalb ist als erste Maßnahme wohl angebracht, Verständnis und Mitleid für die Not der Patientin aufzubringen und sie so von dem schlechten Gewissen zu befreien, das unsere Patientin in der Begegnung mit dem Arzt und anderen gutwilligen Helfern erdrückt. Vielleicht könnte der Arzt sagen: Ich weiß, wie schwer Sie es haben in Ihrer Lage – und sogar empathisch hinzufügen: Unter Ihren Umständen würde es mir auch nicht besser ergehen. Durch solche Worte könnte ein Stein vom Herzen der Patientin weggewälzt werden und es könnte eine neue Gesprächsbasis entstehen. Ist dieser Zugang einmal geschaffen, wird es notwendig sein, der Frau die „Freiheit gegenüber sich selbst“ (FRANKL) bewusst zu machen und bei den verbleibenden realen Möglichkeiten der Trendumkehr im Krankheitsverlauf anzusetzen. Dazu sollte man auch die Einwilligung der Patientin zu sanften Zwangsmaßnahmen einholen und ihr bewusst machen, dass die Annahme solcher Maßnahmen Teil dieser Freiheit gegenüber sich selbst ist.

Angesprochen wurde in diesem Zusammenhang beim geschilderten Fall ein strikter Diät- und Speiseplan und dessen Überwachung durch die Hauskrankenpflege. Ob diese allerdings mittel- bis längerfristig die Verantwortung für eine derartige Überwachung überneh-

men wollen wird, möchte ich aus meiner Erfahrung eher verneinen. Vielleicht ließe sich hingegen der eigene Gemahl für eine Mitarbeit und Überwachung des Behandlungsplanes gewinnen. Dazu wäre er auf Grund des Ehebandes und im Namen ehelicher Liebe gewiss verpflichtet. Die Überwachung könnte in diesem Fall durch ein rationiertes Kostgeld und die Kontrolle des Einkaufszettels erfolgen, sowie auch durch Beobachtung der Konsumation am gemeinsamen Speisetisch. Da der tagsüber schwer arbeitende Gatte wohl kaum die spartanische Kost seiner Frau mitmachen kann, wird das Erstellen und Durchhalten eines doppelten Menüs für die Eheleute eine nicht leichte Aufgabe sein. Wichtig wäre auch, dass der Mann seine Frau, sobald sie - durch die Hauskrankenpflege - Sicherheit im Umgang mit Gehstützen erlangt hat, zu Bewegung und Spaziergängen animiert und, wenn immer möglich, Zeit für gemeinsame Ausgänge findet, wohl auch um ihr besonders zu Anfang bei der Überwindung der Scham vor der Öffentlichkeit zu helfen. Um all das zu erreichen wird es ständiger motivierender Gespräche bedürfen und der wiederholten Erläuterung des Erkrankungszusammenhangs.

Weiters sollten auch die medikamentösen Maßnahmen ausgeschöpft werden. In Anbetracht der Lebensumstände unserer Patientin - häufiges Alleinsein, wenig Zukunftsperspektiven - könnte die Erkrankung von einer Depression überlagert sein, welche durch geeignete Antidepressiva zu behandeln wäre. Weiters sollte eine hochdosierte entstauende Therapie mit Aescinextrakten und Enzymen (z.B. Wobenzym®)

nicht unversucht bleiben. Schließlich wäre bei der bestehenden pathologischen Adipositas der Einsatz eines spezifischen Lipidaufnahmehemmers zur Unterstützung der Gewichtsabnahme zu rechtfertigen. Die Einnahme eines solchen Medikamentes würde überdies einen zusätzlichen Anreiz zur strengen Fettlimitierung im Speiseplan darstellen, da sonst unangenehme Nebenwirkungen drohen.

Insgesamt impliziert die Behandlung dieses Falles ein hohes Engagement aller beteiligten Helfer, wobei der Hausarzt die Schlüsselposition innehat. Obwohl seine Bemühungen jene eines Routinefalles weit überschreiten müssen, bleibt der Ausgang des Unternehmens auch bei bester Sachkompetenz ungewiss. Dies birgt die Gefahr der Frustration in sich, ja kann sogar bei einem engagierten Arzt den Ausbruch eines Burnout-Syndroms heraufbeschwören. Das wäre bei der ethischen Beurteilung dieses Behandlungsfalles mit zu berücksichtigen. Dementsprechend sollten bei drohendem Scheitern des Behandlungsplanes mögliche Ausstiegsszenarien vorhanden sein. Dazu zählen die Beauftragung von Kuraufenthalten oder eine neuerliche Spitalseinweisung. Eine besondere Tugend aller Beteiligten wird die Geduld sein müssen und die nüchterne Einsicht, dass nicht alles was vernünftig wäre unter den Bedingungen des Alltags auch durchgesetzt werden kann. Trotz aller Schwierigkeiten sollte die Patientin keinesfalls sich selbst überlassen werden.

*Dr. Walter RELLA, Arzt für Allgemeinmedizin  
Z. Hölzl Straße 2  
A - 2640 Gloggnitz*

## Erklärung der Österreichischen Bischofskonferenz zur Bioethik

Die Österreichische Bischofskonferenz erwartet mit Sorge mehrere Entscheidungen der politischen Verantwortungsträger. Es wird sich zeigen, inwieweit die österreichische Bundesregierung bereit ist, in wesentlichen Grundsatzfragen mit einer gewissen Unabhängigkeit von Mehrheitsverhältnissen in der EU und von den Wirtschaftsinteressen mancher einen ethischen verantwortbaren, eigenständigen Weg zu gehen.

Die Sorgen der Bischöfe beziehen sich vor allem auf den Umgang mit menschlichem Leben und die Achtung vor der Würde der Person sowie auf den Schutz der Jugend.

Die Bischöfe ersuchen dringend, dass unabhängig vom Beitritt zur Bioethik-Konvention der EU allgemein verboten bleibt:

- jede entgeltliche und unentgeltliche „Verwertung“ von lebenden oder absichtlich getöteten menschlichen Embryonen oder Föten,
- jeder gezielte Eingriff in die menschliche Keimbahn,
- jede Erzeugung von menschlichen Embryonen durch jegliche Art von Klonung,
- jede Gewinnung von Stammzellen, die eine Zerstörung von menschlichen Embryonen zur Voraussetzung hat, unabhängig davon, wie diese zustande gekommen sind,
- jede Herstellung hybrider Lebewesen aus Keimzellen oder totipotenten Zellen von Mensch und Tier.

Eine besondere Sorge ist den Bischöfen auch die Entwicklung im Bereich der pränatalen Diagnostik. Aus allen Bundesländern wird berichtet, dass schon der geringste Verdacht auf das Vorliegen einer möglichen Behinderung des Kindes bei einem sehr hohen Prozentsatz der schwangeren Frauen zur Ab-

treibung führt. Die Bischöfe empfinden es als bestürzend, dass in einem Land, in dem in den letzten Jahren hervorragende Einrichtungen für Behinderte geschaffen wurden, auf diese Weise Selektion betrieben wird. Dringend wäre die gezielte Förderung von Beratungseinrichtungen, die betroffenen Frauen – verbunden mit der Beratung – die möglichen Hilfestellungen anbieten, wenn sie ihr Kind zur Welt bringen. Die katholische Kirche ist bereit, zur Bewältigung dieser Probleme weiterhin ihren Beitrag zu leisten.

*Wien, am 8. November 2001*

## NACHRICHTEN

**Abtreibung: RU-486 in China verboten**

Seit 1998 war die Abtreibungspille RU-486 in China weit verbreitet und im Umlauf. Doch nun hat die chinesische Regierung ein neues Gesetz beschlossen, das den Gebrauch und Verkauf von Mifegyne verbietet. „Um die Sicherheit von Patienten zu gewährleisten und ihre Gesundheit zu schützen, wurde ein Verbot des Verkaufs der Mifepistone Tabletten in allen Apotheken entschieden, egal ob der Patient eine ärztliche Verschreibung für RU-486 hat oder nicht.“ So ein Bericht in der Beijing Morning Post. Dieser Schritt wurde gesetzt, nachdem mehrer Spitäler in China berichteten, dass sie Frauen, die unter den Nebenwirkungen dieser Medikation leiden, behandeln müssen.

*Australasian Bioethics Information,*  
19. Oktober 2001

**Forschung: Geschlechtsbestimmung vor Zeugung**

Wissenschaftlern der Universität von Sydney und des amerikanischen Biotech-Unternehmens XY Inc. ist es erfolgreich gelungen, männliche von weiblichen Spermien schnell zu trennen. In 24 von 25 Fällen konnte das Geschlecht von Lämmern vor der Besamung bestimmt werden. Das Verfahren nutzt den Unterschied im Erbgut der weiblichen Spermien, die ein X-Chromosom besitzen, und den männlichen mit einem Y-Chromosom. Mit Hilfe von Laserlicht erkennen die Forscher die unterschiedlichsten Samenzellen, trennen sie maschinell und frieren sie bis zur künstlichen Besamung ein.

In zwei bis drei Jahren soll diese Methode weltweit anwendbar sein.

*Presstext, 9. Oktober 2001*

**Technologie: Videoüberwachung statt Krankenbetreuung**

Eine 24-monatige Evaluationsstudie der Pennstate University hat gezeigt, dass der Tausch von Heimhilfen für Kranke gegen interaktive Videoeinrichtungen ein kosteneffektives Pflegeangebot darstellt. Über einen Zeitraum von 60 Tagen ersparten sich die Patienten durch die sog. „Telehome-Care“ ca. 300 Dollar. Dabei wurden 7 Hausbesuche durch interaktive Videos ersetzt.

Die Hälfte von 171 Diabetikern wurde zu Hause mit einer Telekommunikationsstation ausgerüstet. Die Station beinhaltete einen PC und einen Monitor, der mit einer Videokamera und einer Sprechfunktion ausgerüstet war. Zur weiteren Ausstattung gehörte ein Stethoskop und eine Blutdruckmanschette.

Mittels einer Telefonleitung zur Ordination konnte der Patient mit der Krankenschwester Seh- und Sprechkontakt aufnehmen und umgekehrt. Dadurch konnte die Betreuerin Temperatur und Blutdruck messen, Herz- und Lungentöne abhören sowie die Blutzuckerwerte und den Ernährungsplan besprechen. Die zweite Hälfte der 171 Diabetiker erhielt eine herkömmliche persönliche Betreuung.

Laut Studienleiterin Kathryn DANKY mussten Patienten mit „Videobetreuung“ weniger häufig rehospitalisiert werden und in geringer Häufigkeit Notfall-Ambulanzen aufsuchen. „Den Patienten gefiel das Arbeiten mit der High-Tech-Ausrüstung. Die Stationen vermittelten Si-

cherheit, da die Patienten jederzeit mit der Krankenschwester in Kontakt treten konnten“, betonte DANKY und ergänzte: „Videos können Heimhilfen nicht vollständig ersetzen, da Patienten einen persönlichen Kontakt brauchen.“

*Presstext, 3. Oktober 2001*

**Lebensqualität: Keine Beeinträchtigung bei Krebs**

Trotz der Schwierigkeiten mit denen Krebspatienten sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht konfrontiert sind, beurteilen viele Überlebende ihre Lebensqualität als gut, manchmal besser als es die Öffentlichkeit oder selbst der behandelnde Arzt tun würde.

Überlebende von gynäkologischen Karzinomen, die an einer solchen fertiggestellten Studie teilnahmen, beurteilen ihre Lebensqualität als gleich oder besser als vor der Diagnostizierung ihrer Erkrankung. Die Studie, durchgeführt am King Edward Memorial Hospital in Western Australia, wurde speziell für Patienten mit einem niedrigen Risiko, an einem Rezidiv zu erkranken, konzipiert. Die Lebensqualität dieser Patienten wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst: die Sorge um Schwierigkeiten beim Wiedereinstieg ins alltägliche Leben, finanzielle Probleme, Angst davor, vielleicht nicht die richtige Behandlungsmethode gewählt zu haben, Nebenwirkungen, Änderung in der Sexualfunktion, Fruchtbarkeit etc. ...

Befragt wurde nun die Einstellung zu diesen Problembereichen vor und nach der Diagnose: die meisten der Patienten beurteilten ihre Lebensqualität als sehr zufriedenstellend. In Untersuchungen zeigte sich, dass sogar die behandelnden Ärzte

die Lebensqualität ihrer Patienten in einer 7 stufigen Skala oft um 1 bis 5 Stufen schlechter beurteilten als jene sich selbst.

Die Bestrahlungstherapie wurde durchwegs negativ bewertet, obwohl Patienten, die bestrahlt wurden dennoch eine relativ hohe Lebensqualität angaben.

*J of the American, British and Inter. Psycho-Oncology Soc., September 2001*

### **Technologie: Internet als Informationsquelle**

Seit dem Internet-Zeitalter sind Patienten immer besser informiert. Die Zahl der Kranken, die zu ihrem Leiden vor dem Arztbesuch das World Wide Web zu Rate ziehen, steigt von Jahr zu Jahr. Doch nicht alle Mediziner schätzen solche Zusatzinformationen von Patientenseite. Besonders, wenn der Kranke auch noch verschiedene Behandlungsmethoden vorschlägt, löst das bei manchen Spezialisten Ärger aus. Mit dem Symposium „Informationstransfer und -management in der Medizin“ hat das Hortenzentrum der Universität Zürich diese für viele Ärzte neue Situation thematisiert.

Medizinpages werden heute im Internet nach den Sexseiten am zweithäufigsten angeklickt. Deshalb sollten sich auch Ärzte laufend im Internet über die neuesten Entwicklungen in Medizin und Forschung informieren. Zwar verfügen 75% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz über einen Internetanschluss, doch nur 7% nutzen ihn zur Informationsbeschaffung während der Patientenkonsultationen. Die Zeit der Mediziner ist knapp. Umso wichtiger ist, dass Anbieter ihre Daten im World Wide Web anwenderfreundlich präsentieren.

Das Internet hat die Beziehung zwischen Arzt und Patient verändert, darin waren sich die sechs Referenten einig. Die „Götter in Weiß“

müssten sich jetzt mit wohlinformierten „Kunden“ auf einen Wissenswettbewerb einlassen. Sperrt sich die Ärzteschaft gegen diese Entwicklung, riskiert sie einen Vertrauensverlust der Patienten.

*Presstext, 21. September 2001*

### **AIDS: Pflicht-Test für Paare**

Ab dem 13. November, dem Welt-AIDS-Tag, muss sich jedes moslemische Paar, das im malaysischen Bundesstaat Johor heiraten möchte einem obligatorischen Aids-test unterziehen, so der Chefminister des südlichsten Bundesstaates der Malaysischen Föderation. Der AIDS-Test wurde als Fatwa, als islamisches Rechtsgutachten des religiösen Rates in Johor bezeichnet und ist damit als bindendes Gesetz anerkannt.

Der AIDS-Test sei nicht als Hindernis zum Eheschluss zu verstehen, sondern soll nur Aufschluss über den wahren Gesundheitszustand der Brautleute geben. Im Falle eines positiven Ergebnisses des Tests könne der religiöse Rat eine Hochzeit aber auch nicht verhindern. Diese Regelung gilt für moslemische Männer, die eine Frau aus Johor heiraten wollen sowie für Männer aus dem Bundesstaat, die außerhalb heiraten wollen. Der obligatorische Test solle junge Männer vor ungesunden Aktivitäten fernhalten.

Ein weiterer Grund für die strikte Gesetzgebung liegt auch in der hohen Zahl an HIV-Positiven – die Rate an AIDS-Kranken ist in Johor höher als in ganz Rest-Malaysia.

*Presstext, 30. Oktober 2001*

### **Euthanasie: Abschaffung in Oregon?**

Nach dem Gesetz des Staates Oregon „In Würde sterben“ können todkranke Patienten ihren Arzt um ein zum Tode führendes Mittel

bitten. Dabei ist es nötig, dass zwei Ärzte eine Lebensdauer von unter sechs Monaten bescheinigen, der Patient sich freiwillig für die Euthanasie ausgesprochen hat und das Präparat selbst einnimmt.

Seit 6. November 2001 sind die Bestimmungen gegen die Euthanasie in Oregon verschärft worden. Der amerikanische Justizminister John ASHCROFT erließ eine Verfügung, nach der die Bundespolizei gegen Ärzte vorgehen darf, die Patienten beim Selbstmord durch Verschreibung geeigneter Narkotika unterstützen. ASHCROFT meinte, dass Beihilfe zum Selbstmord ein illegitimer Verwendungszweck der rezeptpflichtigen und staatlich kontrollierten Substanzen sei. Derartige Medikamente dürften lediglich zur Schmerzenslinderung verschrieben werden.

Die Vereinigung christlicher Ärzte in den USA äußerte sich positiv über die Entscheidung ASHCROFTS. Durch die neue Regelung erhielten Ärzte mehr Rechtssicherheit, wenn sie unter das Drogengesetz fallende Substanzen zur Linderung von Schmerzen verschreiben wollen.

*Kathpress, 8. November 2001*

### **Klonen:ritisches Gesetz geändert**

Das britische Oberhaus hat das von der Regierung vorgelegte Gesetz gegen das reproduktive Klonen gebilligt. Dieses Gesetz sieht Gefängnisstrafen bis zu 10 Jahren für diejenigen vor, die einen Menschen zu Fortpflanzungszwecken klonen. Das therapeutische Klonen bleibt aber weiterhin in Großbritannien erlaubt.

Mit dem neuen Klonesgesetz reagiert die britische Regierung auf ein Urteil des obersten Zivilgerichts, das kürzlich das britische Klonesgesetz für fehlerhaft erklärt hatte. Das Fortpflanzungsmedizinengesetz von 1991

definiert den menschlichen Embryo als Wesen, das durch die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle entsteht. Da beim Klonen aber statt einer Samenzelle eine menschliche Körperzelle mit der Eizelle verschmolzen wird, sei der daraus entstehende Embryo vom Gesetz nicht als Mensch definiert und damit auch nicht geschützt. Als diese Mängel entdeckt worden waren, kündigte der italienische Arzt Severino ANTINORI an, er wolle die vom Gericht festgestellten Gesetzeslücken nutzen und in Großbritannien einen Menschen klonen. Das neue Gesetz verbietet jetzt, einen Embryo in den Mutterleib einzupflanzen, der auf andere Weise entstanden ist als durch eine Verschmelzung von Ei- und Samenzelle.

*Kathpress, 27. November 2001*

### **Forschung: Neurale Stammzellen**

Wissenschaftler des Max-Planck-Institut für Neurobiologie haben erforscht, was bestimmte Zellen im Gehirn dazu bringt, als neurale Stammzellen zu fungieren. Experimente haben gezeigt, dass in sich entwickelnden fötalen Gehirnen, eine Untergruppe von Zellen (Gliazellen), als neurale Stammzellen agieren, die eine Vermehrung der Neurone anregen. Bisher war unbekannt, was bestimmten Gliazellen und einer sehr kleinen Anzahl von Sternzellen das Stammzellen-Potenzial verleiht. Jetzt wurde ein verantwortliches Schlüsselmolekül entdeckt. Wurde dieses Molekül jenen Zellen hinzugefügt, die normalerweise nicht als Stammzellen fungierten, begannen sie mit der Produktion von Neuronen.

Damit verbessern sich die Aussichten für einen Einsatz von normalen Sternzellen für die Herstellung neuer Neuronen zur Behandlung von Gehirnschäden.

*Presstext, 14. November 2001*

### **Psychologie: Familien Schlüssel zur Gesundheit**

Kinder mit Angststörungen, die aus schwierigen Familien stammen, zeigen weniger erfolgreiche Entwicklung in psychiatrischer Behandlung als Kinder, die aus gesunden Familien stammen.

Anlass der Studie war die Beobachtung, dass manche Kinder besser, manche gar nicht auf psychotherapeutische Maßnahmen ansprechen.

Die Autorin der Studie Melissa CRAWFORD vom Department of Human Development und Applied Psychology am Ontario Institute for Studies in Education der Universität Toronto ist über die Ergebnisse der Studie nicht überrascht.

Es leuchtet ein, dass Kinder, die den Stress der Eltern und negative familiäre Interaktionen ertragen müssen, in ihrer Ängstlichkeit nur bestärkt werden.

Diese Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit der Einbindung der Eltern in den therapeutischen Prozess.

*Eurekalert, 24. Oktober 2001*

### **Gesundheit: Ärzte ermuntern nicht**

Einer in den USA jüngst veröffentlichten Studie zufolge erhalten nur 25% aller Erwachsenen von ihren Ärzten den Rat, physische Aktivität zu fördern.

Die Forschung hat bereits gezeigt, dass regelmäßige physische Aktivität das psychologische Wohlbefinden steigert, aber auch das Risiko an Diabetes, Kolonkarzinom, Hypertension oder Fettleibigkeit zu erkranken, mindert.

Dazu kommt, dass 68% der Amerikaner der Empfehlung des Centers for Disease Control and Prevention nicht nachkommen, sich 5 mal pro Woche wenigstens 30 Minuten am Tag physisch zu betätigen.

Auch der Betreuung in Ernäh-

rungsfragen und Stressreduktion wird kaum mehr Gewicht im beratenden Gespräch beigemessen. Einzig vom Nikotinkonsum raten die Ärzte mit deutlicherem Nachdruck ab. Jene Befragten, die den Rat jedoch bekommen hatten, sich physisch zu betätigen, wurden praktisch kaum darin angeleitet.

Im Center for Disease Control and Prevention will man nun die Wichtigkeit von körperlicher Bewegung in der Krankheitsvorsorge umso mehr herausstreichen.

*Eurekalert, 1. Oktober 2001*

### **AIDS: Zusammenhang mit Alkohol**

AIDS macht zwar kaum mehr Schlagzeilen, dennoch ist es immer noch eine Epidemie. Seit dem ersten registrierten Fall 1981 erkrankten in den USA seither 800.000 Personen, 450.000 davon sind bereits gestorben. Pro Jahr kommt es zu ca. 40.000 Neuinfektionen. Mehr als ein Drittel der AIDS-Fälle, die dem Center for Disease Control and Prevention (CDC) gemeldet wurden, stehen im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch. Ein bislang noch wenig beobachteter Mechanismus in der HIV-Übertragung ist einer neuen Studie zufolge der Alkoholabusus. So sind gewisse Risikogruppen, etwa Homosexuelle in gewissen Städten dabei, ihr Risiko an AIDS zu erkranken, hinaufzuschrauben. Auch bei Drogensüchtigen (injection drug users = IDU) ist Alkohol oft im Spiel. Er gilt ja nicht als Droge, senkt dennoch Hemmungen und verführt zu ungeschütztem Sex.

Dies konnte nun auch in einer Studie belegt werden. Bevor jedoch diesbezüglich gezieltere Schritte in der Prävention unternommen werden, will man die bisherigen Ergebnisse noch vertiefen.

*Eurekalert, 28. Oktober 2001*

**RdM RECHT DER MEDIZIN**

Wien, Zeitschrift in Deutsch

8. Jahrgang, Heft 5, 2001

Editorial

Beiträge:

Michael BRAUN, Johannes ZARL:

Aktuelle Änderungen im Ärztegesetz;

Martin KURZ, Klaus SCHINDELWIG: Ausschlussgründe für eine Ambulanzgebührenbefreiung – ein Irrweg?;

Sylvia HUMMELBRUNNER: Was sollten Übernehmer und Übergeber einer Arztordination vor der vertraglichen Abwicklung der Unternehmensübergabe jedenfalls bedenken?;

Sylvia HUMMELBRUNNER: Checkliste: Sie beabsichtigen, Ihre Ordination zu verkaufen/eine Ordination zu kaufen?

**REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA.** Santiago de Compostela, Spanien

Quartalschrift in Spanisch

Vol. XII, Nº. 45, 2ª 2001

Presentación:

M. RUTLLANT, L.F. TRULLOLS: Sexualidad humana y práctica de los métodos naturales.

Tema de estudio: Metodos naturales de fertilidad o anticoncepcion

- Joseph B. STANFORD: Sexo, naturalmente;

- H. Estévez RIAL, S. Alonso BURGER: Antropología de los métodos naturales de regulación de la fertilidad;

- José Mª Murcia LORA, Mª Luisa ESPARZA: Detección del período ovulatorio y aplicaciones clínicas: abordaje contemporáneo;

- Rafael Luis PINEDA: La contracepción de emergencia;

- Jacques SUAUDEAU: Las raíces comunes de la píldora anticonceptiva y del aborto;

- Mª Dolores MILÁN: Aspectos bioéticos del enfermo en estado vegetativo persistente;

- Walter R. LARIMORE: El efecto abortivo de la píldora anticonceptiva y del aborto;

- Mª Marta MAINETTI: Diagnóstico Prenatal;

- Sergio CECCHETTO: Subsidios e incentivos para la esterilización electiva y voluntaria de varones;

Colaboraciones:

- Mª Mercedes HACKSPIEL: Los Comités de Bioética y el conflicto armado colombiano;

Etica y Trasplantes:

- Fermín García MARCOS: Aspectos éticos del trasplante de órganos;

- Mª A. Fernández LAMELAS, R. ANTOLÍN, Mª J. PUIALTO, C.V. RODRÍGUEZ, S. MARTÍNEZ: Consideraciones éticas en el xenotrasplante; Psiquiatria:

- Edna Karina VAQUERANO, Edgar Hernández GÁLVEZ: Bioética en la docencia psiquiátrica;

- I. SOLANAS, I. RODRÍGUEZ, J.R. GARCÍA: Evaluación de los principios básicos normados por la OMS para la atención de la salud mental.

**ETHIK IN DER MEDIZIN.**

Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.

Band 13, Heft 3, 2001

Editorial: V. VON LOEWENICH: Präimplantations-Diagnostik (PID) – Anmerkungen eines Neonatologen;

Originalarbeiten:

W. LÜBBE: Veralltäglichen der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin?

B. GESANG: Aktive und passive Ster-

hilfe – Zur Rehabilitation einer stark kritisierten deskriptiven Unterscheidung;

W. BRUCHHAUSEN: Medizin und Moral ohne Kontext. Die ethnomedizinische Kritik an der Bioethik; Fall und Kommentare: G. BOCKENHEIMER-LUCIUS: Perinatale Sterbegleitung eines schwerstbehinderten Kindes bei infauster Prognose der extrauterinen Lebensfähigkeit – Welchen Stellenwert hat der Elternwille im stationären Klinikalltag?

**ETHICA**

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

9. Jahrgang Heft 3, 2001

Leitartikel:

Sibylle ACKERMANN: Ethische Probleme der Stammzell-Forschung und -therapie;

Franco H.O. REST: Wenn ich dich bitte „Töte mich“, dann rette mich! Der Hospizgedanke als Euthanasieprophylaxe;

Gerhard ZECHA: Negativer Utilitarismus;

Diskussionsforum:

Bruno SCHMID: Forschungsfreiheit versus Lebensrecht. Güterabwägung im Umgang mit embryonalen Stammzellen?

**THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY.**

Dordrecht/ Boston/ London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol 26 No.5, October 2001

B. Andrew LUSTIG: Theoretical and Clinical Concerns about Brain Death: The Debate Continues;

D. Alan SHEWMON: The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating „Brain Death“ with Death;



Michael POTTS: A Requiem for whole Brain Death: A Response to D. Alan SHEWMON's „The Brain and Somatic Integration”;

Amir HALEVY: Beyond Brain Death?

T. Forcht DAGI, Rebecca KAUFMAN: Calrifying the Discussion on Brain Death;

Stuart J. YOUNGNER, Robert M. ARNOLD: Philosophical Debates about the Definition of Death: Who Cares?

Courtney S. CAMPBELL: A No-Brain-ner: Criticisms of Brain-based Standards of Death.

Vol 26 No.6, December 2001

Robert M. VEATCH, Franklin G. MILLER: The Internal Morality of Medicine: An Introduction;

Edmund D. PELLEGRINO: The internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the helping and Healing Professions;

Franklin G. MILLER, Howard BRODY: The Internal Morality of Medicine: An Evolutionary Perspective; Tom L. BEAUCHAMP: Internal and External Standards for Medical Morality;

Robert M. VEATCH: The Impossibility of a Morality Internal to Medicine;

John D. ARRAS: A Method in Search of a Purpose: The Internal Morality of Medicine.

ACTA PHILOSOPHICA.

Rom, Italien.

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 10 (2001), fasc. 2

Un inedito sul caso Galilei

Mariano ARTIGAS: Un nuovo documento sul caso Galileo: EE 291;

Rafael MARTÍNEZ: Il manoscritto ACDF, Index, Protocolli, vol.EE.f. 291 r-v;

Lucas F. MATEO-SECO: Galileo e l'Eucaristia. La questione teologica dell' ACDF Index, Protocolli, EE.f. 291 r-v;

William R. SHEA: Galileo e l'atomismo;

Studi:

Michele MARSONET: Wilfrid Sellars

e le due immagini dei mondo;

Note e commenti:

Juan Francisco FRANCK: I quattro fini della filosofia rosminiana;

Alice RAMOS: The Dignity of Man and Human Action.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

2001/5

Editoriale: L'emotività mediatica ed i suoi danni;

T. BERTONE: I cattolici e la società pluralista, le “leggi imperfette” e la responsabilità dei legislatori;

P. NELLAVITE, M. SEMIZZI, P. MUSSO, R. ORTOLANI, G. ANDRIOLIS: Medici-

na ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all'integrazione?

L. EUSEBI: Il diritto penale di fronte alla malattia;

J. LÓPEZ GUZMÁN, A. APARISI MIRALLES: Alimentos transgénicos. Del valor de la naturaleza al valor del mercado.

HASTINGS CENTER REPORT.

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Volume 31 No. 5, 2001

From the Editor: Bioethics and Race

At law: Lawrence O. GOSTIN: The Rights of Pregnant Women: the Supreme Court and Drug Testing;

Case Study: David John DOUKAS, Michael Aristides DOUKAS:

Turning from “Cure” to “Care”;

Research Notes: Angela WASUNNA: The Front Line in the African AIDS Crisis;

Hawley FOGG-DAVIS: Navigating Race in the Market for Human Gametes;

Susan M. REVERBY: More than Fact and Fiction: Cultural memory and the Tuskegee Syphilis Study;

Cynthia B. COHEN, Sondra E. WHEELER, David A. SCOTT, the Anglican Working Group in Bioethics: Walking a Fine Line: Physician Inquires into Patients' Religious and Spiritual Beliefs.

### **KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN**

Philip R. MYERSCOUGH, Michael FORD

Verlag Hans Huber, Bern 2001

270 Seiten

ISBN 3-456-83210-9

Da es im deutschsprachigen Raum nur wenig lehrreiche Literatur zum Thema "Ärztliches Gespräch" gibt und auch die universitäre medizinische Ausbildung hierzulande keine systematische Behandlung dieser Thematik kennt, ist man froh, wenigstens nach einem aus dem Englischen übersetzten einschlägigen Werk greifen zu können und ist auch als langjährig tätiger Hausarzt gespannt, ob die durch Gespräch und Erfahrung vermittelten Kenntnisse mit dem systematischen Lehrwissen eines einschlägigen Buches im Einklang stehen.

Das Buch ist das gemeinsame Werk eines Frauenarztes (P. MYERSCOUGH, der die Buchidee hatte) und eines Allgemeinmediziners (M. FORD), ergänzt durch Beiträge einzelner Gastautoren.

Orientiert man sich an der gelungenen Aufmachung und am Inhaltsverzeichnis, scheinen die gesetzten Erwartungen nicht enttäuscht zu werden. Der die ersten ca. 100 Seiten umfassende allgemeine Teil behandelt systematisch sowohl die Eigenschaften einer guten Kommunikation im Allgemeinen als auch die besonderen Erfordernisse des ärztlichen Gesprächs. Die theoretischen Ausführungen werden durch mehrere Zeichenskizzen und viele praktische Gesprächsbeispiele illustriert. Dem wichtigen nonverbalen Aspekt jeder Kommunikation, sei er bewusst oder unbewusst, sowie der allgemeinen Atmosphäre des ärztlichen Gesprächs wird gebührender Raum gegeben. Auch die Erörterung der Kommunikation mit Angehörigen kommt nicht zu kurz. Wertvoll ist auch, dass sich der Arzt im Spiegel sehen kann und seine eigenen Ängste und Vermeidungsstrategien zur Sprache kommen. Der den Rest des Buches umfassende besondere Teil befasst sich mit bestimmten schwierigen Gesprächsthemen (ge-

störte Beziehungen, schwierige Entscheidungen, Kommunikation über Sexualität) sowie der Kommunikation mit Menschen verschiedenen Alters (vom Kind bis zum Greis) und unter verschiedenen Umständen (Klinik, Praxis, Schwangerschaft). Besonders informativ ist eine 14 Seiten umfassende Erörterung der Kommunikation mit Menschen aus anderen Kulturen.

Geht man ins Detail der einzelnen Ausführungen folgt dem ursprünglich positiven Eindruck – mit Ausnahme weniger Kapitel – bald Ernüchterung. Diese hat mehrere Ursachen: Zum Einen sind die einzelnen Themen eher oberflächlich behandelt, lassen wichtige Inhalte vermissen, während entbehrliche oder vom Thema abweichende Aspekte breit ausgeführt sind. Die Untergliederung der einzelnen Kapitel lässt kaum eine logische Gedankenfolge erkennen. Breit ausgeführt ist etwa in Kap. 3 („Ablauf des medizinischen Gesprächs“) der diagnostische Entscheidungsbaum, der doch nur in den Gedanken des Arztes präsent ist und kaum je vor dem Patienten zu Sprache kommt. Gut geglückt ist im Allgemeinen Teil das Kapitel „Kommunikationshindernisse“. Im Kapitel über „Kommunikation mit älteren Menschen“ hingegen wird eine ganze Buchseite darauf verwendet, um zu erläutern, dass man mit Hörbehinderten laut sprechen müsse, während die sehr häufigen Diskriminationsdefizite älterer Menschen, welche langsame Rede und einfache Worte erfordern, keine Erwähnung finden. Im Kapitel „Kommunikation über Schwangerschaft und Familienplanung“ wird gefordert, dass der Arzt das Thema Empfängnisverhütung von sich aus anzusprechen habe, um die Eltern vor zuviel Kindern oder einer unerwünschten Schwangerschaft zu bewahren. Andererseits wird das für das ärztliche Gespräch so wichtige und dankbare Thema des Schwangerschaftsabbruchs und des Post-Abortion-Syndroms auf einer knappen halben Seite abgetan. Offenbar gehen die Autoren davon aus, dass ethische Grundsätze im ärztlichen Gespräch nichts verloren hätten.

In diese Richtung weist auch die auf Schritt und Tritt begegnende Grundannahme der Autoren, die menschliche Person bestehe aus einem Bündel von Emotionen, die so zu steuern und zu therapieren seien, dass sie ein ausgeglichenes Lebensgefühl ermöglichen. Nur so ist es zu erklären, dass die Beschäftigung mit den Gefühlen der Patienten einen derart breiten Raum in den Darlegungen der Autoren einnimmt. Die Tatsache, dass das sittlich Gute auch das Heilsame ist, gerät dabei völlig aus den Augen. Gewiss ist die Fähigkeit, sich in die Gefühlslage des Patienten zu versetzen ein wichtiges Vermögen ärztlicher Kunst, doch darf er dabei nicht stehen bleiben. Er muss in der Lage sein, Perspektiven aufzuweisen, das gegenwärtige Lebensgefühl – Wut, Angst, Trauer, „Stress“, was immer für die personale Reifung des Rat und Trost Suchenden wichtig ist, fruchtbar zu machen.

In Anbetracht der erwähnten Grundeinstellung der Autoren ist es auch wenig verwunderlich, dass jene Haltungen und Fähigkeiten, die die Tugend des Arztes bestimmen, zu bloßen Techniken herabsinken. Man hat zuweilen den Eindruck wie ein Pharmaberater geschult zu werden. Die Übersetzung bemüht sich erst gar nicht, die englischen Fachbegriffe so ins Deutsche zu übertragen, dass sie als Bezeichnungen für menschliche – ärztliche – Tugenden erscheinen können. Zur Rechtfertigung der Autoren kann man freilich darauf hinweisen, dass das Taugende, von dem die Tugend abgeleitet ist, selbst nur mehr im Sinne bloßer Nützlichkeit verstanden wird.

Vier Haltungen sind es, die die ärztliche Kommunikation mit Patienten kennzeichnen und deren Anfangsbuchstaben das englische Wort CARE (Fürsorge) ergeben: Comfort, Acceptance, Responsiveness und Empathy. Würden sie übersetzt, so würden sie lauten: freundliche Gelassenheit, bergende Zuwendung, Feinfühligkeit und Einfühlsamkeit. Diese Ausdrücke – Tugendbegriffe – werden aber, wie gesagt, nicht verwendet, sondern es bleiben die Fremdworte als technische Fachbegriffe stehen, und werden als solche erläutert.

Noch ein anderer in der deutschen Übersetzung liegender Umstand macht die Lektüre des Buches schwer: Obwohl niemand aus dem Titel „Kommunikation mit Patienten“ die bloße Befassung mit männlichen Patienten herauslesen wird, werden im Buchtext jeweils Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Anfängerinnen und Anfänger, Psychiaterinnen und Psychiater etc. getrennt angesprochen, eine Praxis, die man nur als lächerliche Mode ansehen kann, zumal wenn auf einer Buchseite bis zu ein Dutzend derartiger Spezifikationen zu finden sind.

Insgesamt wird man sagen müssen, dass das vorliegende Buch ein bisher vernachlässigtes Thema in der medizinischen Ausbildung dankenswerterweise aufgreift und den Versuch unternimmt, zahlreiche spezifische Aspekte ärztlicher Kommunikation systematisch zu beleuchten. Der Gewinn, der aus einem solchen Unterfangen geschöpft werden könnte, bleibt aber geschmälert durch das verkürzte zugrundeliegende Menschenbild und durch die unzureichende Übersetzung.

Die Positionierung des ärztlichen Gesprächs im Gesamtkontext der Arzt-Patienten-Beziehung sollte auch die Unterscheidung der Begriffe „richtig“ und „gut“ berücksichtigen. Richtig ist eine Handlung dann, wenn sie einer vorgegebenen Regel folgt oder ein vorgegebenes Ziel erreicht. So wird ein diagnostisches Gespräch (Anamnese) dann richtig sein, wenn es zur korrekten Diagnose führt. Oder eine Therapie kann als richtig bezeichnet werden, wenn sie sich auf EBM (evidence based medicine) stützt. Gut hingegen ist eine Handlung dann, wenn durch sie im Patienten eine Veränderung bewirkt wird, durch welche er der Heilung oder dem Heil näher kommt. So wird ein therapeutisches Gespräch bei einem Süchtigen dann gut sein, wenn er von seiner Sucht ein Stück loskommt. Es liegt auf der Hand, dass ärztliche Handlungen in der Regel sowohl richtig als auch gut sind (z.B. Verordnung eines geeigneten Antibiotikums bei Infektion), gelegentlich aber nur richtig, nicht aber gut sind (z.B. Verordnung eines Tranquilizers bei Flugangst)

oder nur gut, aber nicht richtig sind (z.B. ein therapeutisches Gespräch, das zur Akzeptanz eines Schicksals führt). Der medizinische Fortschritt tendiert dazu, durch wissenschaftliche Forschung für alles und jedes die richtige Vorgehensweise (Richtlinie) zu finden. Wo das nicht möglich ist, wird der autonome Mensch in seine Freiheit (d.h. Ratlosigkeit) entlassen und aufgefordert, von sich aus zu bestimmen, wo das Gute und sein Ziel sein soll. Ein solches Unterfangen aber tut der Logik des Guten Gewalt an und muss daher scheitern. Während die Logik des Rechten eine Norm voraussetzt, welcher die Handlung unterzuordnen ist, verlangt die Logik des Guten, dass die Beziehung an sich, d.h. die Handlung selbst, Ordnung hervorbringt. Der Handlung – dem guten Gespräch – wohnt eine verwandelnde Kraft inne, vermöge welcher sie aus der allgemeinen Wahrheit den konkreten Wert, aus dem allgemeinen Sein den bestimmten Sinn, aus dem unendlich Guten den persönlichen Gott, ja aus der umfassenden Liebe das aufgegebenes Leben hier und jetzt zur Anwesenheit bringt. Würde diese verwandelnde Kraft abgeschafft, dann verschwände überhaupt jede Schaffenskraft, jede Schöpfung, ja jedes Wort, jedes Gespräch wäre von Übel. Denn alles Gewordene ist seit Anbeginn zur Geltung gekommenes gutes Wort. Das ärztliche Gespräch kann der ethischen Dimension nicht entraten, soll es nicht zum Geschwätz geraten oder sich in bloßer Information erschöpfen.

W. RELLA

### **DAS GEN UND DER MENSCH**

Gerhard GOTTSCHALK (Hrsg.)

Wallstein Verlag, Göttingen 2000

279 Seiten

ISBN 3-89244-405-6

Sicherlich sollte man auch ein Buch über Gentechnik und verwandte Wissenschaften lesen, falls man sich darin noch nicht auskennt – und für solche Menschen ist dieses besprochene

Buch gedacht, wenn man nicht an der anscheinend größten wissenschaftlichen Errungenschaft der letzten 50 Jahre achtlos vorbeigehen möchte. Außerdem ist die Anwendung der Gentechnik mit ihren ethischen Aspekten derzeit in einem Ausmaß Gegenstand der öffentlichen und politischen Diskussion, wie es noch nicht da war. Dienlich für eine Einführung in die Problematik ist die vorliegende Sammlung von Vorträgen und Vorlesungen von deutschen Spitzenwissenschaftlern aus den letzten Jahren, die in „Das Gen und der Mensch“ vorliegen.

Die beste Eigenschaft dieser Zusammenstellung ist ihr weites Spektrum: es führt deutlich vor Augen, wie weitreichend die Anwendungsmöglichkeiten der Gentechnik sind. Oft geht es um Dinge des täglichen Lebens, wir erfahren etwas über die Kartoffeln, über Antibiotika und Resistenz, über allen bekannte Krankheiten und Erbkrankheiten (auch interessante Details über das Leben von TOULOUS-LAUTREC gehören dazu), über den Krebs und neue Therapieaussichten, über Fliegen, Mäuse etc. Die Beiträge geben Einblicke in die gewaltigen Forschungsanstrengungen (und ihre Kosten), wie sie z.B. „das große Genprojekt“ notwendig macht. Allerdings gibt es auch Beiträge, die wirklich nur von naturwissenschaftlich Gebildeten mit Gewinn gelesen werden können. Besser wäre es sicher gewesen, man hätte die Grundbegriffe der Molekularbiologie vorausgestellt, etwas ausführlicher gebracht und die folgenden Beiträge darauf abgestimmt. Oft gibt es auch zuviele Details, die nichts zu einem besseren Verständnis beitragen.

Die Aspekte und die Bilanz, die die Wissenschaftler hier über die Gentechnik vorstellen, sind immer positiv und sehr zukunftsversprechend. Das Buch will sicher aufklären, aber auch Angst nehmen. Die Gefahren der Gentechnik sind heute, so scheint es, auf ein Minimum reduziert, ethische Folgen werden in den Beiträgen der Naturwissenschaftler selten erwähnt und dann nur in den Raum gestellt. Dafür sind zwei Beiträge am Ende angefügt: einer behandelt die

rechtlichen Aspekte der Gentechnik. Er ist unzulänglich, wahrscheinlich deshalb, weil sich der Autor der derzeit provisorischen, sich dauernd ändernden Gesetzeslage bewusst war. Der philosophisch-ethische Beitrag ist es leider auch, obwohl es nicht so sein müsste. Der Autor spricht davon, dass die Normen der Bioethik erst vom Menschen gefunden werden müssen: natürlich – wie könnte es anders sein – im Konsens (so wie, seiner Meinung nach auch die Menschenrechte zustande kommen). Es ist der Mensch selbst, der sich Grenzen setzen muss (warum sagt der Autor nicht). Die Kriterien dafür sind sicher einsichtig, scheinen aber nicht vollständig zu sein: die Selbstbestimmung des Menschen (die ja, wie bekannt, bei vielen Menschen in gewissen Augenblicken nicht möglich ist) und der Krankheitsbegriff (der auch weiter oder enger gehandhabt werden kann). So werden IVF, PID und Nicht-Implantation von Embryonen nur als problematisch bezeichnet, ohne genauere ethische Stellungnahme. Der Autor erhofft aus dem Dialog von Natur- und Geisteswissenschaft, dass das Maß der Humanität gefunden wird. Man hofft mit ihm.

Das Buch hat einen großen Nachteil: man muss es bald lesen. Und es hat einen großen Vorteil: man muss nicht alles lesen.

R. TAGWERKER

***DIE PERSPEKTIVE DER MORAL. PHILOSOPHISCHE GRUNDLAGEN DER TUGENDETHIK***

Martin RHONHEIMER

*Akademie Verlag, Berlin 2001*

*400 Seiten*

*ISBN 3-05-003629-X*

„Deontologische Theorien in der Nachfolge Kants mögen noch so gut erklären können, wie moralische Normen zu begründen und anzuwenden sind; aber auf die Frage warum wir überhaupt moralisch sein sollen, bleiben sie die Antwort schuldig“. Dieser Satz, der wohl von

RHONHEIMER stammen könnte, ist allerdings überraschenderweise im jüngsten Werk von Jürgen HABERMAS (*Die Zukunft der menschlichen Natur*, Suhrkamp, 2001, S. 15) nachzulesen. Und der „Vater“ der Diskursethik, also einer jener Theorien, welche die erwähnte Antwort schuldig bleiben, gibt auch zu, dass gerade darin der hohe Preis liegt, den die moderne und postmoderne Moralthorie zahlen muss, weil sie den metaphysischen Weg der klassischen Ethik, als der Lehre des richtigen Lebens, verlassen hat.

In seinem neuen Buch gelingt es Martin RHONHEIMER zu zeigen, dass die in ARISTOTELES wurzelnde ethische Tradition, die Thomas von AQUIN stark bereichert hat, tatsächlich eine befriedigende Antwort auf die von HABERMAS aufgeworfene Frage zu geben vermag. Die Grundfrage der deontologischen Theorien der zwei letzten Jahrhunderte lautet: Was soll ich tun? Diese Frage greift für RHONHEIMER viel zu kurz und ist nicht die erste Frage. Für die klassische Ethik ist die allererste Frage die „nach dem Guten, das wir tun sollen“ (S. 41).

„Die Perspektive der klassischen Tugendethik ist die des Menschen als leib-geistige Einheit und handelndes Subjekt, ausgestattet mit Trieben, Affekten und Emotionen, instinkt-schwach, aber gleichzeitig befähigt, aus seiner eigenen Zentralität sich durch Intellekt und Willen auf andere hin zu transzendieren, frei, und zugleich stets der Verfehlung seiner Freiheit ausgesetzt, zwar Herr seines Tuns, aber doch auch immer gefährdet, Sklave dieses Tuns und seiner oft ungeklärten Antriebe zu werden; und aus dieser Perspektive dann der Standpunkt des handelnden Subjekts, das in seinem Streben, Wollen und Tun das „für ihn Gute“ sucht und dabei schließlich auf ein Letztes aus ist, das um seiner selbst willen gesucht wird und alles Streben zu erfüllen vermag, eine Erfüllung, die wir „Glück“ nennen“ (15). Die Perspektive der Tugendethik ist die der ersten Person, sie stellt primär die Ich-Frage: Was ist das Gute, das ich tun soll? Als Theorie des Guten

Lebens zielt die klassische Ethik auf die Verwirklichung des in Wahrheit Guten, das von dem nur scheinbar Guten unterschieden werden soll. Nicht jedes Begehren, jedes Streben, jedes Wollen hat etwas in Wahrheit Gutes zum Gegenstand. Der Mensch will aber sein Streben nach dem Guten erfüllen und seinen Willen ebenfalls sättigen. Darin besteht das Glück. Dies ist jedoch nicht der umgangssprachliche Begriff von Glück. Es geht nach der ARISTOTELISCHEN Diktion um „ein sich selbst genügendes Gut“. Glückseligkeit „ist, was das Leben für sich allein begehrenswert macht, so dass es keines weiteren bedarf“. Wenn das erreicht wird, ist das Leben als Ganzes gelungen. Das ist, was die klassische Ethik Glück nennt.

RHONHEIMER versäumt es nicht deutlich zu machen, dass die klassische Ethik nicht eine rein diesseitige Perspektive hat, d.h. dass sie nicht die Glückseligkeit – *beatitudo perfecta* – auf dem irdischen Weg, sondern das unvollkommene Glück des bestmöglichen Gelingens des Lebens verspricht. Dies ist nicht erst einer theologischen Ergänzung von THOMAS zu verdanken, sondern war bereits bei ARISTOTELES im Kern enthalten. Die klassische Ethik hat eine sehr differenzierte Theorie des Glücks, des Gelingens des Lebens, dank der Metaphysik, die HABERMAS in den modernen Theorien abgeht, hervorgebracht. Das unvollkommene Glück dieses Lebens ist nicht die *beatitudo perfecta*, aber das Ziel des sittlichen Lebens, das die Tugenden in ihrer Vielfalt und Einheit als Gestaltungsprinzip.

In seinen zwei großen Büchern „Natur als Grundlage der Moral“ und „Die Praktische Vernunft und die Vernünftigkeit der Praxis“ hat RHONHEIMER seiner Tugendethik den Weg gebahnt. Vor allem im zweiten Werk ging es ihm darum, die Zentralität der praktischen Vernunft im sittlichen Handeln herauszuarbeiten. Die praktische Vernunft und sonst nichts bestimmt, was gut ist. Sie ist „Maßstab und maßanlegende Instanz“ des Guten. Das wahrhaft Gute, wird nicht bereut werden, weil es

sich immer und unter allen Umständen als das Gute erweist und von der rechten Vernunft als solches erkannt wird. Das jeweils von der Vernunft erkannte Gute leistet somit einen Beitrag zum Gelingen des Lebens.

Der Mensch als Leib-Seele-Einheit ist aber nicht nur Vernunft. Sinnliche Neigungen bilden wesentliche Gestaltungsprinzipien seines Lebens. Nun ist die moralische Tugend ein *Habitus*, der das Strebevermögen vervollkommenet, d.h. dass er es auf das von der Vernunft erkannte Gute hinordnet. Tugend ist aber nicht eine Art Inzuchtnahme/Züchtigung der Neigungen, die völlig der Vernunft unterworfen werden, denn die Vernunft, die vom Willen bewegt wird, vermag in den Neigungen und Tendenzen des sinnlichen Strebevermögens, fern von jedem Naturalismus einen Sinn (Teleologie) zu erkennen, der zur Grundlage des Unterscheidungsprinzips zwischen Gut und Böse wird. Die praktische Vernunft bestimmt also in jeder konkreten Situation, was zu tun gut ist. Wenn aber die Vernunft in ihrem eigenen Akt von Affekten und Leidenschaften behindert wird, hält der Mensch das für gut, was eigentlich nur den Schein des Guten hat. Die Stärke der Tugendethik kann vor allem darin gesehen werden, dass sie darauf abzielt, „zunächst und vor allem jenes Stück Welt, die wir selbst sind“ zu verändern (60). Dies wird in RHONHEIMERS Darstellung auch im Vergleich mit drei anderen heute sehr aktuellen Ansätzen der Ethik, nämlich der Deontologischen Ethik, der Diskursethik und der konsequentialistischen Ethik verdeutlicht. Diese Ansätze versuchen die Welt von außen, aus einer Perspektive der „dritten Person“ zu betrachten, ohne oder höchstens mit einem sehr schwachen Ich-Bezug. Die Frage, warum ich mich an Normen halten soll, bleibt dabei, wie oben beim Zitat von Habermas erwähnt wurde, unbeantwortet. Deswegen können diese Ansätze wenig zur Erfüllung der Forderungen nach mehr Moral beitragen, wie sie heute überall im Bereich der Wirtschaft, der Politik, der Ökologie, des Gesundheitswesens

usw. unüberhörbar gestellt wird. In Ergänzung zur Tugendlehre stellt RHONHEIMER auch eine Prinzipienlehre vor, die auf der Vernünftigkeit bzw. auf der Intelligibilität des Guten beruht. Nach ARISTOTELES hängt die Wahrheit der praktischen Vernunft von der Richtigkeit des Strebens ab, die Richtigkeit des Strebens jedoch wiederum von der praktischen Vernunft. Dieser Zirkel wird von der modernen Ethik als Einwand gegen die Vernünftigkeit der Tugendethik vorgebracht. „THOMAS löst den Zirkel folgendermaßen: Jene praktische Vernunft, deren Wahrheit in der Übereinstimmung mit dem richtigen Streben besteht, ist die Vernunft, die sich auf die „Wege zum Ziel“ (die Mittel) richtet. Das Ziel selbst jedoch ist dem Menschen „von Natur aus bestimmt“ [in VI Ethic., lect.2.]. Damit ist gesagt: Die fundamentale Zielstruktur menschlichen Handelns ist nicht gesetzt durch einen Akt der Wahlfreiheit, sondern sie liegt jedem freien Wählen und dem entsprechenden vernünftigen Überlegen immer schon als Ausgangspunkt zugrunde, und zwar eben „von Natur aus“ (227). Über jene Ziele, die unserem Handeln die fundamentale Orientierung geben, beraten wir nicht, wir streben diese Ziele entweder „von Natur aus“ oder auf Grund unserer erworbenen Dis-

positionen an. Es geht also nun darum zu klären, was die Ziele „von Natur aus“ sind und warum sie fern von jedem naturalistischen Fehlschluss richtig sind. RHONHEIMER gelingt es hier, mit aktueller und allgemeinverständlicher Sprache, die thomanische Lehre der *lex naturalis* als praktische Prinzipienlehre zu interpretieren und sie dabei in die Tugendlehre aristotelischen Zuschnitts zu integrieren.

Dieses Buch war längst fällig. Es füllt eine Lücke. Seit langem hatte man die Tugendethik totgesagt. Das war eine Fehldiagnose. Wertvoll an den Ausführungen RHONHEIMERS ist, dass sie nicht den Leser zurück zu THOMAS und ARISTOTELES führen, sondern ARISTOTELES und THOMAS in die Gegenwart holen. Dabei werden Lösungsansätze anderer ethischer Systeme diskutiert und in sein System integriert. Viele sehr aktuelle Beispiele verdeutlichen die Argumentation, lockern sie auf, ohne zu zerstreuen. Die nicht vom Autor geteilten Positionen werden sehr fair behandelt und diskutiert, obwohl dies für viele immer noch zu wenige sein werden. Nicht nur Fachleuten, sondern jedem Akademiker möchte ich dieses Buch als ein „muss“ empfehlen.

E. H. PRAT

---

## 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-Entthanasie?* (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 säkulären Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4



---

## HINWEISE

---

### 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, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich, Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)
- 2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik, Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

---

## VORSCHAU

---

Imago Hominis BAND IX/Nr. 1/2002

Schwerpunkt  
NEONATOLOGIE



## IMPRESSUM

---

### Herausgeber:

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

### Medieninhaber und Verleger:

IMABE – Institut für medizinische  
Anthropologie und Bioethik,  
Landstraßer Hauptstraße 4/13,  
A-1030 Wien  
Telephon: +43 1 715 35 92  
Telefax: +43 1 715 35 92-4  
E-Mail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org)  
<http://www.imabe.org>  
DVR-Nr.: 0029874(017)  
ISSN: 1021-9803

### Schriftleitung:

Dr. Notburga AUNER  
Redaktion/Nachrichten:  
Dr. Antoine SEGUR-CABANAC  
Bernhard KUMMER  
Claudia LAPKA

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 ROBITSCHKE & CO,  
Schlossgasse 10-12,  
A-1050 Wien

### Anzeigenkontakt:

Claudia LAPKA  
Einzelpreis:  
Inland ATS 120.– (8,721 EUR)  
Ausland ATS 150.– (10,901 EUR)  
Jahresabonnement:  
Inland ATS 400.– (29,069 EUR)  
Ausland ATS 500.– (36,336 EUR)  
Studentenabo ATS 250.– (18,168 EUR)  
Fördererabo ATS 1.000.– (72,673 EUR)  
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 medizin-  
ischen Anthropologie und Bioethik  
behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre  
Manuskripte an den Herausgeber. Die  
einlangenden Beiträge werden dann  
von den Mitgliedern des wissenschaft-  
lichen 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*