

IMAGO HOMINIS

Band 10 - Heft 2 - 2003

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10,-

ISSN 1021-9803

Band 10 - Heft 2 - 2003



PALLIATIVMEDIZIN II

2
2003

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)

Lukas KENNER (Pathologie, Graz)

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.

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

EDITORIAL	65
 AUS AKTUELLEM ANLASS	
E. H. PRAT <i>Über die Achtung des persönlichen Gewissens in der pluralistischen Gesellschaft</i>	67
B. FUCHS <i>Die Institutionalisierung der öffentlichen Ethikdebatte in Deutschland</i>	72
IMABE-INSTITUT <i>Stellungnahme des IMABE-Instituts zum Wiener Fetozidvorschlag</i>	77
 SCHWERPUNKT: Palliativmedizin II	
J. BONELLI <i>Palliativmedizin als Medizin der Lebensqualität. Vom kurativen zum palliativen Weg</i>	79
F. ZDRAHAL <i>Zusammenarbeit zwischen mobiler und stationärer Betreuung von Terminalpatienten</i>	85
A. MIKSOVSKY <i>Die Palliativstation im Akutkrankenhaus</i>	91
H. RETSCHITZEGGER <i>Erfahrungen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation</i>	99
 DISKUSSIONSBEITRAG	
G. ROTH <i>Psychopharmakon - Medizinphilosophische Erwägungen über ein Schlüsselwort in Medizin und Theologie</i>	108
 DOKUMENTE	
PÄPSTLICHE AKADEMIE FÜR DAS LEBEN <i>Ethik der biomedizinischen Forschung aus christlicher Sicht</i>	112
NACHRICHTEN	122
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	124
BUCHBESPRECHUNGEN	126

Herausgeber: Prim. 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, <http://www.imabe.org>
DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803
Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten: Dr. Johannes KÖNIGSEDER, Dr. Antoine SEGUR-CABANAC
Anschrift der Redaktion ist 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: Robert GLOWKA
Herstellung: Druckerei ROBITSCHER & Co, Schlossgasse 10-12, A-1050 Wien
Anzeigenkontakt: Robert GLOWKA
Einzelpreis: Inland EUR 10.-, Ausland EUR 12.-,
Jahresabonnement: Inland EUR 35.-, Ausland EUR 40.-, Studentenabo EUR 20.-, Fördererabo EUR 80.-
Abo-Service: Robert GLOWKA
Bankverbindung: BA-CA AG, Kto. Nr. 0955-39888/00
Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien, Postentgelt bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.
Einladung und Hinweise für Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.
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.
Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Wien.

Die Biopolitik scheint ein Problem des Wertekonsenses in Europa aufzudecken. Das EU-weite Moratorium, vorerst keine Forschungsgelder für embryonenverbrauchende Forschung bereitzustellen, konnte noch in letzter Minute durchgesetzt werden, läuft aber mit Ende des Jahres 2003 aus. Eine Expertenrunde internationaler Zusammensetzung traf sich Ende April in Brüssel, um die Frage der weiteren Vorgangsweise vorzuzusondieren. Wie zu erwarten war, prallten die konträren Positionen aufeinander, hatten doch mehrere Länder die Zeit genützt, diese Thematik einmal auf nationaler Ebene zu klären. Dass dies in sehr unterschiedlicher Form erfolgt ist, braucht nicht weiter erwähnt zu werden. Dabei stellt sich die delikate Frage: sollen jene Staaten, die für eine restriktivere Regelung eintreten und embryonenverbrauchende Forschung im eigenen Territorium nicht dulden, quasi genötigt werden, eben diese Forschung mittels EU-Geldern indirekt zu fördern? Deutschland, Irland, Italien, Portugal und Österreich sind momentan in dieser Lage. Sollte die EU die embryonenverbrauchende Forschung durch Mittel aus dem gemeinsamen Topf fördern, so könnten die vorhin genannten Länder wohl kaum mehr legalen Widerstand leisten. Brüssel ist in dieser Frage keineswegs unparteiisch. Die unausgewogene Zusammensetzung der Expertenrunde hat den Eindruck entstehen lassen, dass die Förderung der Embryonenforschung um jeden Preis durchgedrückt werden soll. Von vier einberufenen Fachleuten sind drei davon ausdrückliche Verfechter und Befürworter der Embryonenforschung. In der anschließenden Debatte wurde auch mit polemisierenden Argumenten nicht gespart: Inquisition und der Fall Galilei wurden genötigt und auf den Plan gerufen, oder der Konflikt wäre im Kern ohnehin rein religiös, eine unzulässige Forderung angesichts der pluralistischen Gesellschaft. Dabei wäre die Übertragung der Stichtagregelung nach deutschem Vorbild ein guter Kompromiss. Die Mehrzahl der Forscher ist sich einig darin, dass die bereits vorhandenen Stammzelllinien ausreichend für die Grundlagenforschung sind. Beim Embryonenschutz gehen die Meinungen innerhalb der EU weit auseinander. Zwischen der liberalen Position einerseits, die überzählige Embryonen nicht nur zu Forschungszwecken freigibt, sondern die Herstellung von menschlichen Embryonen exklusiv für die Wissenschaft erlaubt, und dem ausdrücklichen Verbot der Forschung an menschlichen Embryonen andererseits, liegen andere, mehr oder weniger restriktive Bestimmungen. Dieser Pluralismus macht die Diagnostik leicht, den Mangel an Wertekonsens innerhalb der EU festzustellen. Viel Fantasie und Verhandlungsgeschick sind nötig, um politische Lösungen zu finden, die befriedigend und ehrlich sind. Der Versuch, für die moralischen Divergenzen innerhalb Europas einen gemeinsamen „Mindestnenner“ zu finden, ist gefährlich. Er führt geradewegs zur Tyrannei des „moralischen Minimalismus“. Am Ende dieses Wertelativismus könnte ein werteloses Europa stehen. Unserer Meinung nach ist das eine höchst bedauerliche und Be-

sorgnis erregende Entwicklung, durch die die Vernünftigkeit der Idee eines vereinigten Europas stark in Frage gestellt wird.

Wie angekündigt beziehen wir im vorliegenden Heft erneut Stellung zur Palliativmedizin. Diesmal sollen weniger theoretische Erwägungen zur Sprache kommen, als Fragen der Praxis aufgeworfen werden. Alle vier Autoren der Schwerpunkt-Beiträge können auf ihren reichen Erfahrungsschatz zugreifen: ZDRAHAL versucht die elementaren Schnittstellen der Zusammenarbeit zwischen mobiler und stationärer Betreuung von Terminalpatienten zu beleuchten. MIKSOVSKY und RETSCHITZEGGER geben Einblick in den Alltag einer Palliativstation. Und im ersten Beitrag wird die Palliativmedizin im Hinblick auf die bestmögliche Erhaltung der Lebensqualität definiert.

Die Herausgeber

Über die Achtung des persönlichen Gewissens in der pluralistischen Gesellschaft Kommentar zu einer Erklärung der Glaubenskongregation¹

Enrique H. PRAT

In der pluralistischen multikulturellen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts ist die Politik dazu berufen, in allen aufkommenden gesellschaftsrelevanten Fragen einen Konsens zu finden, der das Zusammenleben ermöglicht. Jeder Konsensfindung geht eine Debatte voraus, die gleichsam ethischer wie politischer Natur ist. Die Diskussion wird also auf zwei Ebenen geführt, die miteinander eng verflochten sind, aber jeweils ihre eigene Rationalität, Dynamik und ihren Austragungsort haben. Während in der Politik letztlich der Konsens das handlungslegitimierende und -rechtfertigende Ziel ist, muss in der Ethik die Wahrheitsuche an die erste Stelle treten. Wenn die Tatsache, dass es letztlich praktischpolitisch um den Konsens geht, so verstanden wird, dass es irrelevant sei, die Wahrheit zu suchen, geht der kulturelle Pluralismus in einen ethischen Relativismus über.

Es gibt viele regelungsbedürftige Grundfragen, die deshalb große politische Relevanz haben, weil sie vor allem von individualmoralischer Bedeutung sind. Es sind jene Fragen, die den einzelnen auch in seinem Gewissen betreffen und daher nicht allein durch gesellschaftlichen Konsens gelöst werden können. Da gibt es Fragen des Lebensrechts wie Abtreibung, Euthanasie, Achtung der Rechte des menschlichen Embryos, Klonung; es geht aber auch um Fragen der Familie, wie etwa die Gewährleistung des Schutzes und der Förderung der Rechte der Familie, die auf der monogamen Ehe zwischen Personen verschiedenen Geschlechts gründet und die in ihrer Einheit und Stabilität gegenüber den modernen Gesetzen über die Ehescheidung zu schützen ist. Des weiteren geht es um die Achtung und

Förderung des Rechts der Eltern, in der Erziehung ihrer eigenen Kinder frei zu entscheiden, um den sozialen Schutz der Minderjährigen und viele andere Fragen.

Gerade in den Fragen der Lebensethik wie auch allgemein in der akademischen bioethischen Argumentation ist die Tendenz immer stärker geworden, pragmatisch die Richtigkeit von Thesen durch ihre Konsensfähigkeit zu begründen. Zwischen mehreren miteinander konkurrierenden Thesen wird jener der Vorrang eingeräumt, die den größeren Konsens erzielt. Im Zusammenhang mit der Abtreibung und der Euthanasie behauptet HOERSTER zum Beispiel, dass, um einem Individuum der menschlichen Spezies das Recht auf Leben zuzuerkennen und den Schutz seines Lebens tatsächlich zu gewähren, dieses Individuum selbst ein Überlebensinteresse signalisieren muss. Diese Position soll allen anderen gegenüber vorrangig sein, weil sie einen allgemeinen Konsens erzielen kann. Dass dieser „vermeintliche“ Konsens de facto noch nicht erreicht wurde – so HOERSTER² – müsse darauf zurückgeführt werden, dass es für die Entwurzelung von stark verankerten, aber überholten Vorurteilen Jahrzehnte brauche. HARRIS, DWORKIN, SINGER, RAWLS – die Liste könnte beliebig fortgesetzt werden – benutzen ebenfalls den Konsens als Methode. Die modernen konsensethischen Ansätze (HABERMAS, RAWLS u. a.) interessieren sich nicht so sehr für das Gute, den zentralen Begriff der Ethik, sondern vor allem für das (formal) Richtige, das letztlich die Wahrheitsfrage erspart. Die klassische Ethik ihrerseits sucht auch den Konsens, aber auf indirektem Wege. Sie geht

von der Konsensfähigkeit der Wahrheit aus, d. h., es wird angenommen, dass in der Verfolgung ihres eigentlichen Zieles, nämlich der Findung und der Begründung der sittlichen Wahrheit, sich der Konsens von selbst einstellen muss.

Während in der Politik der Konsens Staat und Gesetzgebung legitimiert, kann er in der Moral höchstens ein Zeichen für die soziale und politische Geltung der Norm sein, welche die moralische Legitimation letztlich von woanders beziehen muss. Das übersehen die modernen konsensethischen Theorien: Sie übertragen das im politischen Bereich geltende demokratische Prinzip auf den moralischen Bereich und statuieren damit den Konsens als die moralisch legitimierende Instanz. Daraus resultiert ein unbefriedigender moralischer Minimalismus, ein Werte zersetzender Relativismus und letztlich eine Pervertierung der Toleranz.

Über die Grundwerte des Staates

Gegen diesen Relativismus wendet sich eine gegen Ende des letzten Jahres veröffentlichte Erklärung der Glaubenskongregation, die „zu einigen Fragen über den Einsatz und das Verhalten der Katholiken im politischen Leben“ Stellung nimmt. Die Diagnose ist klar: „Heute kann man einen gewissen kulturellen Pluralismus feststellen, der mit der Theorie und Verteidigung des ethischen Pluralismus deutliche Zeichen an sich trägt, die den Verfall und die Auflösung der Vernunft und der Prinzipien des natürlichen Sittengesetzes anzeigen. In Folge dieser Tendenz ist es leider nicht unüblich, dass in öffentlichen Erklärungen behauptet wird, der ethische Pluralismus sei die Bedingung für die Demokratie“ (Nr. 2).

Der „Demokratiekult“ ist heute tatsächlich so weit gediehen, dass man vielfach übersieht, dass die Demokratie von Voraussetzungen lebt, die sie nicht garantieren kann³. Die Demokratie lebt von Werten und moralischen Einstellungen, die sie respektieren muss, aber

selber weder schaffen noch sichern kann. Kardinal RATZINGER hat dies auch in Bezug auf den demokratischen Staat sehr anschaulich in folgenden sechs Thesen formuliert:

„1. Der Staat ist nicht selbst Quelle von Wahrheit und Moral. (...)

2. Das Ziel des Staates kann aber nicht in einer bloßen inhaltlosen Freiheit liegen; um eine sinnvolle und lebendige Ordnung des Miteinander zu begründen, braucht er ein Mindestmaß an Wahrheit, an Erkenntnis des Guten, die nicht manipulierbar ist. Andernfalls wird er, wie Augustinus sagt, auf die Stufe einer gut funktionierenden Räuberbande herabsinken, weil er wie diese nur vom Funktionalen her bestimmt wäre und nicht von der Gerechtigkeit, die gut ist für alle.

3. Der Staat muß demgemäß das für ihn unerlässliche Maß an Erkenntnis und Wahrheit über das Gute von außerhalb seiner selbst nehmen.

4. Dieses „Außerhalb“ könnte günstigstenfalls die reine Einsicht der Vernunft sein, die etwa von einer unabhängigen Philosophie zu pflegen und zu hüten wäre. Praktisch aber gibt es eine solche reine, von der Geschichte unabhängige Vernunftvidenz nicht. (...)

5. Als am meisten universale und rationale religiöse Kultur hat sich der christliche Glaube erwiesen, der auch heute der Vernunft jenes Grundgefüge an moralischer Einsicht darbietet, das entweder zu einer gewissen Evidenz führt oder wenigstens einen vernünftigen moralischen Glauben begründet, ohne den eine Gesellschaft nicht bestehen kann.

6. Demgemäß kommt dem Staat – wie wir schon sagten – das, was ihn wesentlich trägt, von außen zu, nicht aus einer bloßen Vernunft, die im moralischen Bereich nicht ausreicht, sondern aus einer in historischer Glaubensgestalt gereiften Vernunft.“⁴

Ein Demokratieverständnis also, das im Namen der Freiheit und der Toleranz von den Bürgern einen ethischen Pluralismus abverlangt, operiert mit inhaltsleeren Begriffen von Freiheit und Toleranz und verwickelt sich

selbst in unlösbaren Widersprüchen. Die Erklärung der Glaubenskongregation (Nr. 3) zeigt einen solchen Widerspruch auf. Die Bürger fordern für ihre moralischen Entscheidungen eine totale Autonomie, die der Gesetzgeber einerseits respektiert wissen will. Andererseits aber beschließt der Staat oft auch Gesetze (z.B. über Abtreibung, künstliche Befruchtung, Experimente mit Embryonen usw.) „die von den Prinzipien der natürlichen Ethik absehen und kulturellen oder moralischen Einstellungen nachgeben, die mehr oder weniger in Mode sind, als ob alle möglichen Auffassungen über das Leben den gleichen Wert hätten“ (Nr. 2). Wie wird der Widerspruch scheinbar gelöst? Indem „mit irrtümlicher Berufung auf den Wert der Toleranz von einem guten Teil der Bürger – auch von den Katholiken – gefordert (wird), darauf zu verzichten, am sozialen und politischen Leben der eigenen Länder gemäß der Auffassung über die Person und das Gemeinwohl mitzuwirken, die sie als menschlich wahr und gerecht ansehen und die sie durch die legitimen Mittel umsetzen möchten, welche die demokratische Rechtsordnung allen Mitgliedern der politischen Gemeinschaft in gleicher Weise zur Verfügung stellt.“ (Nr. 2). Das ist aber eine höchst intolerante Lösung!

Das Dokument der Glaubenskongregation will nicht jenen Pluralismus in Frage stellen, der auf der legitimen Freiheit der Bürger ruht, unter den politischen Meinungen, die mit dem natürlichen Sittengesetz vereinbar sind, jene auszuwählen, die gemäß dem eigenen Urteil den Erfordernissen des Gemeinwohls besser gerecht wird. Es muss aber auf der anderen Seite klargestellt werden, dass die politische Freiheit nicht in der relativistischen Idee gründet, gemäß der alle Auffassungen über das Wohl des Menschen dieselbe Wahrheit und denselben Wert besitzen, „sondern in dem Umstand, dass die politischen Aktivitäten von Fall zu Fall auf die ganz konkrete Verwirklichung des menschlichen und sozialen Wohls hinzielen, und zwar in einem genau um-

schriebenen geschichtlichen, geographischen, ökonomischen, technologischen und kulturellen Zusammenhang. Von der konkreten Verwirklichung und den verschiedenen Umständen hängen im Allgemeinen die unterschiedlichen Einstellungen und Lösungen ab, die allerdings moralisch annehmbar sein müssen.“ (Nr. 5). Der Christ ist gehalten, berechnete Meinungsverschiedenheiten in Fragen der Ordnung irdischer Dinge anzuerkennen. Zugleich ist er gerufen, sich von einer Auffassung des Pluralismus im Sinn eines moralischen Relativismus zu distanzieren, die für das demokratische Leben selbst schädlich ist. Die Demokratie braucht wahre und solide Fundamente, das heißt ethische Prinzipien, die auf Grund ihrer Natur und ihrer Rolle als Grundlage des sozialen Lebens nicht verhandelbar sind.

Laizität: der politische Missbrauch eines Begriffes

Manchmal wird Laizität als Kampfbegriff gegen Religion benutzt, indem eine Argumentation oder These aus der öffentlichen Debatte mit dem Hinweis, dass sie religiös begründet und motiviert sei, disqualifiziert und letztlich ausgeschlossen wird. Diesem Hinweis ist in der bioethischen Debatte der letzten Jahre um Abtreibung, Euthanasie, oder Lebensrecht des Embryos laufend zu begegnen, indem katholische Philosophen, Ärzte oder Politiker diskriminiert werden, weil ihr Eintreten für Werte und Positionen, die in keiner Weise konfessionell sind, fälschlicher Weise als rein religiös begründet hingestellt werden.

Die römische Erklärung stellt richtig, dass Laizität als Autonomie der zivilen und politischen Sphäre gegenüber der religiösen und kirchlichen, nicht aber gegenüber der moralischen Sphäre verstanden werden darf (Nr. 6). Außerdem haben Katholiken das Recht und die Pflicht „wie alle anderen Bürger aufrichtig die Wahrheit zu suchen und die moralische Wahrheit über das gesellschaftliche Le-

ben, die Gerechtigkeit, die Freiheit, die Ehrfurcht vor dem Leben und die anderen Rechte der Person mit legitimen Mitteln zu fördern und zu verteidigen. **Die Tatsache, dass einige dieser Wahrheiten auch von der Kirche gelehrt werden, mindert nicht die bürgerliche Berechtigung und die Laizität des Einsatzes derer, die sich darin wiederfinden, und zwar unabhängig davon, welche Rolle die rationale Suche und die vom Glauben kommende Bestätigung bei der Anerkennung dieser Wahrheiten durch den einzelnen Bürger gespielt haben.** Laizität bedeutet nämlich in erster Linie Respekt vor jenen Wahrheiten, die der natürlichen Erkenntnis von dem in der Gesellschaft lebenden Menschen entspringen, auch wenn diese Wahrheiten zugleich von einer bestimmten Religion gelehrt werden, weil es nur eine Wahrheit gibt. Es wäre ein Irrtum, die richtige Autonomie, die sich die Katholiken in der Politik zu eigen machen müssen, mit der Forderung nach einem Prinzip zu verwechseln, das von der Moral- und Soziallehre der Kirche absieht“ (Nr. 6).

Die Schlussfolgerung dazu ist ziemlich klar: „Wer im Namen des Respekts vor dem persönlichen Gewissen in der moralischen Verpflichtung der Christen, mit dem eigenen Gewissen kohärent zu sein, ein Zeichen sehen möchte, diese politisch zu disqualifizieren und ihnen die Berechtigung abzusprechen, in der Politik entsprechend ihren eigenen Überzeugungen bezüglich des Gemeinwohls zu handeln, würde einem intoleranten Laizismus verfallen. Diese Einstellung leugnet nicht nur jede politische und kulturelle Relevanz der christlichen Religion, sondern auch die Möglichkeit einer natürlichen Ethik. So würde der Weg zu einer moralischen Anarchie eröffnet, der mit keiner Form einem legitimen Pluralismus gleichgesetzt werden könnte. Die Herrschaft des Stärkeren über den Schwachen wäre die offenkundige Folge dieser Einstellung. Die Marginalisierung des

Christentums würde darüber hinaus nicht den zukünftigen Entwurf einer Gesellschaft und die Eintracht unter den Völkern fördern, sondern die geistigen und kulturellen Grundlagen der Zivilisation selbst bedrohen“ (Nr. 6).

Mut zur Wahrheit hat seinen Preis

Das Dokument fordert von den Katholiken, sich nicht von der Intoleranz mancher einschüchtern zu lassen und mutig für die Wahrheit einzutreten. Sie dürfen auch nicht wegen der eventuellen politischen Aussichtslosigkeit eine in der moralischen Wahrheit begründete Position aufgeben, um das zu befürworten, was falsch, aber absehbar konsensfähig ist. JOHANNES PAUL II. hat mehrmals während seines Pontifikats unterstrichen, dass jene, die direkt in den gesetzgebenden Versammlungen tätig sind, die klare Verpflichtung haben, sich jedem Gesetz zu widersetzen, das ein Angriff auf das menschliche Leben ist. „Für sie, wie für jeden Katholiken, ist es nicht erlaubt, sich an einer Meinungskampagne für solche Gesetze zu beteiligen oder sie mit der eigenen Stimme zu unterstützen. Das hindert nicht daran – wie JOHANNES PAUL II. in der Enzyklika *Evangelium vitae* für den Fall lehrte, in dem eine vollständige Abwendung oder Aufhebung eines bereits geltenden oder zur Abstimmung gestellten Abtreibungsgesetzes nicht möglich wäre –, dass es einem Abgeordneten, dessen persönlicher absoluter Widerstand gegen die Abtreibung klargestellt und allen bekannt wäre, gestattet sein könnte, Gesetzesvorschläge zu unterstützen, die die Schadensbegrenzung eines solchen Gesetzes zum Ziel haben und die negativen Auswirkungen auf das Gebiet der Kultur und der öffentlichen Moral vermindern.“ (Nr. 4).

In der Postmoderne stößt die immer aktuelle PILATUS-Frage „Was ist Wahrheit?“ nicht unbedingt auf Interesse. Wozu denn? Nach jahrtausendlangen Reflexionen scheint die

Frage nicht gültig lösbar. Pragmatisch gesehen reicht für das friedliche Zusammenleben der Konsens aus. Ist das eine Errungenschaft? Für viele ja, wenn nunmehr niemand mehr – weder der christliche Märtyrer noch SOKRATES – für die Wahrheit sterben muss. Es ist sogar als Fundamentalismus verpönt. Für andere – für die Christen ebenso wie für SOKRATES – ist die Antwort „nein“, weil es sich nur für die Wahrheit zu leben und zu sterben lohnt. Es wird also einmal mehr übersehen, dass es ohne Wahrheit auch keine wahre Freiheit gibt. „Wahrheit und Freiheit verbinden sich entweder miteinander oder sie gehen gemeinsam elend zugrunde“, hat JOHANNES PAUL II. geschrieben. „In einer Gesellschaft, in der man die Wahrheit nicht verkündet und nicht danach strebt, sie zu erlangen, wird auch jede Form echter Freiheitsausübung beseitigt und der Weg zu einem Libertinismus und Individua-

lismus eröffnet, der dem Wohl der Person und der ganzen Gesellschaft schadet.“ (Nr. 7)

Referenzen

1. Kongregation für die Glaubenslehre: *Lehrmäßige Note zu einigen Fragen über den Einsatz und das Verhalten der Katholiken im politischen Leben*, Rom, 24. November 2002
2. HOERSTER N., *Abtreibung im säkularen Staat*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1995) und *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1998)
3. BÖCKENFÖRDE E.W., *Recht, Staat, Freiheit. Studien zur Rechtsphilosophie, Staatstheorie und Verfassungsgeschichte*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1991), S. 112
4. RATZINGER J., *Wahrheit, Werte, Macht. Prüfsteine der pluralistischen Gesellschaft*, Herder Verlag, Freiburg (1993), S. 87-89

Prof. Dr. Enrique H. PRAT, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

Die Institutionalisierung der öffentlichen Ethikdebatte in Deutschland

Bergund FUCHS

Ethische Orientierungslosigkeit in der Gesellschaft

Den Menschen in unserer pluralistischen und demokratischen Gesellschaft bieten sich eine Vielzahl von Handlungsoptionen und Weltdeutungen. Kann es dabei noch einen Konsens über moralisches Handeln geben, der über Kulturen und Lebensentwürfe hinweg allgemeine Geltung beanspruchen kann? Bedarf es angesichts der enormen technischen Fortschritte in der Reproduktionsmedizin und in der Gentherapie neuer Ethikkonzeptionen? Ist der „normale“ Bürger kompetent genug, um sich etwa über den Beginn des Lebens ein richtiges Urteil zu bilden oder sollte er dies nicht eher „Experten“ in Ethikkommissionen überlassen?

Die Bewältigung aktueller bioethischer Probleme, die mit den neuen Reproduktionstechniken verbunden sind, wie Stammzellenforschung, Präimplantationsdiagnostik und Klonierung stellt für alle Menschen, Wissenschaftler und Laien, eine große Herausforderung dar. Manchem scheint das individuelle Gewissen überfordert, und so werden die Probleme an Instanzen delegiert, die dann stellvertretend für den einzelnen Menschen über Sittlichkeit und Verwerflichkeit von bestimmten Handlungen entscheiden sollen. Aber was der einzelne Mensch nicht mehr bewältigen kann, wird erst recht für die Gesellschaft unmöglich. Bei der Vielfalt von Wertvorstellungen ist eine Übereinkunft bezüglich allgemeingültiger Handlungsnormen offenbar nur noch schwer vorstellbar.

Ethikgremien wie der Nationale Ethikrat oder die Enquete-Kommission für Recht und Ethik in der Medizin verkörpern in gewisser Weise die politische Antwort auf die Unfähigkeit der Gesellschaft, zu einem ethischen

Konsens zu gelangen. Beide Gremien leisten einen deutlich zu vernehmenden Beitrag zur öffentlichen Bioethikdebatte, sind jedoch unterschiedlicher Herkunft und mit unterschiedlichen Aufgaben betraut. Sie verbindet das Ringen um die gleichen inhaltlichen Themen: Erzeugung und Einfuhr embryonaler Stammzellen, Zulassung oder Verbot der Präimplantationsdiagnostik (PID) und zukünftig auch die Diskussion über das therapeutische und reproduktive Klonen – um nur einige wichtige Themen zu nennen.

Der Nationale Ethikrat

Durch das Bundeskabinett auf Initiative des Bundeskanzlers berufen¹, nahm der Nationale Ethikrat im Mai 2001 seine Arbeit auf. Der Rat mit seinen bis zu 25 Mitgliedern besteht zur einen Hälfte aus Experten und zur anderen aus „repräsentativen“ Vertretern der Gesellschaft: der Politik, den Kirchen, der Naturwissenschaft, der Medizin, der Philosophie, der Wirtschaft und der Behindertenverbände. Die einzelnen Mitglieder werden vom Bundeskanzler für vier Jahre berufen und können für weitere vier Jahre gewählt werden. Sie dürfen weder der Bundesregierung oder einer Landesregierung noch einer gesetzgebenden Körperschaft des Bundes oder eines Landes angehören. Die berufenen Mitglieder wählten seinerzeit in geheimer Wahl Professor Spiros SIMITIS zum Vorsitzenden des Ethikrats. Zwei Mitglieder haben im Frühjahr 2003 ihr Mandat aus Zeitgründen aufgegeben. Über mögliche Nachfolger hat der Kanzler noch nicht entschieden. Die Finanzierung des Rats erfolgt durch Steuergelder.

Gegründet wurde der Rat als „nationales Forum des Dialogs über ethische Fragen in

den Lebenswissenschaften“. Es geht darum, den interdisziplinären Diskurs zu aktuellen bioethischen Fragestellungen zu bündeln und „das Meinungsbild der Gesellschaft“ in einer Stellungnahme zu verarbeiten. Schließlich soll der Stellungnahme eine Empfehlung für das politische Handeln folgen. Die monatlichen Sitzungen sind mittlerweile öffentlich. Weiter sollen die Mitglieder aktiv den öffentlichen Dialog fördern, etwa durch Vorträge, Veröffentlichungen oder Teilnahme an Diskussionsrunden.

Bisher hat der Nationale Ethikrat zwei Stellungnahmen verfasst: Im Dezember 2001 zum Import von embryonalen Stammzellen und im Januar 2003 zur Frage der Zulassung der Präimplantationsdiagnostik.

Enquete-Kommission

Die mit den fortschreitenden Entwicklungen in Biologie und Medizin aufgeworfenen ethischen und rechtlichen Fragen stellen nicht nur für die Gesellschaft sondern auch für den Gesetzgeber eine Herausforderung dar. Zur Vorbereitung aktueller Gesetzgebungsverfahren hat der Bundestag mit Zustimmung aller Fraktionen im März 2000 die Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ für die Dauer von zwei Jahren eingesetzt.² Der Auftrag bestand darin, „unter Berücksichtigung ethischer, verfassungsrechtlicher, sozialer, gesetzgeberischer und politischer Aspekte die Fortschritte der Medizin, die Forschungspraxis sowie die daraus resultierenden Fragen und Probleme zu untersuchen und grundlegende und vorbereitenden Arbeiten für notwendige Entscheidungen des Deutschen Bundestages zu leisten. Insbesondere sollte die Kommission Empfehlungen für die ethische Bewertung, für Möglichkeiten des gesellschaftlichen Umgangs sowie für gesetzgeberisches und administratives Handeln in Bezug auf medizinische Zukunftsfragen erarbeiten.“³

Die Kommission besteht aus 26 Mitglie-

dern. Dies sind zur einen Hälfte Parlamentarier aus allen im Bundestag vertretenen Fraktionen und zur anderen Sachverständige, die weder dem Bundestag noch der Bundesregierung angehören und von den einzelnen Fraktionen berufen werden. Den Vorsitz führte während der 14. Wahlperiode die Abgeordnete Margot v. RENESSE. Im Einzelnen gehörte es zum Auftrag der Enquete-Kommission

1. den Sachstand über wichtige derzeitige und zukünftige Entwicklungen der modernen medizinischen Forschung zu recherchieren.
2. Des weiteren die zugehörige Forschungspraxis zu untersuchen und auf gesetzlich nur unvollständig geregelte Bereiche hinzuweisen.
3. Vor allem aber sollten „Kriterien für die Grenzen der medizinischen Forschung, Diagnostik und Therapie sowie ihrer Anwendung entwickelt werden, die das unbedingte Gebot zur Wahrung der Menschenwürde beinhalten.“

Dieser dritte Punkt ist für die gesamte Arbeit der Enquete-Kommission richtungsweisend: die Menschenwürde ist das unumstößliche Fundament des Wertsystems der deutschen Verfassung. Sie stellt deshalb für die ethische und rechtsethische Auseinandersetzung mit den Fragen der modernen Medizin einen unverzichtbaren Rahmen dar.

Inhaltlich standen neben anderen Themen die Stammzellforschung und die Präimplantationsdiagnostik im Mittelpunkt der Arbeit der Kommission. Die Ergebnisse wurden in mehreren Zwischenberichten sowie in einem Abschlussbericht im Mai 2002 vorgestellt und die Arbeit vorläufig beendet. Auch in der 15. Wahlperiode hat sich der Bundestag entschlossen, die Arbeit der Enquete-Kommission weiterzuführen.⁴ Im Mai 2003 konstituierte sich die neue Kommission unter dem Vorsitz des Abgeordneten Rene Rösper und führt anders als ihre Vorgängerin die Ethik vor dem Recht im Namen als Enquete-Kommission für *Ethik und Recht der modernen Medizin*. Das weiterhin 26 köpfige Gremium soll sich bei sei-

ner Arbeit wie gehabt an dem verfassungsrechtlichen Gebot der Menschenwürde und anderen Grundrechten orientieren. Zu den Themen, mit denen sich die Enquete-Kommission befassen will, zählen die Verteilungsgerechtigkeit in der modernen Medizin und neue Forschungsbereiche wie die Nanobiotechnologie.

Ethische Orientierung durch Ethikräte?

Im Hinblick auf die wachsende Vielfalt an Lebensentwürfen, individuellen Präferenzen und Modellen sozialer Gemeinschaft orientiert sich der Nationale Ethikrat am Verfahren der Diskurstheorie von Jürgen HABERMAS.⁵ Bei der Diskurstheorie steht die äußere Form der moralischen Argumentation im Vordergrund. Inhaltliche Elemente wie die Frage nach dem „guten Leben“ werden als nicht konsensfähig erachtet und aus dem moralischen Diskurs entlassen. Dennoch sollte die ethische Kontroverse so geführt werden, dass alle Teilnehmer am Diskurs ihre Argumente frei äußern können. Von dieser Art des ethischen Disputs darf nicht erwartet werden, dass er einen Konflikt zu lösen vermag. Er konfrontiert vielmehr die unterschiedlichen Positionen miteinander und lässt unterschiedliche Weltanschauungen und Wertvorstellungen miteinander ins Gespräch treten. Jedem Teilnehmer an diesem theoretisch „herrschaftsfreien“ Dialog wird gleichermaßen Gehör geschenkt.

Im Gegensatz zur Enquete-Kommission wird im Nationalen Ethikrat nicht explizit auf eine für alle tragfähige ethische Grundposition verwiesen. Dies bedeutet nicht, dass die Achtung der Menschenwürde nicht als ein wichtiges Bewertungskriterium herangezogen würde. Sie hat jedoch unterschiedlichen Stellenwert je nach der vertretenen Position.

In den bisherigen Stellungnahmen des Nationalen Ethikrats zum Import von Embryonalen Stammzellen⁶ und zur Einführung der Präimplantationsdiagnostik⁷ wird dies deut-

lich. Während die Vertreter der stringenteren Position (jeweils in der Minderheit für ein Verbot der Einführung von Embryonalen Stammzellen und gegen die Einführung der PID) sich klar zur unbedingten Achtung des Gebots der Menschenwürde und des Lebensschutzes stellten, waren die Vertreter der weniger stringenteren Position (jeweils mehrheitlich für eine „streng kontrollierte Einführung“ von Embryonalen Stammzellen und „eng begrenzte“ Zulassung der PID) geneigt, den absoluten Lebensschutz hinter den Primat der guten Absicht zu stellen.

Gemäß dem diskursethischen Grundsatz wurden in den Stellungnahmen die Argumente der Pro- und Contraposition jeweils in gleichem Umfang dargestellt. Sie sollen Politikern und der interessierten Öffentlichkeit als Hilfestellung für die eigene Urteilsbildung dienen. Aus den Stellungnahmen geht hervor, wie viele Mitglieder des Rates jeweils den unterschiedlichen Positionen zugestimmt haben. In der letzten Stellungnahme zur PID hatten die Mitglieder durch ihre Unterschrift ihre jeweilige Position öffentlich bekannt.

Bei den Berichten der Enquete-Kommission gewinnt der Leser den Eindruck, dass die Darstellung der Sachlage, des Diskussionsstands und die abschließende Bewertung der unterschiedlichen Handlungsoptionen nicht mit völliger „Neutralität“ erfolgen soll: Die Bewertung der Stammzellforschung und der PID erfolgt in der Perspektive der ethischen und rechtlichen Orientierungspunkte, auf die man sich von vorn herein verständigt hatte. Bei der Dokumentation der Ergebnisse wurden ebenfalls die unterschiedlichen Handlungsoptionen dargestellt, die Positionen für und gegen die begrenzte Zulassung der Stammzellforschung und der PID. Im Gegensatz zum Nationalen Ethikrat war das parlamentarische Ethikgremium mehrheitlich für ein Verbot dieser innovativen Reproduktionstechniken. Die Begründung unter Berufung auf den Verfassungsgrundsatz zum Gebot des unbedingten Lebensschutzes ohne Möglichkeit einer Güterabwägung führ-

te zu einer ebenso klaren Formulierung des gesetzlichen Handlungsbedarfs.⁸

Auch innerhalb der Enquete-Kommission war eine Meinungspluralität erkennbar, jedoch wurde in der Art der Darstellung der Argumentationslinien erkennbar, dass der unbedingte Lebensschutz unter keinen Umständen zur Disposition stand.

Ethikräte und ihr Einfluss auf die Politik

Gemäß dem Selbstverständnis des Nationalen Ethikrats hat dieses Gremium nur die Aufgabe, Argumente zusammenzustellen und Optionen zu formulieren, die vom Parlament oder der Regierung aufgegriffen werden können. Die Enquetekommission dagegen ist der direkte Berater des Parlaments und des Bundestags und hat die entsprechende parlamentarische Legitimation.

Es muss jedoch festgestellt werden, dass der Ethikrat, obwohl er nach außen hin eine neutrale Stellung einnimmt, einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Abstimmungen im Parlament ausgeübt hat und wahrscheinlich weiter ausüben wird. Bei der Stellungnahme zur Stammzellforschung hatte die Enquete-Kommission zu zwei Dritteln gegen den Import von embryonalen Stammzellen gestimmt. Das Votum des Nationalen Ethikrats fiel einen Monat später im Dezember 2001 genau umgekehrt aus. Die Entscheidung im Parlament Ende Januar 2002 spiegelte schließlich das Votum des Ethikrats wider.

Eine ähnliche Situation bahnt sich nun in der Frage der Zulassung der PID an. Zuerst hat die Enquete-Kommission im Mai 2002 ihre Untersuchung mit der Empfehlung an den Gesetzgeber abgeschlossen, das im Embryonenschutzgesetz enthaltene Verbot beizubehalten. Im Januar 2003 endet die Diskussion im Nationalen Ethikrat mit dem mehrheitlichen Votum, bei Hochrisikopaaren die PID zunächst zeitlich befristet zuzulassen. Auch

wenn die namentliche Unterschrift unter die jeweiligen Positionen nicht als „interne Abstimmung“ gedacht war, wurde sie dennoch von den Medien als eine Vorwegnahme der Debatte im Bundestag gewertet. Die Anhörungen zum Entwurf eines neuen Fortpflanzungsgesetzes stehen in Kürze an. Bundestagspräsident Wolfgang Thierse hat allen Abgeordneten ausdrücklich empfohlen, *beide* Stellungnahmen aufmerksam zu lesen.⁹

Noch ein Ethikrat?

Der Ort der Entscheidung biopolitischer Grundfragen ist das Parlament. Ethikgremien können den einzelnen Abgeordneten bei einer Abstimmung im Parlament ihre Entscheidung nicht abnehmen, die sie vor ihrem eigenen Gewissen verantworten müssen. Sie können aber einen wesentlichen Beitrag zur Ausbildung dieser Gewissen leisten, ihnen die Grundwerte unserer Verfassung neu vor Augen führen und zu einer intensiven Auseinandersetzung mit diesen Themen anregen. Trotz der umfangreichen Aufklärungsarbeit beider Ethikgremien scheint es den Politikern immer noch an Entscheidungssicherheit zu fehlen. Um dem weiterhin bestehenden Informations- und Diskussionsbedarf Rechnung zu tragen, wurde von der CDU/CSU-Fraktion kürzlich ein dritter Expertenrat ins Leben gerufen. Ähnlich der Logik des Ethikrats und der Enquete-Kommission besetzt, vereinigt dieser Zwölferrat den Sachverstand aus den Bereichen Ethik, Recht und Naturwissenschaft.

Referenzen

1. Kabinettsvorlage vom 25.4.01 zur Einrichtung eines Nationalen Ethikrates (www.nationalerethikrat.de/ueber_uns/einrichtungserlass.html)
2. vgl. Bundesregierung (2000) Bundestagsdrucksache 14/3011, 24.03.2000
3. vgl. Bundesregierung (2002) *Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“*. Bundestagsdrucksache 14/9020, 14.05.2002, S.7

4. Deutscher Bundestag (2003) *Neue Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ konstituiert sich*. Pressemitteilung 29.4.03
5. HABERMAS, Jürgen (1991), *Erläuterungen zur Diskursethik*, Frankfurt
6. Nationaler Ethikrat (2001), *Stellungnahme zum Import menschlicher embryonaler Stammzellen*, Dezember 2001
7. Nationaler Ethikrat (2003), *Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft*, Januar 2003
8. vgl. ebd. Bundesregierung (2002), S.114-115: „Die Mehrheit der Enquete empfiehlt dem Deutschen Bundestag, gegebenenfalls im Rahmen eines neuen Fortpflanzungsgesetzes, den inhaltlichen Gehalt des Embryonenschutzgesetzes zu bewahren und das Verbot der PID zu konkretisieren.“
9. THIERSE, Wolfgang (2003), *Die Furcht, dass Behinderte zu Verhinderbaren werden*, Die Tagespost 28.2.2003

Dr. Bergund FUCHS, M. A., Dozentin für
Bioethik an der Gustav-Siewert-Akademie
Weilheim-Bierbronnen
Stadtwaldgürtel 39
D-50935 Köln

Stellungnahme des IMABE-Instituts zum Wiener Fetoqidvorschlag

Gynäkologen wie sonst alle Ärzte sind vor allem und zuerst dem Leben selbst verpflichtet. Sie dürfen nicht zulassen, dass sie zu Vollstreckern von Tötungen an Behinderten degradiert werden. Man muss leider zu ihrer Verteidigung sagen, dass sie von der Gesellschaft massiv unter Druck gesetzt worden sind, diese Rolle zu spielen. Wie erfrischend wäre es, wenn in der heutigen hedonistischen Gesellschaft Gynäkologen auch laut darüber nachdenken würden, wie man Abtreibungen wirklich verhindern könnte, oder was zu tun wäre, um sich aus dieser eindeutig gegen das ärztliche Ethos verstoßenden Rolle herauszumanövrieren. Stattdessen versuchen manche, sich in ihrer neuen Rolle noch stärker zu verfestigen und suchen neue Wege der Tötung ungeborenen Lebens zu gehen.

Der Vorstoß von Professor HUSSLEIN anlässlich des Symposiums „Pränatale Medizin – Heute und Morgen“, am 8. und 9. März 2003 in Wien, die Tötung von lebensfähigen Kindern im Mutterleib zu forcieren, ist weit gefehlt. Es ist tatsächlich barbarisch, schon in der 24. Woche die Geburt einzuleiten, das Kind dann im Todeskampf liegen und ersticken zu lassen. Das ist keine Gruselgeschichte des Mittelalters sondern eine Praxis, die laut Professor HUSSLEIN in seiner Klinik innerhalb von drei Jahren 15 Mal zur Anwendung kam. Ethisch gesehen sind das fünfzehn unnötige Tötungen zu viel! Jeder Gynäkologe weiß genau, dass in den meisten Fällen von

Schwerstbehinderung das Kind von alleine ohne zusätzliche Qualen kurz vor oder nach der Geburt stirbt. Warum nicht warten?

Auch die Meinung, das Angebot der Pränatalen Diagnostik verstärkt ausbauen zu müssen, ist sowohl in der Zielsetzung wie auch in der Argumentation, ethisch völlig verfehlt. Sie ist in der Zielsetzung deswegen verfehlt, weil das Ziel die eugenische Selektion, und in der Folge der Schwangerschaftsabbruch ist. Man soll alles, was unerwünscht sein könnte, noch vor dem dritten Monat diagnostizieren können. Es wird hart an neuen Testmethoden gearbeitet. Auch wenn dies die Gynäkologen nicht gerne hören wollen, wird pränatale Diagnostik zu einem Selektions- und Tötungsinstrument degradiert. Ihr Schwergewicht liegt in der Früherkennung von Krankheiten, um die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs anbieten zu können.

Einmal mehr zeigt sich deutlich, dass ein Schwangerschaftsabbruch niemals eine brauchbare Option sein wird. Der Staat und die Bürgergesellschaft sollten endlich alle ihnen zur Verfügung stehenden Mittel einsetzen, um entschieden auch die letzte Abtreibung zu verhindern.

Ethikkommission des Imabe-Instituts
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien
postbox@imabe.org

SCHWERPUNKT

Palliativmedizin als Medizin der Lebensqualität Vom kurativen zum palliativen Weg

Johannes BONELLI

Zusammenfassung

Von alters her hat die Medizin ihren Auftrag nie nur in der unbedingten Heilung, sondern immer auch in der Linderung und in der Tröstung gesehen. Darin besteht die Herausforderung für die Medizin heute, nämlich rechtzeitig eine sinnlos gewordene Therapie zu beenden, um sich ausschließlich der symptomorientierten Leidenslinderung und Tröstung, also der Palliation zuzuwenden. Die Aufgabe der Palliativmedizin ist es, Patienten im schlechten Allgemeinzustand und ohne Hoffnung auf Heilung die bestmögliche individuelle medizinische Hilfe zukommen zu lassen. Ziel ist, eine spürbare Verbesserung der Lebensqualität des Patienten, um eine Rückkehr in die häusliche Pflege zu ermöglichen. Wenn der Patient in seinen letzten Tagen und Stunden nicht nur technische Machbarkeit und geschäftige Routine erfährt, sondern echte menschliche Wärme und Anteilnahme, und wenn ihm bewusst wird, dass nicht er von uns, sondern wir von ihm beschenkt werden, dann wird er auch in einem leidvollen Leben sehr wohl noch einen Sinn erkennen, das Sterben in Würde annehmen und kaum den Wunsch äußern, aus Verzweiflung sein Leben zu beenden.

Schlüsselwörter: Palliativmedizin, kurative Therapie, Sinnhaftigkeit, Kultur des Sterbens

Abstract

Since ancient times medicine has always seen its mandate as being not only in healing only but also in alleviation and comforting. This fact presents a great challenge for modern medicine, and that is to decide the right time to end a therapy that has become meaningless in order to concentrate exclusively on symptom oriented pain alleviation and comforting: in other words on the use of palliative medicine. The task of palliative medicine is to help patients who are in a very bad general health situation with little or no hope of recovering their health to receive the very best possible individual medical care. The goal is a meaningful improvement of the quality of life of the patient and if possible to return him to home care. When the patient in his last days and hours experiences not only medical technical feasibility and busy routine but also genuine human warmth and sympathy he could then realize that he is not just taking but giving those caring for him a great deal and would then recognize that a life of pain makes sense and accept a death in dignity without ever wishing to put an end to himself out of despair.

Keywords: Palliative medicine, cure therapy, meaningfulness, culture of death

Anschrift des Autors: Prof.Dr. Johannes BONELLI, Direktor des KH St. Elisabeth
Landstraßer Hauptstraße 4a, A - 1030 Wien

Einleitung

Der bekannte Medizinethiker Gonzalo HERRANZ hat einmal gesagt, dass das gesamte Schicksal der Medizin von der Fähigkeit der Ärzte abhängen wird, Kurs zu halten zwischen den trügerischen Klippen der Euthanasie einerseits und dem anderen Extrem, nämlich den bewusst unnützen Behandlungseingriffen andererseits.¹ Sie werden sich fragen: Was hat dieser Satz mit dem Thema dieses Artikels zu tun?

Nun, zunächst einmal muss man feststellen, dass auch von Medizinern zunehmend die gesetzliche Freigabe der Euthanasie unter gewissen Umständen gefordert wird. Die medizin-wissenschaftlichen Top-Zeitschriften sind voll von einschlägigen Artikeln zu diesem Thema. Es gibt sicher eine ganze Reihe von Gründen für das Aufflackern dieser Euthanasiedebatte heute.

Hier sollen, entsprechend dem Thema dieses Artikels nur zwei Aspekte herausgegriffen werden:

Ist es nicht so, dass die heutige Medizin in den Menschen Hoffnungen erweckt, die sie in Wirklichkeit gar nicht erfüllen kann? So hat die WHO die vollständige Ausrottung aller Krankheiten und die Überwindung des Todes für alle Menschen als das erklärte Ziel der Medizin proklamiert. Eine medizinische Wissenschaft, die in die eigene Macht über die Natur ein solches Vertrauen setzt und derartige Hoffnungen schürt, darf sich nicht wundern, wenn ein Mensch angesichts einer unheilbaren Krankheit in Verzweiflung gerät und wenn der eine oder andere das versprochene Ziel, nämlich die vollständige Herrschaft über Krankheit und Tod doch noch zu erzwingen sucht, wenn auch nur mehr – so paradox es klingt – um den Preis des eigenen Lebens mit Hilfe der Euthanasie.

Auf der anderen Seite hat diese Faszination des Machbaren dazu geführt, dass Machbarkeit automatisch mit Fortschritt verwechselt wird, ohne sich die Frage zu stellen, ob das technisch Machbare auch wirklich hilfreich für den jeweils einzelnen Patienten und damit

auch letztlich medizinisch sinnvoll ist. Das ist jedenfalls in der Medizin ein verhängnisvoller Fehler, denn das Machbare muss heute nicht unbedingt auch hilfreich für den Patienten sein, sondern es kann auch sehr wohl nur mehr eine unnötige Belastung für ihn bedeuten.

Bei der Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für klinische Onkologie in San Francisco (2001) wurde festgestellt, dass rund ein Drittel aller Krebspatienten im Endstadium noch eine Chemotherapie bekommen, obwohl erwiesen ist, dass diese unwirksam ist. Und weiters wurde festgestellt, dass bis heute keine Richtlinien existieren, bis wann eine Chemotherapie noch sinnvollerweise einzusetzen ist.

Von der kurativen zur palliativen Medizin

Von alters her hat die Medizin ihren Auftrag nie nur in der unbedingten Heilung, sondern immer auch in der Linderung und in der Tröstung gesehen.² Und darin besteht die Herausforderung für die Medizin heute, nämlich rechtzeitig eine sinnlos gewordene Therapie zu beenden, um sich ausschließlich der symptomorientierten Leidenslinderung und Tröstung, also der Palliativmedizin zuzuwenden.

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

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

Ich fürchte, dass heute eine ganze Reihe von therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen am Patienten durchgeführt werden, die auf Heilung oder Lebensverlängerung ausgerichtet, in Wirklichkeit aber gar nicht mehr zielführend sind, oder zumindest in keinem Verhältnis mehr zum erwartbaren Erfolg stehen, wobei dies meist weder dem Arzt noch dem Patienten so richtig bewusst ist.

Die medizinische Wissenschaft hat sich mit den Grenzen der kurativen Medizin und den Kriterien, die diese Grenzen abstecken, relativ wenig beschäftigt. Es sollte nicht sein, dass Entscheidungen über die Durchführung oder Beendigung einer Therapie ziemlich willkürlich oder gefühlsmäßig getroffen werden müssen, oft auf Drängen der Patienten oder ihrer Angehörigen zu deren Beruhigung (es muss etwas getan werden), auf Druck von außen, durch die Medien z.B. oder weil der behandelnde Arzt bzw. Hausarzt zum Erfüllungsgehilfen von undurchschaubaren Spezialistenvorschriften degradiert und zur Ausführung von unpersönlichen Leitlinien verpflichtet wird, will er nicht von der wissenschaftlichen Gemeinde desavouiert oder gar geächtet werden. Vielfach wird eine sinnlose Therapie auch nur zur forensischen Absicherung für den gerichtlichen Ernstfall durchgeführt.

Zunächst ein nicht untypischer Fall aus dem medizinischen Alltag: eine 73 Jahre alte Patientin kommt zur Durchuntersuchung wegen Gewichtabnahme ins Krankenhaus. Sie hat sonst keine wesentlichen Beschwerden. Im Ultraschall findet man einen Pankreastumor, der in die Leberpforte einwächst. Die Leber ist mit Tumormetastasen durchsetzt. In Anbetracht des noch guten Allgemeinzustandes der Patientin werden nach einem onkologischen Konsilium palliative Maßnahmen je nach Beschwerdebild vorgeschlagen und den Angehörigen angeraten, die Patientin vorerst nach Hause zu nehmen, da sie völlig beschwerdefrei sei. Am Tag nach dem Gespräch erscheinen die Angehörigen neuerlich ziemlich erobost beim stationsleitenden Oberarzt, sie seien bei einem anderen Onkologen gewesen.

Dieser sei der Meinung, die Mutter hätte sehr wohl noch eine „Chance“, ein Bett auf seiner Abteilung stehe bereit, und es erfolgte noch am selben Tag die Transferierung. Dort erhält die Patientin einen Leberarterienkatheter und es werden diverse Chemotherapeutika infundiert. Dabei treten eine ganze Reihe von Komplikationen auf und die Patientin stirbt letztlich nach zwei Monaten Krankenhausaufenthalt, ohne je wieder zu Hause gewesen zu sein.

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

1. Es scheint dringend an der Zeit, dass der Dialog zwischen den Ärzten und besonders zwischen Spezialisten und behandelnden Ärzten gerade in so kritischen Situationen wieder mehr gepflegt wird. Persönliche Eitelkeiten sollten uns Ärzte nicht dazu verleiten, uns als Götter in Weiß zum Schaden des Patienten aufzuspielen.

2. Behandlungsempfehlungen aufgrund von statistischen Daten oder sonstigen Überlegungen, wie dies heute vielfach üblich ist, ohne einen Patienten überhaupt gesehen oder sich zumindest mit dem behandelnden Arzt in Verbindung gesetzt zu haben, sind besser zu unterlassen.

Die Gefahr einer Medizin, die ausschließlich auf statistischer Signifikanz basiert (EBM), besteht gerade darin, Patienten nach Mehrheitsverhältnissen im Kollektiv zu behandeln, ohne seine individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Metaanalysen, pauschale Leitlinien von sog. Konsenskonferenzen sind starre, statistische Größen, deren Prinzip es ist, gerade vom individuellen Patienten abzusehen. Sie können zwar dem Arzt eine große Hilfe in Diagnose und Therapie sein, ihm aber niemals eine Therapieentscheidung aufzwingen oder ihm umgekehrt die Verantwortung für seine Entscheidung im Einzelfall abnehmen.

3. Genauso gefährlich ist es, auf Grund einer bedauerlichen Selbstüberschätzung dem Patienten Hoffnung auf Heilung oder Lebensverlängerung mit fragwürdigen Praktiken zu

machen: denn angesichts des Todes ist jeder Patient zu jeder Art von Therapie bereit. Nicht umsonst hat die Quacksalberei gerade bei hoffnungslos schwerkranken Patienten Hochsaison.

4. Statistische Daten sollten von den diversen Verantwortlichen so vorgelegt werden, dass daraus nicht nur Signifikanzen, sondern auch deren Relevanz abgelesen werden kann.

Tumorverkleinerungen z.B., die zu keiner Lebensverlängerung führen und daher bestenfalls palliativ wirken können, sollten als solche ausgewiesen werden.³ Keinesfalls sollte man lediglich Tumorzellen behandeln, zum Schaden der Patienten, wie im vorliegenden Fall. Auch das gehört in die Kategorie der falschen Hoffnungen, die der Quacksalberei ebenbürtig ist.

Aufgabe der Palliativmedizin

Wenn ich das bisher Gesagte zusammenfasse, so möchte ich den eingangs zitierten Satz von HERRANZ abwandeln und sagen, dass das Schicksal der Medizin von der Fähigkeit der Ärzte abhängen wird, die trügerischen Klippen einer überzogenen Kurativmedizin rechtzeitig zu erkennen, um sich der Palliativmedizin zuzuwenden, die nicht mehr auf Heilung oder Lebensverlängerung, dafür umso intensiver auf Leidenslinderung und Tröstung ausgerichtet ist. Die Aufgabe der Palliativmedizin ist es, Patienten im schlechten Allgemeinzustand und ohne Hoffnung auf Heilung die bestmögliche individuelle medizinische Hilfe zukommen zu lassen. Ziel ist, eine spürbare Verbesserung der Lebensqualität des Patienten, um eine Rückkehr in die häusliche Pflege zu ermöglichen. Palliativmedizin ist nicht Sterbebegleitung im eigentlichen Sinn, sondern das ist die Domäne der Pflegehospize. Die Schmerzbehandlung ist zwar der bekannteste Faktor der Palliativmedizin, aber nicht der einzige. Sie beinhaltet auch chirurgische Hilfeingriffe, Ernährungskonzepte und die Möglichkeit palliativer Chemo- oder Radiotherapie. Ein wichtiger Sektor ist die mecha-

nische Überbrückung von Engstellen im Magen-Darm Bereich bzw. in den Leber- und Gallenwegen. Durch diese neuen Methoden können oft komplizierte und für den Patienten belastende Operationen mit langwierigen Spitalsaufenthalten vermieden und der Befindlichkeit des Patienten sehr geholfen werden.

Einen hohen Stellenwert in der Palliativmedizin haben die begleitende psychologische Betreuung der Patienten und die Einbindung der Familien. Dabei geht es um die Schulung für einfache praktische Hilfen einerseits, aber vor allem auch um die Tröstung der Betroffenen, der Patienten natürlich in erster Linie, aber auch der Verwandten. Dies bedingt einen enormen persönlichen Einsatz aller Mitarbeiter auf der Station. Die Erfassung der psychischen und physischen Gesamtsituation des Patienten erfordert sehr eingehende Gespräche mit dem betroffenen Patienten selbst, mit ärztlichen Kollegen, die den Patienten bisher betreut haben und nicht zuletzt auch, wie gesagt, mit den Angehörigen. Ziel ist immer das Wohlbefinden, d. h. die Leidenslinderung und die Lebensbejahung des Patienten trotz alledem. Angestrebt wird, dass der Patient wieder zuhause im Kreise seiner Familie leben kann. Denn die natürliche Integration der unheilbar Schwerkranken als wertvolle Mitglieder in die familiäre Gemeinschaft unserer Gesellschaft ist ein wesentlicher Aspekt und ein hervorragendes Ziel für die palliative Medizin. Deswegen ist es auch wichtig, Vorsorge zu treffen, dass die Versorgung zu Hause auch wirklich abgesichert ist. In bestimmten Fällen wird es notwendig sein, den Patienten zur weiteren häuslichen Betreuung einem ambulanten Palliativ-Team, z.B. der Hospizbewegung anzuvertrauen. Wichtig ist in all diesen Fällen die Gewissheit des Patienten, dass er jederzeit wieder auf der Palliativstation aufgenommen werden kann, wenn zu Hause Probleme auftreten oder sich sein Zustand verschlechtert.

Wenngleich der Großteil der Palliativpatienten Karzinompatienten sind, so sei doch erwähnt, dass auch andere Krankheiten wie

z.B. lebensbedrohlich abgemagerte Patienten mit schweren Magen-Darmschäden oder mit Essstörungen sowie Patienten mit Atemstörungen aller Art auf einer Palliativstation, die grundsätzlich in einem Akutspital integriert sein sollte, betreut werden.

Wenngleich, wie gesagt, Palliativstationen nichtprimär Abteilungen sind, an denen schwerpunktmäßig Sterbebegleitung durchgeführt wird, ist der Prozentsatz derjenigen Patienten, die letztlich auf einer Palliativstation sterben, verglichen zu allgemeinen medizinischen Abteilungen sehr hoch. Dann ist das Palliativ-Team herausgefordert, dem Patienten ein in Wahrheit würdiges Sterben zu ermöglichen. Hier tritt die Tröstung in den Vordergrund, die, wie gesagt, ein ganz wesentlicher Aspekt der Palliativmedizin ist. Ihre Kunst besteht darin, den Patienten einerseits niemals ohne Hoffnung alleine zu lassen, ohne aber auf der anderen Seite, durch sinnlosen Aktivismus und Täuschung falsche Hoffnungen zu erwecken, um ihn so über den Tod gleichsam hinwegzuschwindeln.

Kultur des Sterbens

Würdiges Sterben geschieht sicher nicht, wenn der leidende Mensch, wie es die Euthanasiebefürworter wollen, einfach getötet wird. Es geschieht aber ebenso wenig, wenn dem sterbenden Menschen die Möglichkeit genommen wird, die letzten Stunden und Minuten seines Lebens als heiliges und oft heilsames Geschehen zu erfahren, das auf einzigartige und geheimnisvolle Weise noch ein letztes Mal die innerste Seele des Menschen ergreift und erschüttert.

Wenn der Patient einmal unwiderruflich im Sterben liegt, so sind weniger unsere technischen Fähigkeiten gefragt, sondern unsere menschlichen Tugenden, indem wir dem Patienten zum Beispiel mit Wahrhaftigkeit begegnen und ihn nicht aus falschem Mitleid belügen, indem wir ihm nicht aus dem Weg gehen, sondern seine Fragen beantworten, auf

seine Nöte und Wünsche eingehen und sie zu verstehen suchen. Ärzte, Pflegepersonen und die Verwandten sind dazu aufgerufen, dem Sterbenden die letzten Stunden so schön und friedvoll wie nur immer möglich zu gestalten, indem wir für ausreichende Körperpflege sorgen, für ein ordentliches Bett und ein geordnetes Zimmer in einer würdigen respektvollen Atmosphäre, auch wenn der Patient davon scheinbar vielleicht gar nichts mehr mitbekommt. Es ist auch unsere Pflicht, uns darum zu kümmern, dass der Patient seine Angelegenheiten und letzten Verfügungen noch regeln kann, und auch darum, dass er in Respektierung seines Glaubens noch rechtzeitig den nötigen geistlichen Beistand bekommt. Wenn der Patient in seinen letzten Tagen und Stunden nicht nur technische Machbarkeit und geschäftige Routine erfährt, sondern echte menschliche Wärme und Anteilnahme, und wenn ihm bewusst wird, dass nicht er von uns, sondern wir von ihm beschenkt werden, dann wird er auch in einem leidvollen Leben sehr wohl noch einen Sinn erkennen, das Sterben in Würde annehmen und kaum den Wunsch äußern, aus Verzweiflung sein Leben zu beenden.

Letzte Woche hat das Ärzte- und Schwesternteam unserer Palliativstation bei einer Besprechung folgendes gesagt: „Das Schöne an dieser Station ist es, zu erleben, wie diese sogenannten hoffnungslos schwerkranken Menschen, je länger sie hier sind, immer mehr Freude ausstrahlen, eine Freude, von der wir angesteckt werden und die wir dann nach Hause zu unseren Familien mitnehmen, wo sie sich weiter ausbreitet.“

Worum es also geht ist, dass wir wieder eine Kultur des Sterbens entwickeln müssen, die uns in der heutigen Gesellschaft verloren gegangen ist. Diese Kultur kann jedoch nicht darin bestehen, unter dem Deckmantel des Selbstbestimmungsrechtes und des Mitleids, den Selbstmord von Staatswegen zu legitimieren. Hier schlägt die Sterbekultur in eine Kultur des Todes um. Diese freilich ist gegen den Menschen selbst gerichtet, denn wenn das absolu-

te Tötungsverbot aufgehoben wird, dann wird damit gleichzeitig auch die bedingungslose soziale Verpflichtung gegenseitiger Fürsorge aufgehoben, denn es bleibt dem Patienten immer noch die Alternative, sich selbst zu töten.

Aus dieser Perspektive ist die Palliativmedizin die praktische Antwort auf die zunehmenden sozialpolitischen Selbstmordtendenzen unserer Gesellschaft (siehe Holland und Belgien).

Referenzen

1. HERRANZ G., „Euthanasie – Gebote und Verbote der Sterbehilfe“. In: THOMAS H. (Hrsg.), „Menschlichkeit in der Medizin“, Verlag Busse Seewald, Herford (1993), S. 221ff
2. TORELLO J.B., „Saluti et solatio aegrorum. Über die Tröstung des Kranken in der heutigen Medizin“. In: BONELLI J. (Hrsg.), „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, Springer Verlag, Wien - New-York (1992), S. 229ff
3. RADERER M., SCHEITHAUER W., „Treatment of colorectal cancer with 5-fluorouracil and interferon-a“, Eurocancer (1995)

Zusammenarbeit zwischen mobiler und stationärer Betreuung von Terminalpatienten

Franz ZDRAHAL

Zusammenfassung

Das mobile Caritas-Hospiz-Team hat vor mehreren Jahren in Wien mit der Arbeit begonnen. Der wesentliche Aufgabenbereich besteht in der ambulanten Betreuung Schwerkranker und Sterbender. Diese Betreuung erfolgt multidimensional (physisch, psychisch, spirituell, sozial, etc.) in enger Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Der Bedarf an palliativen Einrichtungen ist damit aber noch nicht gedeckt. Für die Zukunft ist ein interessantes Projekt (PIK: Patientenorientierte Integrierte Krankenbetreuung) in Wien vorgesehen. Durch verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit des intra- und extramuralen Bereiches und systematische Einbeziehung von PatientInnen und Angehörigen soll die Betreuung von Terminalpatienten optimiert werden.

Schlüsselwörter: mobiles Hospiz-Team, Terminalpatienten, patientenorientierte Krankenbetreuung, Modellprojekt

Abstract

The mobile homecare team of the Caritas Hospice began their work in the Vienna area several years ago. Their main task is home care of the seriously ill and terminal patients. This care is always multi-dimensional (physical, psychic, spiritual, social and etc.) in close cooperation with the patient's doctor. However the total need for palliative accommodation is not covered by the Caritas Hospice and their mobile teams. An interesting project for the future in Vienna is the PIK system (Patient Oriented Integrated Care). This system, mainly based in hospitals, will improve the communications and co-operation between internal and external organizations along with the systematic inclusion of patients and their relatives and thus optimize the care of terminal patients.

Keywords: Mobile Hospice Team, Terminal Patients, Patient Oriented Care, Model Project

Anschrift des Autors: Dr. Franz ZDRAHAL, Chefarzt der Caritas Wien, Leiter Teilbereich Hospiz der Caritas Wien, Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft
P.A. Mobiles Caritas Hospiz, Erlaer Platz 4, A - 1230 Wien

Ich möchte meine Betrachtungen mit einem Fallbeispiel beginnen, das der Einfachheit halber keine besonderen Schwierigkeiten enthält, sondern die alltägliche Arbeit widerspiegeln soll.

Patientin A., 63 Jahre alt, liegt in einem Wiener Spital. Sie leidet an Brustkrebs mit zahlreichen Knochenmetastasen. Frau A. ist über ihre Grunderkrankung informiert, weiß jedoch nichts Genaues über das fortgeschrittene Stadium der Erkrankung. Sie hat das Gefühl, dass es im Moment „nicht so recht weitergeht“, und möchte nach Hause. Dies trifft sich mit den Intentionen der Abteilung: es herrscht derzeit ziemlicher Bettenmangel.

Eine Schwester der Station kontaktiert das Mobile Caritas Hospiz und liefert erste Informationen. Eine Mobile Hospizschwester besucht die Patientin zum vereinbarten Termin im Spital. Eine der hauptbetreuenden Personen, die Schwester der Patientin, ist ebenfalls anwesend. Nun wird gemeinsam der psychische und physische Ist-Zustand von Patientin und hauptbetreuenden Angehörigen evaluiert. Vorstellungen, Wünsche und vielleicht auch Illusionen werden herausgearbeitet und schließlich die räumlichen Gegebenheiten zu Hause besprochen. Eine Schwester der Station ist teilweise anwesend und liefert wertvolle Hinweise für die Pflege- und sonstigen Bedürfnisse der Patientin. Ein Blick in die Krankengeschichte informiert über die derzeitige Medikation und rundet das Bild insgesamt ab. Frau A. bekommt Medikamente gegen Schmerzen, gegen Übelkeit und Erbrechen sowie mehrmals pro Woche eine Injektion zur Verbesserung des roten Blutbildes.

So weit nicht schon vom Spital aus organisiert, werden als Folge solcher Besprechungen – wenn nötig – noch mobile Krankenschwestern, Pflegehelferinnen, Heimhilfen, notwendige Pflegebehelfe (z. B. Krankenbett, Zimmerklo und bei alleinstehenden Patienten eventuell ein Notruftelefon) und sonstige Hilfsmittel empfohlen. Für Frau A. muss nur noch ein Zimmerklo besorgt werden.

Ein wichtiges Thema ist auch das Engagement des Hausarztes. Er sollte die ärztliche Leitung der Situation zu Hause innehaben. Die Ärztinnen und Ärzte des Mobilen Caritas Hospizes sollten lediglich für palliativmedizinische Spezialfragen beigezogen werden. In Akutsituationen und des Nachts – oder samstags, sonn- und feiertags, und dann auch tagsüber – können sie notfalls in Vertretung der Hausärzte Hausbesuche durchführen. Im Falle von Frau A. besteht ein sehr gutes Verhältnis zum Hausarzt; er bewies schon in der Vergangenheit, dass Hausbesuche für ihn kein Problem darstellen. Somit steht einer Entlassung der Patientin zwei Tage später nichts mehr im Wege.

Wie geht die Geschichte nun weiter? Frau A. wird tatsächlich zwei Tage später nach Hause entlassen. Sie bekommt – was bei uns noch eine Seltenheit ist – einen vollständigen, ausführlichen Entlassungsbrief mit, den ihre Schwester bei nächster Gelegenheit dem Hausarzt übergeben kann. Klagen von Hausärzten lassen den Verdacht aufkommen, dass zwischen der Entlassung eines Patienten und dem Einlangen des Spitalsentlassungsbriefes eine Zeitspanne von bis zu sechs Wochen liegen kann.

Schon vor der Entlassung bekommt die Familie A. eine Telefonnummer, über die sie in Akutsituationen Tag und Nacht einen Hospizarzt erreichen kann. Am Tag nach der Heimkehr erfolgt vereinbarungsgemäß der erste Besuch der Hospizschwester zu Hause. Die medizinisch-pflegerische Situation wird – diesmal vor Ort – nochmals gemeinsam überprüft. Obwohl die Schmerzsituation derzeit zufrieden stellend ist, wird der Hausarzt gebeten, zusätzlich zu einem Langzeitmorphin ein akut wirksames orales Morphin zu verschreiben. Genaue Anweisungen vorausgesetzt, ist dies eine gute Methode, die Patientin im Falle von Schmerzspitzen von ärztlichen Akutvisiten unabhängig zu machen.

Die Beachtung der körperlichen, also medizinisch-pflegerischen Probleme von Frau A. alleine ist jedoch nicht ausreichend. Sowohl Patientin als auch familiäre Betreuer müssen

das Gefühl bekommen, in ihrer Gesamtheit als Mensch ernst genommen zu werden. Die Frage „wie geht es Ihnen insgesamt mit der Situation“ oder „wie kommen Sie im Moment mit der Situation zurecht“ oder „was ist für Sie besonders unangenehm in der jetzigen Situation“ sind geeignete, so genannte „offene“ Fragen, die die Äußerungen des Patienten nicht einengen und oft ein gutes Gespräch in Gang bringen. Empathie, gepaart mit der Beherrschung wichtiger Kommunikationswerkzeuge, sind im Umgang mit Schwerstkranken und deren Familien unverzichtbar.

Auf offene Fragen der Patienten muss offen geantwortet werden, allerdings in einer für unsere Gesprächspartner akzeptablen Form. Hier hat sich die Technik der schrittweisen Informationsweitergabe bewährt. Die Gesamtbotschaft wird in kleine Teilbotschaften zerlegt und dazwischen jeweils abgewartet, wie die Botschaft bei unserem Gegenüber angekommen ist. Die Kranken haben somit zu jedem Zeitpunkt des Informationsgesprächs die Möglichkeit, uns zu signalisieren: „bis hierher und nicht weiter“. „Anbieten, aber nicht aufdrängen“ muss immer die Devise bleiben.

Nach anfänglich guter Schmerzeinstellung kam es bei Frau A. immer häufiger zum Auftreten von Schmerzspitzen, die eine Erhöhung der Basisedikation sinnvoll machten. Als in zwei aufeinander folgenden Nächten wegen starker Schmerzen – wahrscheinlich von Seiten ihrer Knochenmetastasen – akute ärztliche Visiten notwendig waren, wurde Frau A. die Umstellung der Schmerztherapie von Tabletten auf Schmerzpumpe empfohlen. Ihre Aversion gegen die „Apparatemedizin“ ließ sie diesen Vorschlag anfänglich ablehnen.

In derartigen Situationen empfiehlt sich folgende Vorgangsweise: Wir schlugen der Patientin vor, es doch ein bis zwei Tage zu versuchen und erst dann eine endgültige Entscheidung zu fällen, die von uns selbstverständlich akzeptiert würde. Damit konnte sich Frau A. anfreunden, die Pumpe wurde subkutan angelegt. Nach zwei Tagen war die Patientin von

dieser Methode überzeugt. Parallel dazu wurde sicherheitshalber die strahlentherapeutische Abteilung des Krankenhauses mit der Fragestellung kontaktiert: „nochmalige Bestrahlung der Knochenmetastasen: ja oder nein“. Die Antwort war, wie wir erwartet hatten, ablehnend.

Auch die pflegerische Situation änderte sich. Über dem Kreuzbein entstand ein kreisrundes, stark gerötetes Areal. Es war zu erwarten, dass daraus in Kürze eine offene Stelle, ein Dekubitalulcus entstehen würde. Die bereits zuvor organisierte Antidekubitusmatratze reichte nicht aus, ein zusätzlicher Verband wurde nötig.

Eines der Diskussionsthemen mit den Angehörigen ist oft - und war auch im Falle von Frau A. - das Thema Flüssigkeitszufuhr und Ernährung. Sterbende „nicht verhungern und verdursten lassen“ ist eine der Hauptsorgen vieler – auch professioneller – Betreuer. Von mancher Seite wird Hydrierung und parenterale Ernährung um jeden Preis geradezu zum Dogma erhoben – auch von manchen Spitalsabteilungen. Hier ist behutsame Argumentation angezeigt. Was noch vor sechs Wochen gestimmt haben mag, kann heute schon dem Patienten schaden. Zu viel Flüssigkeitszufuhr im Terminalstadium kann zu Ödemen und vor allem zum Lungenödem mit seinen gefürchteten Atemproblemen führen.

Letztlich war es Frau A. vergönnt, fast schmerzfrei und ohne wirklich lästige andere Symptome zu Hause, im Kreis ihrer Familie, zu sterben.

Nun könnten wir sagen, dass die oben erzählte Situation durchaus zufriedenstellend abgelaufen sei. Das ist aber nicht unbedingt die Regel. Oder anders gesagt: der Ausnahmen sind viele.

Im Folgenden möchte ich einige Hindernisse auflisten, die eine wirklich gute Betreuung von terminal Kranken verhindern. Eingangs möchte ich betonen, dass ich selbst 25 Jahre Spitalsarzt gewesen bin und mich bei einigen Kritikpunkten nachträglich durchaus auch betroffen fühle.

Spitalspersonen haben manchmal Schwie-

rigkeiten, sich vorzustellen, welche Hindernisse sich zu Hause einstellen können. Daraus folgt automatisch, dass Patienten und Angehörige nicht so kompetent über die Möglichkeiten und Hilfen informiert werden, die die Situation zu Hause erleichtern können. Als wir vom Mobilem Caritas Hospiz vor vierzehn Jahren zu arbeiten begannen, wiesen uns von Spitälern her lediglich SozialarbeiterInnen Patienten zu. Sie konnten sich damals am besten vorstellen, welche Schwierigkeiten einer erfolgreichen Entlassung entgegenstehen können.

Vierzehn Jahre sind eine lange Zeit, und die Lage hat sich erfreulicherweise schon etwas zum Guten verändert. Eine spürbare Verbesserung wird jedoch erst dann eintreten, wenn in allen Spitälern ein professionelles Entlassungsmanagement installiert sein wird. Manchmal werden für zu Hause auch Medikamente oder Hilfsmittel verordnet, die nur unter Schwierigkeiten zu bekommen sind. Ich erinnere mich an eine Wiener Spitalabteilung, in der routinemäßig ein Morphin-Präparat verordnet wurde, das in Österreich nicht zugelassen ist. Dieses Morphin wurde auch für zu Hause empfohlen. Nun gibt es zwar in Wien Apotheken, die auf den Import von Medikamenten aus dem Ausland spezialisiert sind. Die Beschaffung derartiger Medikamente ist jedoch ungleich schwieriger und der Zeitaufwand auch wesentlich größer. Wenn es also medizinisch einigermaßen gleichwertige Substanzen gibt, deren Beschaffung keine Schwierigkeiten bereitet, sollte diesen der Vorzug gegeben werden.

Ein weiterer Stein des Anstoßes ist die Gabe von Infusionen zu Hause. In der Hospizarbeit sehen wir, dass es (nicht immer, aber häufig) auch ohne Flüssigkeitszufuhr und künstliche Ernährung zu Hause geht. Wir wollen nicht von jenen Patienten sprechen, die zum Beispiel durch ihren bösartigen Tumor einen kompletten Verschluss des Magenausganges haben. Solche Patienten können oft schon in einem sehr frühen Stadium weder feste noch flüssige Nahrung zu sich nehmen, für sie be-

deutet künstliche Ernährung eindeutig ein Plus an Lebensqualität. Spitalärzte sind daher aufgerufen, bei der für zu Hause empfohlenen Therapie Nutzen und Praktikabilität gegeneinander abzuwägen. Ein häufiger Grund, das Mobile Caritas Hospiz zu kontaktieren, ist der Wunsch von Patienten, jeden Tag Infusionen zu bekommen. In solchen Fällen versuchen wir, die Angehörigen derart einzuschulen, dass sie diese an sich sehr einfachen Tätigkeiten kompetent selbst durchführen können. Wichtig ist für diese Fälle jedoch, dass jederzeit ein Arzt erreichbar ist und notfalls auch rasch vor Ort sein kann.

Ein weiteres wichtiges Problem besteht in der Tatsache, dass die Zeitspanne zwischen Entlassungstermin und Einlangen eines ausführlichen Entlassungsberichtes oftmals unzulässig hoch ist. Die heute üblichen provisorischen, meist handschriftlichen Kurzberichte sind häufig unleserlich, oft auch vollkommen unzureichend. Träumen ist erlaubt: für eine – sehr ferne? – Zukunft wünsche ich mir, dass jeder Patient mit einem bereits definitiven Entlassungsbericht nach Hause entlassen wird. Ich wünsche mir auch, dass die Therapieempfehlungen exakt sind und etwa keine Zweifel an den Dosierungen bestehen bleiben.

Häufig kommen niedergelassene Ärzte in die Situation, dass sie mehr oder weniger akut Informationen oder Ratschläge vom Spital brauchen. Diese „Telefon-Hotline“ funktioniert oft nicht. Gute Kontakte zur Stammabteilung des Patienten würden es ermöglichen, zu Hause, vor Ort, rascher und kompetenter Entscheidungen zu treffen. Sie helfen zum Beispiel auch, Untersuchungen zu vermeiden, die schon im Spital gemacht worden sind. Dies bedeutet einerseits erhöhten Komfort für die Patienten, andererseits hilft es, Kosten zu sparen.

Vergessen wir auch nicht, dass es zwar immer wieder Hausärzte gibt, die sehr gut mit der Situation Schwerkranker und Sterbender sowie mit deren Familien umgehen können. Das Gros der Kolleginnen und Kollegen sieht jedoch nur einige wenige Patienten mit bö-

artigen Erkrankungen pro Jahr. Natürlich ist es dann schwer möglich, ausreichend Erfahrung zu sammeln. Um sie bei der Betreuung dieser Art von Patienten zu unterstützen, ist ein enger Kontakt zu den Spitälern hilfreich. Ein Palliativsupportteam, wie es zum Beispiel das Mobile Caritas Hospiz ist, kann zusätzlich dazu beitragen, dass die Betreuung zur Zufriedenheit aller abläuft.

Vielleicht sollte ich hier kurz das Mobile Caritas Hospiz vorstellen. Dieses Team besteht derzeit aus 11 Pflegepersonen, 9 Ärztinnen und Ärzten (davon 3 ehrenamtlich), den Stützpunktsekretärinnen, einer Leiterin der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sowie etwa 60 Ehrenamtlichen. Anfang 2003 wurden durchschnittlich 90 Patienten zur gleichen Zeit betreut. Die Betreuung erfolgt multidimensional, d. h. es wird die physische, psychische, spirituelle und soziale Dimension des Leids gleichermaßen beachtet. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten.

Eine besondere Spezialität unseres Dienstes ist der ärztliche Nachtdienst. Unsere Patienten können jederzeit einen unserer Ärzte erreichen. Wenn notwendig, kann auch nachts eine Visite erfolgen. Das Mobile Caritas Hospiz arbeitet mittlerweile schon seit über 13 Jahren. Die Finanzierung erfolgt zu etwa zwei Dritteln durch die Wiener Krankenkassen und die Stadt Wien sowie zu einem Drittel durch Spendenwerbung.

Ist die Betreuung zu Hause unter keinen Umständen mehr möglich, dann bietet sich die Aufnahme auf eine Palliativ- oder Hospizstation an. Bis 2005 sollen in Österreich mindestens 275 Palliativbetten entstehen. Ein Problem stellt jedoch die derzeitige Finanzierungsform von Palliativbetten dar. Sie sieht folgendermaßen aus:

Von Tag 1 bis Tag 12 des Aufenthalts eines Patienten können 259 Leistungspunkte verrechnet werden, wobei der Eurowert des Einzelpunktes von Einrichtung zu Einrichtung je nach Einstufung variiert. Von Tag 13 bis Tag 24 sinkt die tägliche Punkteanzahl bis auf 131, wo sie ab Tag 25 dann unverändert bleibt. 259 Lei-

stungspunkte sind zwar nicht kostendeckend, bedeuten jedoch eine merkbare Entspannung der finanziellen Situation. Nach dem 13. Aufenthaltstag steigt der Verlust des Trägers jedoch bedenklich an, 131 Leistungspunkte schließlich sind vollkommen unzureichend. Dazu kommt noch, dass der Wert eines Leistungspunktes von Spital zu Spital variiert und außerdem unterschiedliche Formen der Abgangsdeckung bestehen. Das Hospiz in Innsbruck bekommt zum Beispiel überhaupt keine Abgangsdeckung von Stadt oder Land, in den oberösterreichischen Palliativstationen werden bis zu 96 Prozent des Abganges ersetzt.

Es wird daher der Fall eintreten, dass eine möglichst kurze Verweildauer in der Hospiz- bzw. Palliativstation angestrebt wird. Betrug im Jahr 2001 die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten auf der Hospizstation St. Raphael im Krankenhaus des Göttlichen Heilands in Wien 33,5 Tage, so lag sie in anderen, später entstandenen Palliativeinrichtungen (Graz, Linz) im gleichen Zeitraum nur zwischen 12 und 15 Tagen. Das bedeutet, dass der Patient nach Stabilisierung seiner Symptome in eine andere Einrichtung verlegt werden muss. Hier wurde eine neue Finanzierungsform eingeführt, ohne an die Folgen für die Patienten zu denken. Vor der Einführung der ab dem 13. Tag dekreszierenden Finanzierungsform hätten Auffangstrukturen geschaffen werden müssen. Derzeit ist es so, dass jene Patienten, die nicht mehr nach Hause entlassen werden können, in Pflegeheimen aufgenommen werden müssen. Die Bedürfnisse von Palliativpatienten übersteigen jedoch sehr oft die medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten einer Pflegestation. Dieses Problem sollte so bald wie möglich einer Lösung zugeführt werden.

In einem sehr interessanten Wiener Projekt, dem PIK (patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung), soll versucht werden, die Betreuung auch von Palliativpatienten wesentlich zu verbessern. Mit einer Machbarkeitsstudie haben der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Gemeinde

Wien den Grundstein für dieses Modellprojekt gelegt. In der Studie wurde ein Katalog von 32 Maßnahmen zur Verbesserung der Betreuungsqualität von Patientinnen und Patienten entwickelt, der nun in den Wiener Gemeindebezirken 14 bis 17 umgesetzt werden soll. Auftraggeber für das Modellprojekt sind die Wiener Gebietskrankenkasse und die Gemeinde Wien, es läuft von Juli 2002 bis Dezember 2004.

Die Ziele des Projektes sind wie folgt:

- * verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Patientinnen und Patienten sowie den intra- und extramuralen professionellen Betreuern,

- * verstärktes Eingehen auf die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche der PatientInnen,

- * angemessene Informationen für PatientInnen über Betreuungsangebote und über ihre Betreuung,

- * systematische Einbeziehung von PatientInnen für eine aktive Mitarbeit im Betreuungsprozess,

- * systematische Einbeziehung und Unterstützung der sozialen Netze der PatientInnen.

Wichtig ist die Überbrückung von Schnittstellen in der Krankenbetreuung in Phasen, die

für Patientinnen und Patienten besonders schwierig sind, z. B. wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird, jemand vom Krankenhaus nach Hause entlassen oder wenn zu Hause eine umfassende Betreuung gebraucht wird.

Als Projektpartner in der Region arbeiten zusammen: PatientInnen, Angehörige und ihre sozialen Netze, Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Pflege- und andere soziale Dienste, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, Apotheken.

Wenn das Modellprojekt beendet ist, sollen erfolgreiche Maßnahmen in ganz Wien und auch in den Bundesländern verwirklicht werden.

Interessierte können auf der Website <http://www.univie.ac.at/pik/> weitere Informationen einholen.

Ich wünsche mir für die Zukunft eine maximal enge Vernetzung der beteiligten Institutionen sowie die Bereitschaft, sich miteinander auszutauschen. Ich wünsche mir mehr Kreativität in der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden. Und ich wünsche mir – last but not least – eine Finanzierungsform für Hospiz- und Palliativstationen, die der Realität entspricht.

Die Palliativstation im Akutkrankenhaus

Aurelia MIKSOVSKY

Zusammenfassung

Aufgabe der Palliativmedizin ist die ganzheitliche Betreuung unheilbar Kranker, um eine Verbesserung oder die Erhaltung der Lebensqualität zu gewährleisten. Die Bedürfnisse sind zu verschiedenen Zeitpunkten der Erkrankung unterschiedlich, sodass palliativmedizinische Einrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten dieser Situation gerecht werden könnten und auch die Möglichkeit einer palliativmedizinischen Notfallversorgung vorhanden sein sollte. Insgesamt ist es notwendig, Qualitätsstandards zur Verbesserung der Betreuung im palliativmedizinischen Bereich (einschließlich palliativ-onkologischer Therapien) zu erarbeiten.

Schlüsselwörter: Palliativmedizin, Leidensverlängerung, Lebensqualität, Leidenslinderung

Abstract

Palliative medicine takes care of patients with incurable diseases to maintain or improve their quality of life. The needs of the patients are different, so departments of palliative medicine with different specialities, including the possibility of treating critically ill patients, should be available. It is necessary to develop standards to improve the palliative care including the palliative-oncological management.

Keywords: palliative medicine, prolonging suffering, quality of life, relieve of suffering

Anschrift des Autors: OA Dr. Aurelia MIKSOVSKY, Leiterin der Palliativstation
Krankenhaus St. Elisabeth
Landstraßer Hauptstraße 4a, A - 1030 Wien

Einleitung

In den letzten Jahren hat sich zunehmend gezeigt, dass ein großes Defizit an Ressourcen in der Betreuung schwerst Kranker, unheilbar Kranker und sterbender Patienten besteht. Viel zu selten beschäftigen sich Ärzte mit grundsätzlichen Fragen, wie z. B.: Wann soll eine bestimmte Behandlung beendet werden? Oder: Die Fortsetzung einer Behandlung ist prinzipiell möglich, hat sie jedoch auch einen Vorteil für den Patienten oder ist nicht die Änderung der Therapiestrategie für den Patienten effektiver? Zu selten stellt sich der behandelnde Arzt die Frage nach dem Nutzen und Sinn einer Therapie oder auch einer Untersuchung¹.

Viel einfacher ist es, alles Mögliche durchzuführen (in Bezug auf Therapie und Diagnostik), als wenn ein Arzt mit der Tatsache konfrontiert wird, dass das Mögliche nicht mehr zielführend ist. Daraus würde sich eine Konfliktsituation für Arzt, Pflegepersonal, alle in

die Betreuung des Kranken involvierte Personen und den Patienten und die Familienangehörigen ergeben: der Arzt muss den Patienten mit der neuen Situation konfrontieren und ihm gleichzeitig die weitere Unterstützung zubilligen, den neuen Plan einer Behandlung anbieten und erläutern. Dazu benötigt er allerdings die nötige Ausbildung, die nötige Überzeugung und Zeit, um dem Patienten die geänderte Situation zu erklären und sein Vertrauen nicht zu verlieren, ihm die Hoffnung nicht zu nehmen. Der Patient braucht weiter seine Hilfe, nur mit anderen Mitteln.

Leidenslinderung und Lebensverlängerung

Die Palliativmedizin hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese Patienten mit unheilbaren Krankheiten und kurzer Lebenserwartung ganzheitlich zu betreuen. Die palliativmedi-

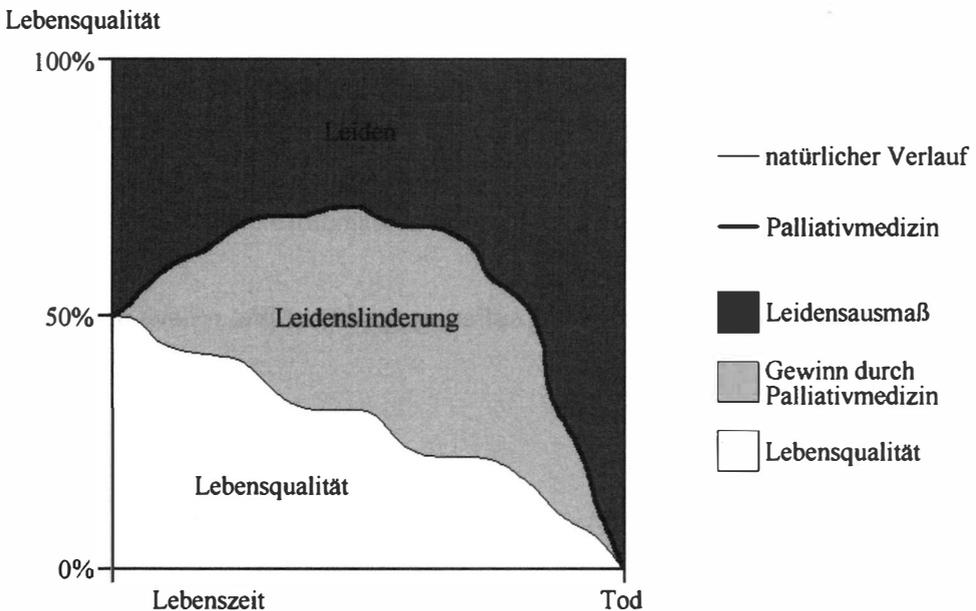


Abbildung 1: Palliativmedizin

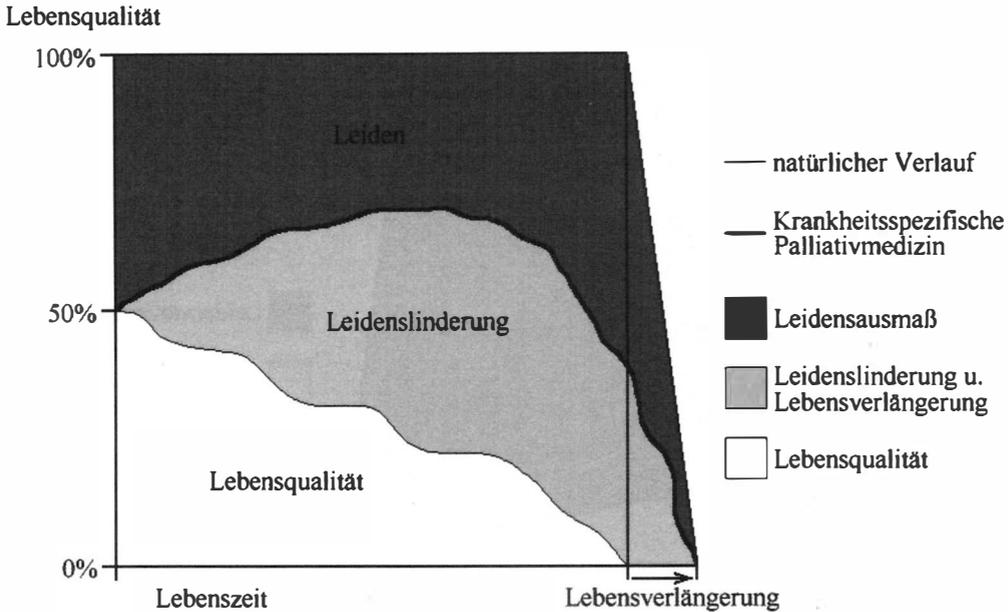


Abbildung II: Tumorspezifische Palliativmedizin

zinische Betreuung sollte dann beginnen, wenn die Unheilbarkeit der Erkrankung festgestellt wurde. Dabei steht die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen im Mittelpunkt aller Überlegungen (Linderung und Befreiung von Symptomen) und nicht die Heilung bzw. Lebensverlängerung.

In Abbildung I ist dieser Sachverhalt in der heute üblichen Weise graphisch dargestellt. Im Vordergrund steht die Begleitung des Patienten in seinem Leiden. Zumeist sind es Patienten mit malignen Krankheiten, die einmal im Laufe ihrer Erkrankung eine palliativmedizinische Betreuung benötigen, aber auch Patienten mit neurologischen, Nieren-, Herz-, Lungen- oder GI-Erkrankungen. Oft ist es nicht möglich, eine scharfe Grenze zwischen Palliativ- und Nicht-Palliativpatient zu ziehen. In der Onkologie wird mit dem Begriff „palliative Therapie“ auch der nicht kurative tumorspezifische Therapieansatz definiert, was

eigentlich den Großteil aller Patienten betrifft, die eine metastasierte Erkrankung haben. Dabei kann es zwar auch zu einer geringfügigen Lebensverlängerung kommen, der Gewinn durch Leidenslinderung überwiegt aber bei weitem (Abbildung II).

Daran erkennt man vielleicht sehr deutlich, dass die Übergänge fließend sind: denn möglich ist es sehr oft, eine Chemotherapie durchzuführen, aber wichtig ist es auch zu beurteilen, ob der Patient davon einen Vorteil hat, oder ob es nicht zielführender wäre, eine andere palliative Therapie anzubieten. Am Beispiel des metastasierten N. bronchi (NSCLC) lässt sich vielleicht die Ohnmacht der sogenannten krankheitsspezifischen Therapie erkennen: in einer Studie betrug die Ansprechrate auf die palliative Chemotherapie 28%, zum Teil mit beträchtlichen Nebenwirkungen, die mittlere Überlebenszeit ca. 9 Monate und ist damit geringfügig besser als bei

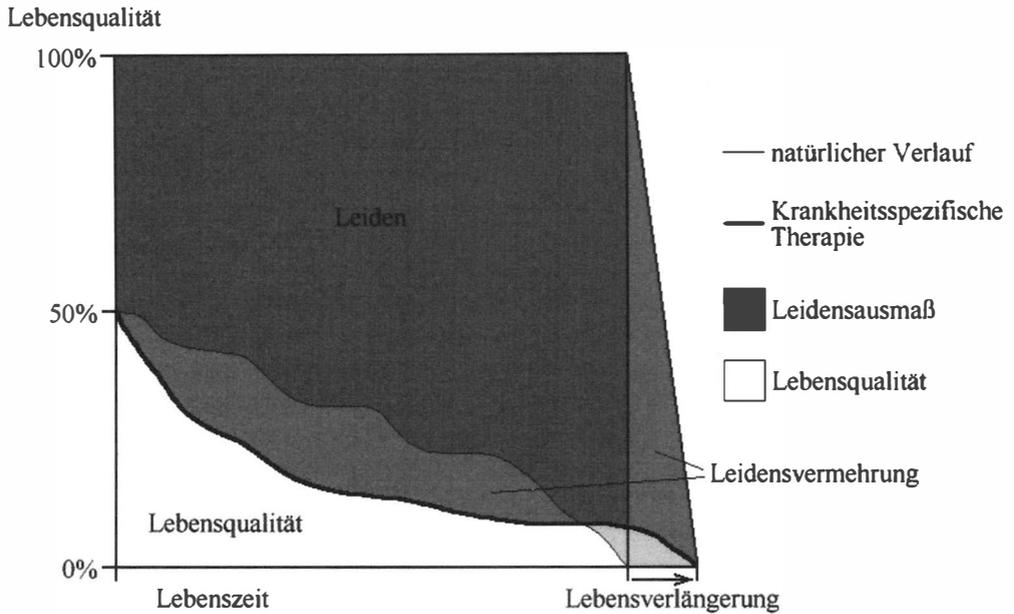


Abbildung III: Lebensverlängerung mit Leidensvermehrung

Patienten ohne Chemotherapie². In Abbildung III ist dieser Sachverhalt graphisch dargestellt.

Rechtfertigt ein solches Ergebnis den zwingenden Einsatz der palliativen Chemotherapie bei allen Patienten mit metastasiertem NSCLC? Hier wird eine geringfügige Lebensverlängerung mit einem beträchtlichen Verlust an Lebensqualität erkaufte. Die tumorspezifische Lebensverlängerung führt also hier zu einer erheblichen Leidensvermehrung, was nicht unser ärztlicher Auftrag sein kann.

Eine vorübergehende Leidensvermehrung kann nur dann in Kauf genommen werden, wenn durch eine tumorspezifische Therapie echte Heilung bzw. eine erhebliche Lebensverlängerung mit verbesserter Lebensqualität erreicht werden kann. (Abbildung IV)

Im Krankheitsverlauf eines Palliativpatienten sind unterschiedliche Krankheitsphasen und dadurch auch unterschiedliche Bedürfnisse des Patienten gegeben. Gleich ist jedoch

für alle unheilbar Kranke, unabhängig vom Stadium ihrer Erkrankung, dass das Ziel das Wohlbefinden des Patienten ist und dazu eine ganzheitliche Betreuung erforderlich ist, um dem physischen (z. B. Tumorschmerz durch verschiedenste Ursachen, iatrogenen Schmerz durch eine Therapie) und psychischen Schmerz (Angst, Verzweiflung, Wut, Trauer, Ungewissheit, Verlassenheit) und den sozialen Bedürfnissen gerecht zu werden: Lebensqualität kann nicht von einem anderen, sondern nur vom Kranken selbst, als eine für sein individuelles Leben wichtige Qualität erlebt werden. Eine unqualifizierte palliative Versorgung kann zu einer Verschlechterung der Lebensqualität und eventuell sogar zu einer Verkürzung des Lebens führen. Umgekehrt kann durch eine professionelle Hilfe jedoch auch einmal eine Lebensverlängerung, sicher aber eine Verbesserung des Wohlbefindens erreicht werden. Der Kranke und Sterbende hat das

Recht auf Freiheit, auf persönliche Würde, auf Information, auf angemessene Behandlung, und das Recht nicht unnötig leiden und alleine sterben zu müssen. Es ist die Aufgabe des Arztes, den Patienten in jeder Phase der Erkrankung zu begleiten und den Behandlungsdruck zurückzunehmen.

Stufenplan der Palliativmedizin

In den verschiedenen Stadien der Erkrankung kommen jedoch die einzelnen Bedürfnisse des Kranken in unterschiedlicher Intensität zum Tragen. In einem frühen Krankheitsstadium wird eher die tumorspezifische (bzw. krankheitsspezifische) Therapie, im späteren Stadium die rein symptomatische Therapie und psychosoziale Betreuung im Vordergrund stehen. Dieser Tatsache kann eine Abstufung der palliativmedizinischen Betreuung mit unterschiedlichen Schwerpunkten Rechnung tragen (siehe Tabelle I).

Die unter Punkt drei und vier angeführten palliativmedizinischen Einheiten erfordern die Unterbringung einer solchen Station in einem Akutspital mit der dazugehörigen Infrastruktur: Anwesenheit von Fachärzten, auch in der Nacht, Röntgen, Chirurgie, Labor, Endoskopie mit Notfall- und interventioneller Endoskopie, Möglichkeit der intensivmedizinischen Betreuung, Fachärzte der verschiedensten Fachrichtungen, um ein regelmäßiges Konsil und die bestmögliche interdisziplinäre Betreuung für den Patienten zu gewährleisten.

Im Krankenhaus St. Elisabeth wurde eine solche Palliativstation wie sie unter Punkt vier definiert ist vor drei Jahren aufgebaut. An dieser Station arbeiten Fachärzte für Hämatologie und Onkologie mit der Zusatzausbildung für Palliativmedizin, ausgebildetes Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Psychologen, Diätassistenten, Sozialarbeiter und Seelsorger. Die Station ist ein Teil der Abteilung für Innere Medizin mit Fachärzten diverser Spezialfächer.

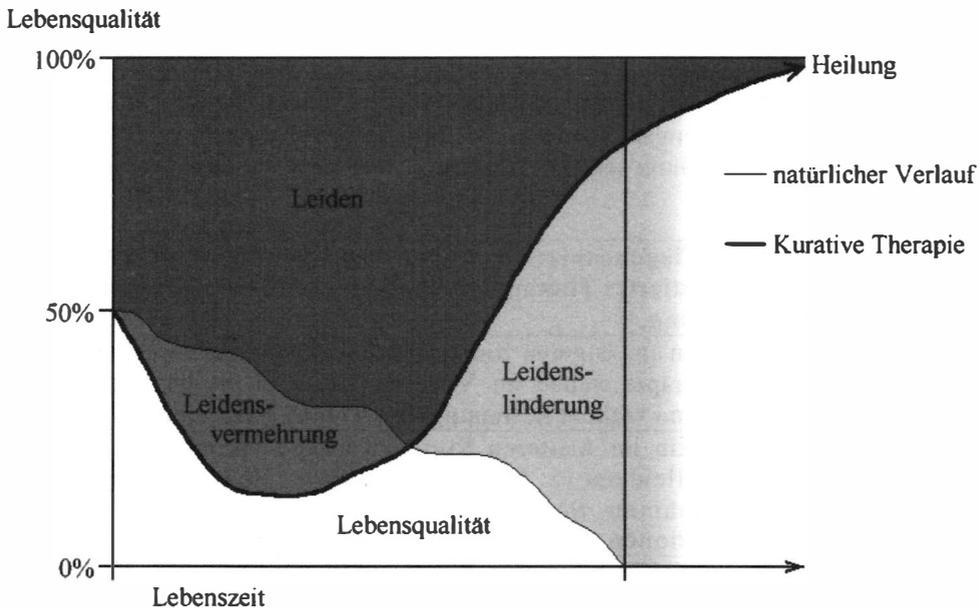


Abbildung IV: Kurative Therapie

cher für Innere Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie und Endoskopie, Pulmonologie, Intensivmedizin, usw.). Es sind in diesem Haus eine große Allgemeinchirurgie und Konsiliarfachärzte aller Fachrichtungen sowie ein Röntgen und Labor jederzeit verfügbar.

An dieser palliativmedizinischen Station steht die Akutversorgung von Palliativpatienten im Vordergrund: Notfallendoskopien, endoskopische Stentimplantationen, die Möglichkeit einer sofortigen Aufnahme eines Patienten bei akuter Verschlechterung der Symptomatik, die es den ambulanten Diensten nicht ermöglicht, die Betreuung zu Hause weiter fortzusetzen: z. B. akute Dyspnoe verursacht durch Erguß oder auch Pulmonalembolie; Herzrhythmusstörungen, kardiale Insuffizienz; Ileus; Blutungen und notwendige interventionelle Endoskopien zur Blutstillung und Verabreichung von Ery-Konzentraten; notwendige Stentimplantation, Implantation von PEG-Sonden, Port-a-cath Implantationen, usw.; soziale Indikationen. Solche Akutsituationen erfordern eine rasche Intervention und Aufnahme des Patienten und in solchen Fällen ist die Aufnahme in einem Pflegehospiz nicht gerechtfertigt, da dort die Infrastruktur für die medizinische Versorgung nicht vorhanden ist und naturgemäß auch immer längere Wartezeiten bis zur möglichen Aufnahme gegeben

sind (bis zu mehreren Wochen). Auch die Versorgung in einem Akutkrankenhaus an einer Abteilung ohne Palliativstation ist dem Patienten nicht zumutbar, da an solchen Stationen nicht die Linderung von Symptomen im Vordergrund des ärztlichen Handelns steht, sondern die Heilung und Lebensrettung: Oft muss der Patient eine Unzahl von Untersuchungen und Therapien über sich ergehen lassen, die ihm an der Palliativstation erspart werden können. Auf der anderen Seite können vielleicht hilfreiche Spezialeingriffe und wichtige Begleitmaßnahmen (Palliativpflege, psychologische Betreuung, Physiotherapie, soziale Betreuung usw.) nicht durchgeführt werden (siehe oben), weil die nötige Erfahrung und die nötige Infrastruktur fehlt.

Im KH St. Elisabeth wird versucht, die Therapie so zu planen, dass dem Patienten die Beschwerden erleichtert und Akutkomplikationen durch palliativmedizinische, dem Kranken zumutbare und erfolgversprechende Maßnahmen beseitigt werden: oberstes Gebot dabei ist es, nichts zu verabsäumen, um dadurch das Leben des Patienten nicht zu verkürzen, aber individuell die Therapiemaßnahmen so anzupassen, dass dabei eine optimale Lebensqualität erreicht wird. In der Palliativmedizin der Stufe IV werden daher typischerweise 2 aufeinander abgestimmte Therapieansätze

Stufe I	Stationäres Pflegehospiz: vorrangig sind die Pflegebedürftigkeit, symptomorientierte Therapiemaßnahmen und die Trauer- und Sterbebegleitung.
Stufe II	Palliativmedizin im engeren Sinn: Pflegebedürftigkeit und symptomorientierte Therapie stehen im Vordergrund. Ziel ist die Entlassung des Patienten und weitere Betreuung durch ambulante Dienste.
Stufe III	Palliativmedizin im weiteren Sinn: krankheitsspezifische Therapie des Grundleidens (z. B. Chemotherapie) ohne lebensverlängernde Maßnahmen, therapeutische Palliativeingriffe (z. B. Umgehungsoperationen, endoskopische Stentimplantationen).
Stufe IV	Palliativmedizin im weitesten Sinn: neben allen o. a. Maßnahmen zusätzlich lebensverlängernde krankheitsspezifische Therapien.

Table 1: Stufenplan der Palliativmedizin

wirksam: 1. der symptomorientierte palliativmedizinische Ansatz inklusive Akutpalliation im beschriebenen Sinn, der primär auf die Verbesserung der Lebensqualität ausgerichtet ist. 2. der tumorspezifische bzw. fachspezifische Ansatz, der primär die Lebensverlängerung zum Ziel hat. Hier kommt noch die sogenannte supportive Therapie ins Spiel. Diese ist auf die Minimierung der toxischen Nebenwirkungen und Komplikationen, insbesondere der Chemo- und Radiotherapie ausgerichtet (z. B. Störungen des Gastrointestinaltraktes, Knochenmarksschädigung, Blutungen, Immunsuppression, Nieren-, Herz-, Leber-, und Lungenschädigung, Hautveränderungen, Haarausfall, Neurotoxizität usw.) Das erfordert neben praktischer Erfahrungen das nötige Wissen, regelmäßige Weiterbildung, regelmäßige Besprechungen mit Fachärzten anderer Fachrichtungen und interdisziplinäre Besprechungen des gesamten betreuenden Teams.

Fallbeispiele

Anhand von Beispielen kann hier die umfassende Arbeit an der Akut-Palliativstation veranschaulicht werden:

1. Herr W. H., 58a, hat ein inoperables nichtkleinzelliges N. bronchi und erhält regelmäßig ambulante Chemotherapie auswärts. Die Aufnahme im KH. St. Elisabeth erfolgt akut, da der Patient seit einigen Tagen nicht mehr essen und trinken kann und alles erbricht. Der Patient ist bei der Aufnahme hochgradig kachektisch und exsikkiert: Ursache der Symptomatik ist eine Fistelbildung zwischen Ösophagus und Tumor in der Lunge, die zur Aspiration der Nahrung und Flüssigkeit in die Lunge und ständigem Erbrechen führt. Die Symptome können innerhalb weniger Stunden durch Stentimplantation in den Ösophagus beseitigt werden: der Eingriff ist für den Patienten nicht belastend, der Patient gewinnt an Lebensqualität, denn er kann wieder essen. Nebenbei sind lange aufklärende Gespräche

über den weiteren Verlauf und die Prognose mit dem Patienten und der Familie erforderlich, bis die Situation richtig eingeschätzt und akzeptiert werden kann. Der Patient wird dann auf eigenen Wunsch wieder entlassen, in dem Bewusstsein an der Abteilung jederzeit wieder Hilfe zu bekommen und er verstirbt an der Station wenige Monate später.

Kommentar: Die rasche Beseitigung der Akutsymptomatik und die psychologische Betreuung waren äußerst wichtig, da sie eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität des Patienten für seine noch verbleibende kurze Lebensspanne bedeutete. Es war dem Patienten noch nicht bewusst, in welcher Situation er sich befand und wie das weitere Leben verlaufen würde.

Die palliative Stentimplantation hatte in diesem Falle nicht nur eine erhebliche Leidenslinderung bewirkt, sondern auch eine gewisse, wenn auch nur geringfügige Lebensverlängerung, weil der Patient wieder Nahrung zu sich nehmen konnte (vgl. Abbildung II).

2. Herr G. B., 50a, hat eine Karzinosis peritonei und neu aufgetretene Lungenmetastasen nach einem N. ventriculi. Die Akutaufnahme erfolgte wegen starker Schmerzen bei Subileus. Durch Infusionstherapie und Adaptierung der Schmerztherapie und Begleitmedikation war der Patient nach einigen Stunden beschwerdefrei. Die Gespräche mit der Familie und dem Patienten zeigten dem Patienten, dass eine stationäre Aufnahme zur Fortsetzung der palliativen Chemotherapie mit ihren Nebenwirkungen (Übelkeit) nicht mehr zielführend ist und es wurde die möglichst rasche Entlassung des Patienten vereinbart, um die Zeit zu Hause mit der Familie verbringen zu können. Der Patient, dem Hilfe zugesichert wurde, meldet sich in regelmäßigen Abständen.

Kommentar: Durch die Aufnahme an der Palliativstation, wo der Patient bekannt ist, konnte ihm rasch geholfen werden, ihm unzählige Untersuchungen und eine zweite Operation erspart werden (Patient hatte schon eine frustrane Laparotomie) und eine für ihn

befriedigende Vereinbarung getroffen werden, was die Planung seiner Zukunft betrifft.

In beiden Fällen war der Auftrag an die Betreuenden rasch, gezielt und unkompliziert Hilfe zu leisten, das Leben des Patienten nicht zu gefährden durch unzumutbare Eingriffe, die den Allgemeinzustand verschlechtern und den Patienten unnötig lang im Krankenhaus festhalten würden.

Im KH St. Elisabeth werden aber auch palliative Chemotherapien durchgeführt. Für jeden Patienten wird individuell mit den entsprechenden Fachärzten (Chirurgen, Strahlentherapeuten, Onkologen, usw.) die Möglichkeiten der Therapie und die erreichbaren Ziele, die zu erwartenden Nachteile und der zu erwartende Nutzen diskutiert. Grundlage für die Entscheidung zu einer palliativen Chemotherapie darf nicht die Tatsache sein, dass sie machbar ist, sondern nur dass sie sinnvoll und für den Patienten von Vorteil ist. Dazu gibt es aber noch viel zu wenig Untersuchungen und viele offene Fragen: z. B. 1. Ist es notwendig bei jedem Patienten sofort nach dem Feststellen der Metastasierung mit der palliativen Chemotherapie zu beginnen? 2. Wann soll eine Chemotherapie durch andere palliative Maßnahmen ersetzt werden? 3. Profitiert jeder Patient von der palliativen Chemotherapie oder gibt es Parameter, die es ermöglichen, die Therapie noch individueller zu planen? 4. Welchen Einfluss hat die Psyche auf den Krankheitsverlauf und den Therapieerfolg oder –misserfolg und ist das messbar, d. h. nachvollziehbar?

Ein Beispiel: Fr. S.E., 66a, hat ein metastasiertes Mammakarzinom und der behandelnde Onkologe ersucht um akute Aufnahme an der Palliativstation aus sozialen Gründen: der Allgemeinzustand der Patientin hat sich verschlechtert, die Patientin lebt allein und die Versorgung zu Hause ist nicht gewährleistet. Im Vordergrund steht eine schwere Depressi-

on und erst nach zweimaligem Aufenthalt an der Palliativstation gelingt es, die psychische Situation zu verbessern. Danach wird auf die dringende Empfehlung des behandelnden Onkologen hin die palliative Chemotherapie weiter fortgesetzt, obwohl die Patientin dadurch zu keinem Zeitpunkt eine Verbesserung der Lebensqualität erfahren hat, sondern sehr unter den Nebenwirkungen (Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schwäche, Gewichtsabnahme, Müdigkeit) leidet. Die Indikation zur Fortsetzung der Therapie ist ein minor response, wie die Computertomographiekontrolle gezeigt hat. Kommentar: Die Lebensqualität hat sich trotz (oder wegen?) der palliativen Chemotherapie langsam und kontinuierlich verschlechtert, somit stellt sich die Frage, ob dadurch eine echte Lebensverlängerung erzielt werden kann, denn nur dann wäre eigentlich gerechtfertigt, dies in Kauf zu nehmen (vgl. Abbildung IV), oder ob hier Lebensverlängerung nur mehr Leidensvermehrung bewirkt hat (vgl. Abbildung III), was ärztlich nicht zu vertreten ist.

Es erscheint notwendig, Standards für die palliativmedizinische Betreuung einschließlich der palliativen Chemotherapien zu erarbeiten, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Diese Erarbeitung von Qualitätsstandards ist eine der wichtigsten Anliegen der palliativmedizinischen Station im KH. St.-Elisabeth, denn es ist wesentlich, die Grenzen und die Sinnhaftigkeit der ärztlichen Handlungen zu erkennen und somit die bestmögliche Betreuung des Patienten zu gewährleisten.

Referenzen

1. HUSEBO S., KLASCHIK E. „Palliativmedizin“, Springer Verlag (2000)
2. KELLY K., CROWLEY J., BUNN JR. P. A., et. al., „Randomized Phase III Trial Of Paclitaxel Plus Carboplatin Versus Vinorelbine Plus Cisplatin In The Treatment Of Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: A Southwest Oncology Group Trial.“, J. Clin. Oncol. 19 (2001): 3210-3218

Erfahrungen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation*

Harald RETSCHITZEGGER

Zusammenfassung

Palliativstationen sind wesentliche Elemente für die Integration von Palliativmedizin in einem Gesundheitssystem. Erfahrungen einer seit 1998 bestehenden 10-Bettenstation in einem Akutkrankenhaus werden mit Beispielen von PatientInnen und ihren Angehörigen beschrieben. Unter besonderem Augenmerk auf die unverzichtbare Teamarbeit werden positive Erkenntnisse, aber auch Konfliktbereiche, angeführt. Die insgesamt positive Bilanz der Erfahrungen unterstützt weitere Entwicklungsmöglichkeiten der Palliativmedizin.

Schlüsselwörter: Palliativmedizin, Palliativstation, Teamarbeit, Ileus, Beatmung

Abstract

Palliative wards are essential in order to integrate Palliative medicine into a health system. The experience made since 1998 in a ten bed palliative ward of a hospital for acute medicine and examples of patients and their relations are described. Positive observations as well as conflict situations are listed with especial regard to the absolute necessity of teamwork. The almost total positive balance of experience made here would definitely support the further development of palliative medicine in health systems.

Keywords: Palliative Medicine, Palliative Wards, Teamwork, Ileus, Artificial Respiration

Anschrift des Autors: Dr. Harald RETSCHITZEGGER, Leiter der Palliativstation
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
Schloßberg 1, A - 4910 Ried im Innkreis

** Danksagung: Ich möchte diesen Artikel in Dankbarkeit allen meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Teams der Palliativstation am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried widmen. Nur durch die Fachkompetenz und Humanität jeder/s Einzelnen und die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ist es möglich, den uns anvertrauten Menschen die adäquate Form der Hilfe individuell zukommen zu lassen.*

1. Einleitung

„Palliativmedizinische Einrichtungen dienen der Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Personen. Ziele von Palliativeinrichtungen sind die Erhöhung der Lebensqualität der Patienten sowie deren Entlassung in die vertraute Umgebung (...) Inhalte sind die Symptomkontrolle, das heißt die Linderung von Krankheitssymptomen (...), und eine psychosoziale Betreuung, die sich sowohl auf die Patienten als auch auf deren Angehörige erstreckt.“¹

Die 1998 eröffnete Palliativstation am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Ried/Innkreis war die erste Palliativstation Österreichs außerhalb von Wien.

Palliativstationen sind unverzichtbare Bestandteile für die Implementierung von Palliativmedizin in einem Gesundheitssystem. Alleine die Anzahl von bestehenden Palliativbetten lässt aber noch keinen Rückschluss auf eine flächendeckend hochwertige Palliativbetreuung zu – eine solche kann nur über den Entwicklungsstand einer palliativen Kultur in einer Region definiert werden. Dazu gehören z.B. mobile palliative Betreuungsteams und die kompetente Umwandlung von Schnittstellen zu Nahtstellen – d.h. eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen mobilen und stationären Diensten.

2. Aufbau, Organisation und Statistik

Die Palliativstation mit 10 Betten ist offiziell an die Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin angegliedert, vom praktischen Ablauf her aber völlig autonom geführt. In den etwas mehr als 4 Jahren des Betriebs wurden ca. 620 Patientenaufnahmen verzeichnet. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt ca. 13 Tage, die Zahl der Entlassungen 45 % – das heißt, der manchmal verwendete – falsche – Begriff des gefürchteten *Sterbehomes* ist auch damit widerlegt.

3. Persönlicher Zugang

Um über Erfahrungen mit Patienten auf der Palliativstation berichten zu können, ist es mir wichtig, meinen persönlichen Zugang zu dieser Thematik anzuführen. Während meiner Zeit als Turnusarzt in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin erlebte ich viele Situationen mit schwerkranken Menschen, die meiner Vorstellung von einer patientenzentrierten menschlichen Medizin oft nicht entsprachen. Ich darf sie auf drei Bereiche zusammenfassen:

* ich erlebte viele chronisch schmerzgeplagte Menschen, bei denen auch schon vom damaligen Verständnis her die Möglichkeiten der fachgerechten Schmerzlinderung nicht adäquat und ausreichend angewendet worden sind.

* Die Visitedauer bei sterbenden Patienten war oft sehr kurz und es war allgemeine „Erleichterung“ zu spüren, wenn diese Patienten bei der Visite schliefen, sodass man der schwierigen Kommunikation mit ihnen aus dem Weg gehen konnte.

* Die Wahrhaftigkeit und Ehrlichkeit, mit der mit schwerkranken Patienten über ihre Diagnosen und/oder Prognosen gesprochen werden durfte, waren allzu oft von stationsführenden Ärzten oder Abteilungsleitern bestimmt und limitiert, und damit ein aufrichtiger Zugang zum Patienten und dadurch wirksame Kommunikation verhindert.

Diese drei Problemfelder veranlassten mich, einen medizinischen Weg zu suchen, der mit diesen Fragestellungen kompetent umzugehen weiß. Ich stieß auf die Idee der Palliativmedizin, die zu diesem Zeitpunkt (ca. 1993) in Österreich vom Begriff her praktisch noch unbekannt war, aber seither eine sehr erfreuliche und fruchtbare Entwicklung genommen hat.

4. Team

Wesentliche Voraussetzung für patientenorientiertes Helfen ist eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Palliativmedizinischen Teams gehören je nach Möglich- und Verfügbarkeit in unterschiedlicher Intensität meist folgende Berufsgruppen an: Krankenpflegepersonen, Ärzte, Seelsorger, Psychologen und/oder Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und andere. Die verschiedenen Fachkompetenzen wirksam werden zu lassen, die von differnten (berufsspezifischen) Sichtweisen wahrgenommenen Eindrücke der Patientenbeobachtung zu kommunizieren und daraus interdisziplinäre Therapiestrategien abzuleiten, sind Schlüssel für umfassende und wirksame Hilfe für Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsphasen. Jeder im Behandlungs- und Betreuungsteam soll auch nachvollziehen können, weshalb bestimmte therapeutische Handlungen gesetzt werden. Erst dann kann erreicht werden, dass die verschiedenen Kompetenzen gebündelt werden und PatientInnen und Angehörigen zum Wohl reichen können.

Um zu gewährleisten, dass getroffene Entscheidungen im Sinne der PatientIn sind, ist es notwendig, frühzeitig offene Gespräche zu führen – auch solche über gewünschte und nicht (mehr) gewünschte Therapieoptionen. Am Beispiel der Flüssigkeitssubstitution stellen wir auch im Team jeden Tag aufs Neue Überlegungen zum ethisch fundierten Handeln an – und evaluieren den Nutzen von der Flüssigkeitssubstitution oder die eventuellen Argumente gegen eine solche (z.B. beginnende terminale Rasselatmung) für jeden individuellen Patienten täglich neu.

Regelmäßige Teamsupervisionen, aber auch z. B. Trauerrituale und permanente, wahrhaftige Intervision und Kommunikation im Team helfen mit, diese Teamarbeit zu ermöglichen und am Leben zu erhalten. Dies hilft uns – und damit der PatientIn!

5. Erfahrungen anhand von Patientenbeispielen²

Beispiel 1: Frau A. B.

Eine 28-jährige jung verheiratete kinderlose Frau mit einem metastasierten Ovarialcarcinom. Der junge Ehemann der Frau war während des ganzen Aufenthaltes als Begleitperson aufgenommen, und die beiden erlebten diese letzte gemeinsame Lebensphase sehr intensiv miteinander auf unserer Station.

Als Frau B. von einem anderen Krankenhaus auf unsere Palliativstation aufgenommen wird, hat sie aufgrund der fortgeschrittenen Peritonealcarcinose seit 4 Wochen einen inoperablen Ileus. Bei der Aufnahme überwiegen die Symptome Übelkeit und Erbrechen. Eine Magensonde wollte die Patientin nicht, sie hatte eine solche schon im vorherigen Krankenhaus abgelehnt. Es ging also einerseits darum, ihre Erbrechenfrequenz auf ein subjektiv „erträgliches“ Maß zu senken (laut Patientenberichten 1 – 2 x täglich), vor allem aber die lang andauernde und quälende Übelkeit hinten zu halten und auch die immer wieder auftretenden Schmerzen effektiv zu kontrollieren. Mit einer subkutan verabreichten Medikamentenmischung aus Morphin, Metamizol, Hyoscinbutylbromid, Levomepromazin und Octreotid gelang es, dass diese Frau für den Zeitraum von sieben Tagen nicht erbrechen musste – und das ohne die von ihr ja nicht erwünschte Magensonde.

Was ich mit dem Beispiel dieser Patientin aufzeigen will, ist, dass es möglich ist, ohne Magensonde, ohne Nahrungskarenz und auch ohne exzessive parenterale Flüssigkeitszufuhr eine gute Lebensqualität für Patienten mit inoperablem Ileus über einen längeren Zeitraum zu ermöglichen.³

Beispiel 2: Herr C. D.

Ein 57-jähriger Mann mit einer weit fortgeschrittenen chronisch obstruktiven Atemwegs-

erkrankung wurde während einer Atemnotattacke zuhause vom verständigten Notarzt intubiert und beatmet. Die künstliche Beatmung wurde dann auf der Intensivstation unseres Krankenhauses fortgesetzt, die festgestellte Lungenentzündung antibiotisch behandelt. In den folgenden Wochen, nach Abklingen der Pneumonie, wurde oftmals versucht, Herrn D. vom Beatmungsgerät zu entwöhnen, was aber nicht gelang. Man kam zu der Erkenntnis, dass die Beatmungspflicht von Herrn D. beibehalten werden musste. Er war zu all dieser Zeit wach und klar orientiert. Da ihn die Atmosphäre der Intensivstation schon zusehends belastete, wurde ihm die Möglichkeit der Verlegung auf unsere Palliativstation und der dort fortzuführenden Beatmung schmackhaft gemacht, ohne zu wissen, dass wir aus verschiedenen Gründen auf der Palliativstation „eigentlich“ keine Beatmungen durchführen können. Da aber dem Patienten eben diese Möglichkeit fälschlich in Aussicht gestellt worden war, suchte ich den Patienten zu einem ersten Gespräch auf der Intensivstation auf – um ihm mitzuteilen, dass eine Beatmung auf unserer Station nicht möglich sei.

Ich traf einen Mann an, der mit Herzlichkeit und sehr wachen Augen kommunizierte; sprechen war wegen des Beatmungsschlauches nicht möglich, aber ansonsten war es faszinierend, mit welchem starkem nonverbalen Ausdruck er sich mitteilte. Ich stellte ihm einige Fragen, worauf er mit Nicken, Kopfschütteln und Händedruck antwortete. Vor allem folgende Fragen waren mir sehr wichtig: wusste der Patient schon, dass er nicht mehr vom Beatmungsgerät entwöhnt werden konnte – und: wollte Herr D. diese dauerhafte Beatmung auch wirklich?

Schon im ersten Gespräch wurde sehr deutlich: Herr D. war klar, worum es ging. Die Bereitschaft zur dauerhaften Beatmungstherapie war aber keinesfalls vorhanden. Schon in diesem Gespräch drückte Herr D. aus, dass es ihm nicht um weitere Lebenszeit gehe, sondern nur um Linderung von Atemnot – und

darum, dass er ohne Angst und ohne Atemnot sterben möchte! Am Ende dieses Gespräches kam die leibliche Schwester von Herrn D. dazu, und er forderte mich sehr offen und vehement auf, auch der Schwester seine bisherigen „Aussagen“ mitzuteilen. Erklärend ist anzuführen, dass diese Schwester Herrn D. 7 Jahre zuvor zuhause aufgenommen hatte, weil schon zu dieser Zeit seine Lungenfunktion so eingeschränkt war, dass seine Lebenserwartung in „Wochen bis Monaten“ eingeschätzt worden war. Seither betreute die Schwester Herrn D., in den letzten Jahren war er schon zuhause immer von zusätzlicher Sauerstoffsubstitution abhängig. Natürlich wurde dieser jetzt von Herrn D. ausgedrückte Wunsch zu sterben auch dahingehend geprüft, ob eine Depression bestehe, die ihn zu diesem Wunsch führt. Die Depression konnte ausgeschlossen werden, im Gegenteil, Herr D. wirkte sehr aktiv, sehr realistisch, freute sich über die offenen Gespräche, und drückte auch sehr intensiv die Dankbarkeit darüber aus, dass er sich ernstgenommen fühlte. Er hatte seit Jahren über das Sterben nachgedacht, weil es ihn jahrelang begleitet hat, und jetzt wollte er es nicht auf diese Art zusätzlich technisch verzögert wissen.

Ich will die Gespräche, die in weiterer Folge geführt worden waren, hier nicht im Detail anführen – wir haben Herrn D. nach einiger Zeit mit einem Heimrespirator auf die Palliativstation übernommen. Sein Ziel war klar ausgedrückt: einige Zeit wollte er noch haben, um Abschied zu nehmen, dann wollte er die Respiratortherapie reduziert haben, aber immer nur so, dass er keine Atemnot leiden müsse! Auf seinen Wunsch hin begannen wir nach ca. einer Woche und reduzierten langsam über Tage die Atemfrequenz und die Sauerstoffsättigung – immer im Gespräch mit Herrn D., um auch sicher zu sein, dass er nicht an Dyspnoe litt. Zusätzlich verabreichten wir bedarfsweise und niedrig dosiert Morphin und Benzodiazepine, um das subjektive Gefühl eventuell entstehender Atemnot lindern zu können.

Herr D. starb 10 Tage nach der Übernahme völlig ruhig, stressfrei, an den Folgen seiner respiratorischen Insuffizienz und der daraus physiologisch resultierenden sogenannten CO₂-Narkose. Es war ihm damit möglich geworden, seinen „natürlichen“ Todeszeitpunkt so weit als möglich anzunehmen, seinen Wunsch nach Berücksichtigung seines Willens ernst genommen zu sehen, und trotz begonnener künstlicher Beatmung ohne Atemnot, Stress und Angst sterben zu können. Mir ist bewusst, dass diese Beschreibung vielleicht nicht ausreichend den sorgfältigen Ablauf und die Intensität der Gespräche wiedergeben kann, in denen Herr D. seinen Willen eindeutig ausgedrückt hat. Aus ethischer Sicht ist dieses Vorgehen das einzig zulässige gewesen, da es um eine ausdrückliche Ablehnung einer lebensverlängernden Therapie bei einem bewusstseinsklaren Patienten ging.

Beispiel 3: Herr E. F.

Ein 70-jähriger verheirateter Mann mit einem metastasierten Urothelcarcinom. Als für den Patienten belastendstes Symptom bestand ein sehr hartnäckiger Singultus (Schluckauf). Mit vielen verschiedenen medikamentösen Maßnahmen versuchten wir, diesen Schluckauf zu beenden oder zumindest deutlich zu erleichtern. Für uns, das behandelnde Team, und auch für die Ehefrau, gelang dies nach einigen Tagen recht gut – für den Patienten blieb es gleich belastend, wie er sagte. Wir versuchten noch andere Maßnahmen, andere Medikamente – und wieder hatten wir das Gefühl, der Schluckauf trete nur noch selten anfallsweise auf; aber die subjektive Belastung des Patienten blieb bestehen.

Erst nach einiger Zeit, in einem langen Gespräch meiner Kollegin mit der Tochter des Patienten, konnten wir die Bedeutung, das (auch) Symbolhafte dieses Singultus vielleicht besser verstehen: Die Tochter beschrieb, dass der Vater von Herrn F. vor vielen Jahren nach einem Schlaganfall verstorben ist – mit lang andau-

erndem Singultus. Wenige Tage nach dieser Information der Tochter verstarb Herr F.; es war nicht mehr möglich, mit ihm darüber zu reden.

Jedenfalls konnten wir jetzt das „Festhalten“ von Herrn F. am Singultus zu interpretieren versuchen: vielleicht war es dieses Wissen, bald sterben zu müssen, dass er eine subjektive Besserung nicht zuließ? Wir führten mit Herrn F. Gespräche in diese Richtung, aber er war dem gegenüber auf verbalem Weg nur schwer zugänglich. Vielleicht war dieser nonverbale Ausdruck des Singultus seine Form, sich über das bevorstehende Sterben und die damit zusammenhängende Unsicherheit und Angst auszudrücken?

Beispiel 4: Herr G. H.

Ein 51-jähriger, in langjähriger Lebensgemeinschaft befindlicher Mann mit weit fortgeschrittenem Enddarmcarcinom, und bestehender Rectovesicalfistel (Verbindung zwischen Harnblase und Darm), der erstmals zur Einstellung der Schmerztherapie zu uns kam. Einige Wochen nach der Entlassung wurde er vom Hausarzt zugewiesen, da er jetzt sterbend und zuhause nicht ausreichend zu versorgen sei. Er kam in sehr schlechtem Allgemeinzustand, nicht ansprechbar, somnolent. Bei der Aufnahme auffällig war in unserem Gespräch mit der Lebensgefährtin, dass sich dieser Zustand in den letzten zwei Tagen so rasch entwickelt habe und sie beide vor drei Tagen noch am Balkon gemeinsam Kaffee getrunken hätten. Ich erinnerte mich an die Aussage von Herrn H. beim ersten Aufenthalt, als er sagte, solange es noch möglich sei, wolle er jedenfalls noch leben, weshalb wir die Einweisungsdiagnose „sterbend“ nicht ohne Zweifel hinnehmen wollten. Unsere – wegen der so raschen Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei bekannter Rectovesicalfistel – Verdachtsdiagnose einer Urosepsis ließ sich durch Blut- und Harnbefund bestätigen. Wegen des beim Erstaufenthalt geäußerten Wunsches, jedenfalls noch so lange

als möglich leben zu wollen, begannen wir mit einer intravenösen antibiotischen Therapie – auch im Wissen, dass wir damit invasiv und aktiv vorgehen und Herrn H. Belastungen in seiner letzten Lebensphase zufügen, die vielleicht sein Sterben nicht mehr verhindern können und ihm unnötig Schmerz und Stress durch regelmäßige Venenpunktionen zufügen.

Erfreulicherweise war es aber so, dass sich dadurch der Zustand von Herrn H. innerhalb einiger Tage so verbesserte, dass wir ihn rasch wieder nach Hause entlassen konnten.

Drei Wochen später kam er wieder in sehr schlechtem Zustand zur Aufnahme – und diesmal konnte auch eine wieder eingeleitete Antibiotikatherapie das Sterben von Herrn H. nicht verhindern.

Mit diesem Patientenbeispiel will ich zum Ausdruck bringen, wie schwierig es sein kann, zu den „passenden“ Entscheidungen zu kommen, und dass „Decision-Making“ ein ganz wesentlicher Teil der Arbeit auf Palliativstationen ist: mit PatientInnen (oder unter Berücksichtigung deren mutmaßlichen Willens), ihren Angehörigen und im Behandlungsteam gemeinsam Entscheidungen zu treffen und diese auch zu verantworten. Und zwar so, dass möglichst wenig unnötige belastende Diagnostik gemacht werden muss und trotzdem jene Therapiemöglichkeiten effektiv angewendet werden, die der PatientIn in dieser Phase ihrer Erkrankung doch noch den Vorteil und Nutzen bringen, den sie auch möchten.

6. Konfliktbereiche

In den mittlerweile mehr als 4 Jahren des Bestehens der Palliativstation lassen sich naturgemäß diverse Konfliktbereiche feststellen und beschreiben.

* Schon die Errichtung einer Palliativstation in einem Krankenhaus ist mit Vorurteilen, Ängsten, Konkurrenzgedanken und Unsicherheiten verbunden. Dazu kam in unserem Fall, dass die Station als eigenständiges Gebäude („Hospiz“)

mit großzügigen räumlichen Möglichkeiten konzipiert worden war und dadurch bei weniger gut ausgestatteten Stationen auch Gedanken der Enttäuschung und des Neides wegen der eigenen beschränkten Möglichkeiten auslöste.

* Demzufolge gestaltet sich auch die Zusammenarbeit mit den Stationen des Krankenhauses als dauerhafte Herausforderung: Wie kann man dem bestehenden Vorurteil des „Sterbehuses“ entkommen? Wie kann man ausreichend informieren, dass Zielgruppen und Auftrag der Palliativstation klar werden und auch bleiben? Man hört Aussagen von Kollegen, dass ein Patient „noch nicht für die Palliativstation geeignet sei, weil er noch gehen könne“! Und dies nach einer intensiven Aufklärungs- und Informationsphase innerhalb des Krankenhauses mit Vorträgen, Informationsnachmittagen, Tagen der offenen Tür, schriftlichen Informationsbroschüren und vielen persönlichen Gesprächen ...

* Daraus ergibt sich das Problem, dass sehr oft Patienten zu spät auf unsere Station zugewiesen bzw. transferiert werden. Die Möglichkeiten einer umfassenden palliativen Betreuung mit all ihren Kompetenzen im Bereich der körperlichen, psychischen, sozialen und auch spirituellen Symptomlinderung können so oft gar nicht mehr wirksam werden, weil Patienten innerhalb weniger Tage, oder oft sogar innerhalb weniger Stunden nach Verlegung sterben, was natürlich nicht Sinn und Zweck einer Palliativstation ist und sein kann. Terminal Care ist nur ein kleiner Bestandteil von Palliativ Care! Wenn es nur um Terminalbetreuung ginge, wären der Aufwand und auch die Kosten von Palliativstationen nicht zu rechtfertigen.

* In engem Zusammenhang mit dieser Schwierigkeit der zeitgerechten Verlegung⁴ steht jedenfalls die Tatsache, dass das Thema fortgeschrittene Erkrankung, Sterben und Tod jedem Menschen in gewissem Maß Unbehagen bereitet – und besonders ist dies von Ärzten bekannt, deren ganzes Augenmerk auf Heilen ausgerichtet ist. Sie betrachten das Sterben als persönliche Niederlage und weichen

deshalb dem Thema auch insofern aus, indem sie bis zuletzt die kurative Haltung aufrecht zu erhalten versuchen und auch in der Kommunikation mit dem Patienten und ihren Angehörigen Wahrhaftigkeit schmerzhaft vermischen lassen und bis zuletzt Vertröstungsformeln bis zum „wird schon wieder“ verwenden.⁵

* Als stationsinternes Problemfeld möchte ich die manchmal unterschiedliche Einschätzung des Patientenzustandes durch unterschiedliche Berufsgruppen nennen. Dies bestätigt die absolute Notwendigkeit regelmäßiger interdisziplinärer Patientenbesprechungen⁶, bei denen die unterschiedliche Sichtweise von z.B. Pflegepersonal und Ärzten zur Sprache kommen, und in weiterer Folge zu einem gemeinsamen Bild führen soll, von dem die PatientIn profitiert, weil nicht konkurrierend, sondern kongruent behandelt und betreut wird. Gemeint ist damit v.a. auch die Vorgangsweise bei Fragen von Flüssigkeitssubstitution in der letzten Lebensphase, künstlicher Ernährung etc.

Wir erlebten z.B. diese Differenz bei Herrn H. (Patientenbeispiel 4): Nachdem der Patient als „sterbend“ angekündigt worden war und sich sein Allgemeinzustand als sehr schlecht präsentierte, war die Antibiotikagabe in diesem Zustand nicht für alle Teammitglieder leicht nachzuvollziehen. Das gemeinsame interdisziplinäre Gespräch hat mit Anführen aller Pro- und Contra-Argumente ein gemeinsames Verständnis geschaffen, sodass die Therapie von allen im Team mitgetragen wurde, was mit der Besserung des Zustandes von Herrn H. nach einigen Tagen „belohnt“ wurde.

Unterschiedliche Einschätzung geschieht auch insofern, als sich Patienten bei ärztlichen Visiten in einem „besseren, beschwerdeärmeren“ Zustand zeigen wollen, als dies dem durchschnittlichen Zustand tagsüber entspricht, den das Pflegepersonal aufgrund des zeitlich viel längeren und häufigeren Patientenkontaktes oft viel besser adäquat einschätzen kann. Hier gilt es wiederum, die anderen Kompetenzen zu achten und aus den verschiedenen Eindrücken eine passende Gesamteinschätzung vorzunehmen.

7. Positive Erkenntnisse

Aufgrund der Aufzählung der Konfliktbereiche soll nicht der Eindruck entstehen, dass die negativen Erkenntnisse überwiegen. Dies ist erfreulicherweise eindeutig nicht der Fall. Wie in den Patientenbeispielen gezeigt, gelingt es mit dem teamorientierten Ansatz und der gleichberechtigten Berücksichtigung von körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Problemen von PatientInnen und ihren Angehörigen sehr oft, die vielfältigen Probleme bei weit fortgeschrittener Erkrankung effizient zu lindern. Einige positive Erkenntnisse möchte ich noch anführen.

* Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Palliativmedizin haben bei vielen Krankheitsverläufen und Symptomen medizinisch-therapeutische Möglichkeiten geschaffen, die eine bessere Lebensqualität vieler PatientInnen zur Folge haben. Hingewiesen sei auf das Vorgehen bei inoperablem Darmverschluss (siehe Patientenbeispiel 1). Eine zunehmende Anzahl von Patienten wird mit dieser Fragestellung und Indikation uns zugewiesen – sozusagen als „Spezialabteilung“ für diese Problematik.

Andere Beispiele sind die symptomatische Linderung von Atemnot mit dem sorgfältig titrierten Einsatz von Morphinen auch bei nicht-onkologischen Erkrankungen (z.B. fortgeschrittener Herzinsuffizienz, irreversibel fortgeschrittenen Atemwegserkrankungen, Motoneuronenerkrankungen).

* Die starke Berücksichtigung der psychosozialen Komponente eröffnet breite Möglichkeiten. Das Verständnis für Reaktionen von Patienten und Angehörigen kann mit dem Wissen einer ausführlichen psychosozialen Anamnese um vieles leichter gelingen und bietet damit auch oft Möglichkeiten zum therapeutischen Handeln im Sinne von wirksamer Kommunikation. Seit einiger Zeit wenden wir die Darstellung von Familienstambäumen (Genogrammen⁷) zur Dokumentation an, woraus sich die Berücksichtigung der psychosozialen Hintergründe im therapeuti-

schen Prozess viel effektiver einsetzen lässt.

* Die gemeinsam durchgeführte Aufnahme von Patienten durch Pflegeperson und Ärztin führen zu einer Reduktion der doppelt gestellten Fragen, was PatientInnen als angenehm erleben. Für das Betreuungsteam ergibt sich daraus von Anfang an eine gemeinsame Basis des Patientenverständnisses.

* Die gemeinsame und interdisziplinäre Dokumentation (jede involvierte Berufsgruppe dokumentiert ihre Maßnahmen und ihr Vorgehen in einer gemeinsamen Spalte der Fieberkurve) ermöglicht eine sehr genaue Darstellung der komplexen Symptomatik, die in diesen Lebensphasen häufig anzutreffen ist.

Mit einem speziellen Dokumentationsinstrument, dem sogenannten Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)⁸, gelingt es auf sehr anschauliche Weise, die häufigsten Symptome (z.B. Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Depression, Schläfrigkeit) auch graphisch darzustellen, um einen raschen Überblick über die Effizienz der Symptomkontrolle zu erhalten.

* Das Angebot, Angehörigen auch in ihrer Trauer als Ansprechstelle zur Verfügung zu stehen, wird häufig angenommen und von trauernden Angehörigen als sehr hilfreich beschrieben.

8. Konklusion

Palliativstationen sind unverzichtbare Bestandteile im Medizin- und Gesundheitssystem. Dies möchte ich in dieser Deutlichkeit ausdrücken. Sie sind notwendig, um der kompetenten Symptomlinderung bei Menschen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen umfassend Raum zu geben. Nur die konzentrierte Fachkompetenz, eingebettet in ein interdisziplinäres Team, kann den vielfältigen Problemen von Palliativpatienten mit schwer zu lindernden Symptomen gerecht werden.

Für die nähere Zukunft sehe ich folgende Herausforderungen, um eine weitere Vernetzung von Palliativstationen mit anderen Kran-

kenhausabteilungen und den übrigen Strukturen im Gesundheitssystem effektiv vorantreiben zu können.

* Einen Weg zu finden, der weg vom Konkurrenzdenken führt (Wem gehört der Patient?), hin zu einer kooperierenden Sichtweise, die gemeinsam nach den individuell besten Lösungen für individuelle Patienten sucht, und sich damit entfernt von einer Sichtweise, dass nur kurativ „gut“ und palliativ „schlecht“ sei.

* Möglichkeiten zu schaffen, dass Palliativpatienten bei Bedarf rechtzeitig, d.h. frühzeitig, mit Palliativstationen in Kontakt kommen – und nicht erst dann, wenn die palliative Aufgabe nur mehr in der Begleitung des Patienten in den letzten Lebenstagen oder gar Lebensstunden besteht.

* Weiters gilt es, die Entwicklung einer wahrhaftigen, kommunikativen Medizin voranzutreiben. Solange wir Ärzte schwierigen Fragen von PatientInnen in schweren Lebensphasen ausweichen, wird es nicht in bestem Maß möglich sein, die uns anvertrauten Menschen ernst zu nehmen und ihnen bei ihren Sorgen, Ängsten und Nöten wirklich hilfreich zur Seite zu stehen.

* Insofern gilt es, die fachliche und kommunikative Kompetenz aller an der Betreuung von PalliativpatientInnen beteiligten Berufsgruppen in Aus-, Fort- und Weiterbildung effektiv und kontinuierlich weiter zu steigern.

* Im Vordergrund jeder Zusammenarbeit möge immer die Überzeugung offen spürbar und bemerkbar sein, dass alle beteiligten Personen jeder Berufsgruppe ein gemeinsames zentrales Ziel haben: die bestmögliche Betreuung dieser jeweils einzigartigen PatientIn und ihrer Angehörigen!

Ich bin überzeugt, dass die Entwicklung der Palliativmedizin in Österreich sehr fruchtbar vorangehen wird. Möge auch die Multiplikatorwirkung von Palliativstationen dazu beitragen, dass wir immer mehr erkennen, dass nicht nur Heilung Hilfe bedeutet, sondern dass es bei sehr vielen PatientInnen – bei denen die Heilung nicht möglich ist – um umfassende

kompetente Hilfe geht. Hilfe, die Schmerzen effektiv reduziert, Leiden kompetent lindert, PatientInnen empathisch, kommunikativ und wahrhaftig begleitet und Angehörige tröstet. Damit kann es Heilung des Leidens geben – auch wenn am Ende der Tod steht.

Referenzen

1. ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): Auszug aus dem ÖKAP/GGP 2001, Wien
2. Der Begriff „Fallbeispiel“ wird bewusst nicht verwendet, weil meiner Meinung nach die Gefahr der Reduktion der menschlichen Ganzheit auf einen „Fall“, gerade in der Palliativmedizin keinen Platz haben darf.
3. BAINES, M.J., OLIVER, D.J., CARTER, R.L., *Medical management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease: a clinical and pathological study*, Lancet (1985) ii: 990-993
4. Es geht natürlich nicht darum, alle Patienten an eine Palliativstation zu verlegen, wenn sie sterbend sind. Hier gemeint sind die Patienten, die aufgrund einer komplexen Symptomatik von der interdisziplinären speziellen Kompetenz des Teams einer Palliativstation eindeutig profitieren würden.
5. Diese Aussage mag übertrieben klingen, ich weiß. Die Erfahrung in der Zusammenarbeit mit vielen Kollegen zeigt leider das Gegenteil. Es ist mir nicht möglich, diese schmerzhaften – und für viele Patienten merkbar zum Schaden gereichende Tatsache – in einer solchen Beschreibung zu beschönigen.
6. Die aus meiner Sicht auch auf jeder anderen Krankenhausstation als verpflichtend einzuführen wären.
7. LIOSI, CH., HATIRA, P., MYSTAKIDOU, K., *The use of the genogram in Palliative care*, Palliative Medicine (1997) 11: 455-61
8. BRUERA, E., MACDONALD, S., *Audit methods: The Edmonton Symptom Assessment system*. In: HIGGINSON, I. (Hrsg.), *Clinical audit in Palliative Care*, Radcliffe Medical Press, Oxford (1993)

PSYCHOPHARMAKON –
**Medizinphilosophische Erwägungen
 über ein Schlüsselwort in Medizin und Theologie**

Gottfried ROTH

Heilung wird allgemein als Wiederherstellung einer verloren gegangenen Ordnung verstanden; Heil ist dann der Status, der a priori gegeben war oder der wiederhergestellt wurde. Das Begriffspaar Heilung und Heil hat eine innere Verbindung; in seiner lateinischen Version *sanitas* und *salus* zeigt sich aber, dass bei der Verwendung beider Begriffe nicht streng unterschieden wird. Bei Isidor von Sevilla wird die Medizin als Wissenschaft definiert, die entweder die Gesundheit bewahrt oder wiederherstellt¹; andererseits wird in der Formel *saluti et solatio aegrorum* das Wort *sanitas* nicht verwendet.

Wenn der Begriff *heilen* in der Sicht medizinischer Anthropologie entfaltet wird, so ergeben sich unschwer zwei Gruppen von Heilungen: Die humanmedizinische Gruppe, die Spontanheilungen, pragmatisches Heilen mittels medikamentöser Therapien, chirurgischer Eingriffe und Balneotherapie, sowie das suggestive (magische) und das psychotherapeutische Heilen umfasst (A. JORES²). Auch Mischformen sind möglich. Aus der Sicht der Pastoralmedizin gibt es eine zweite Gruppe: dazu gehören die extramedikalen Heilungen, die charismatischen Heilungen und die sakramentalen Heilungen.

Mit dieser Entfaltung wird deutlich, dass das Begriffspaar *Heilung und Heil* einen weiten Bereich umfasst, der für den Menschen als Leib-Geistseele-Wesen jeweils sinngemäß darzustellen und definitorisch zu benennen ist, um manche Unklarheiten und Verwirrungen zu vermeiden.

Die Quellen der medizinischen Nomenklatur liegen in der antiken Medizin; zu den

griechisch-sprachigen Bezeichnungen der Krankheiten und Therapien kommen vor allem lateinische, aber auch hebräische und arabische Wörter hinzu;³ es werden auch neue Begriffe geprägt und zwar nicht nur nach linguistischen Gesetzmäßigkeiten.

Um die Mitte des 20. Jahrhunderts kam mit der Einführung neurotroper Substanzen für die Therapie psychiatrisch relevanter Erkrankungen das Wort Psychopharmakon in Gebrauch.

Medizinphilosophisch ergab sich zwingend ein Problem, nämlich die Frage, was denn eigentlich Psychosen (Geisteskrankheiten) seien, wogegen ja die Psychopharmaka therapeutisch verwendet werden.

Psychose im allgemeinen, jedoch klinischen Sinn ist mit Viktor E. GEBSATTEL⁴ „ein Gesamt sekundärer, von Soma dependenter Störungen geistiger Funktionen“; Geisteskrankheiten sind also Gehirnerkrankheiten.⁵

Psychose ist eine sogenannte Geisteskrankheit. Bei Georg TRAPP⁶ liest man, dass „das Kranksein der Leibsphäre die Ausdrucks- und Darstellungsmöglichkeit des Geistes so entscheidend behindern kann, dass es zum Erscheinungsbild von Geisteskrankheiten kommen kann...“

Durch die Auffassung der Psychosen als Leibkrankheiten mit spezifischer Behinderung der personalen Geistsphäre des Menschen, konnte man am herkömmlichen Krankheitsbegriff und zugleich am Krankheitscharakter der Psychosen festhalten. Hiebei wurde immer wieder auf das unbestreitbar richtige Moment hingewiesen, dass der geistige Selbststand für eine irgendwie geartete Zersetzung oder Verformung deswegen nicht anfällig sein könne, weil eben seiner einfachen Seinswirk-

lichkeit das Organische nicht eignet (G. TRAPP). Gleichsinniges findet sich auch bei R. KAUTZKY: „was ... an seelischen Störungen beobachtet wird, wird als Folge, als Ausdruck von Gehirnerkrankungen oder am Gehirn wirksam werdenden Allgemeinerkrankungen, etwa von Stoffwechselstörungen angesehen.“⁷

Wenn man das Leib-Seele-Problem und die Frage nach dem Wesen der Geisteskrankheiten in der psychiatrischen Literatur weiter verfolgt, so finden sich in den psychopathologischen Publikationen der Gegenwart wiederholt thomanische Auffassungen oder thomistische Interpretationen.

Schon 1929 hat W. JACOBI die thomanische Auffassung gerühmt: „Es muss für alle Zeiten als ein Hauptverdienst Thomas VON AQUINS bezeichnet werden, diese substantielle Einheit von Leib und Seele im Menschen in gebührender Weise hervorgehoben zu haben“⁸ und E. B. STRAUSS bedauert in seiner Schrift über die Irrwege der Psychotherapie zwanzig Jahre später, „dass wir uns so weit von Ansichten Thomas VON AQUINS entfernt haben, der die Wirklichkeit von Materie und Geist anerkannte, aber den lebenden Organismus als unauflöbliche, psychosomatische Einheit ansah“.⁹ Tatsächlich setzen wir ja immer, wenn wir Leib sagen, die ihn informierende Seele hinzu. Um die gleiche Zeit schreibt V. E. FRANKL in den „zehn Thesen über die Person“: „In Wahrheit gibt es gar keine Geistes-Krankheiten. Denn der Geist, die geistige Person selbst, kann überhaupt nicht erkranken, und auch hinter der Psychose ist sie da, wenn auch dem Blick des Psychiaters kaum sichtbar“.¹⁰ Was für die Erkrankungsmöglichkeit gilt, gilt auch für die Wirkung einer somatischen Therapie. „Nicht nur eine Erkrankung kommt nur an den psychophysischen Organismus, aber nicht an die geistige Person heran, sondern auch die Behandlung. Auch das Messer des Neurochirurgen vermag nicht, die geistige Person zu tangieren“.¹¹ Vom Pharmakon werden jeweils zerebrale Strukturen beeinflusst, welche als materielle Substrate für geist-seelische Funk-

tionen diese zu modifizieren vermögen.

Geisteskrankheiten sind also Hirnstoffwechselstörungen, Neurotransmitter-Störungen, sie sind Behinderungen der menschlichen Geistseele, deren Wesen und Existenz unbeeinflusst bleibt, deren Fähigkeiten und Vermögen sich in Fehlformen, in psychiatrischen Syndromen darstellen. Geistig-seelisches Leben hat eine äußere Abhängigkeit vom Gehirn, aber keine innere. Der Informationsträger ist materiell gegeben, die Information aber ist immer immateriell. Der Inhalt des Gedachten ist unabhängig vom Informationsträger, seine Existenz aber ist durchaus von diesem abhängig.

Die psychiatrischen Zustandsbilder, die Störungen des Denkens, des Fühlens und Wollens, der Aktivität und der Kontaktfähigkeit, in welcher Kombination diese immer auftreten mögen, finden sich in jener Dimension des Menschen verursacht, die jenseits der Personmitte liegt. Durch krankhafte Ursachen wird jeweils nur die psychologische Persönlichkeit tangiert. Die Persönlichkeitsveränderung beim inzipienten Hirntumor, bei Infektionskrankheiten des Gehirns, bei den Psychosen liegt in einer psychophysischen Ebene. Die metaphysische Persönlichkeit wird nicht berührt. Demzufolge wird die Geisteskrankheit nicht als Krankheit des Geistes angesehen, sondern mit Recht „als prozesshaft verlaufende Störung der geistig-seelischen Funktion auf Grund einer bestimmten, der formalen Eigenart der Störung zugeordneten Erkrankung körperlicher Grundlagen des Seelenlebens“.¹²

„Der Geist kann wohl irren und fehlen, aber physische Vorgänge sind an ihm nicht möglich. Dagegen ist es aber ganz erklärlich, dass er durch körperliche Zustände in seiner Funktion gehindert wird, wenn nämlich die Teile durch Krankheit verändert sind, die als körperliches Substrat von geistigen Akten zu deren Vollzug notwendig sind.“¹³ J. WYRSCH hat sich mit dieser Frage befasst und zitiert aus *De anima* jenen Satz, demzufolge Thomas VON AQUIN, in unserer Nomenklatur gesprochen, nur organische Psychosen für mög-

lich hält: „Der Grund ist der, dass wir sehen, wie viele Schwächungen des Denk- und Sinnesvermögens nicht die Seele an sich berühren, sondern aus einer Schwäche des Organes stammen. So scheint die Denkseele und jede Seele überhaupt unvergänglich zu sein und die Schwächung ihrer Tätigkeiten nicht daher zu kommen, dass die Seele vergänglich ist, sondern daher, dass die Organe geschwächt sind“. WYRSCH interpretiert diese Stelle folgendermaßen:

„Es gibt nur organische Psychosen. Die Seele selbst ist unzerstörbar und kann also nicht erkranken, sondern nur der Körper, dessen forma sie ist, kann es und dann sind die Äußerungen der an sich unzerstörbaren Seele gestört“. Es werden auch einige somatische Gründe für psychische Erkrankungen angeführt:

In senectute, in aegritudinibus, in ebrietas ist der Mensch besonders für psychische Erkrankungen disponiert. Es handelt sich also um Alters- und Intoxikationspsychosen sowie

um Psychosen bei gleichzeitig bestehenden Erkrankungen¹⁴.

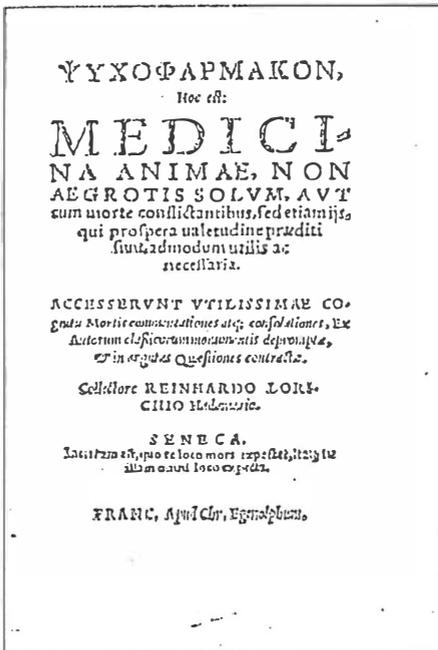
Der Begriff Psychopharmakon ist aufgrund der obigen Erwägungen eigentlich falsch.

Geistesgeschichtlich ist aber darauf hinzuweisen, dass die Wortverbindung aus Psyche und Pharmakon schon Jahrhunderte früher erfolgte. Die Verbindung beider Wörter ist schon im 16. Jahrhundert nachweisbar.¹⁵ 1548 wird von Reinhardus Lorichius (Hadamarius) einem Ludwig, Grafen von Stolberg, Königstein und Rochefort, Herrn in Epstein, Mintzenberg und Breuberg, ein Buch unter dem Titel Psychopharmakon, hoc est: medicina animae dediiziert, dessen erste Seite hier wiedergegeben ist. Es handelt sich um die lateinische Übersetzung eines deutschen Textes, der der Literaturgattung Trost- und Sterbebüchlein zuzuschreiben ist. Die *medicina animae* ist die Kunst des heilsamen Lebens und menschlichen Sterbens. Es handelt sich um ein Lehrbuch für den gesunden und den kranken Menschen.

Lorichius, Reinhardus, Hadamarius: Psychopharmakon. Apud Chr. Egenolphum, Franc(furt) 1548. – Bibliotheca Ducumburgensis (Stift Herzogenburg)

Ich habe dieses Buch in der Stiftsbibliothek Herzogenburg gefunden, gewissermaßen zufällig, unter den medizinischen (!) Büchern des 16. Jahrhunderts; es war (wahrscheinlich seit langem) verstellt; dieser Fund ist geistesgeschichtlich und medizinphilosophisch bedeutsam und erhellend. Im Medium des Wortes verwirklicht sich die Heilkraft des ärztlichen Gesprächs und der medizinischen Lektüre.

Das Wort, sein Sinngehalt wird (in der Psychotherapie) zum Heilmittel, zum Pharmakon, und rückt in den Rang des *medicamentum*. Das Wort entfaltet therapeutische Wirksamkeit in der Dimension der Geistseele des Menschen; folglich ist die Wortprägung von Psychopharmakon legitim und der Titel des oben zitierten Buches rechtens: Ein psychotherapeutisches und pastoralmedizinisches Lehrbuch für den gesunden und kranken Menschen in all seinen Dimensionen. Gemäß ei-



Titelblatt des Psychopharmakon
von REINHARD LORICHIVS, Frankfurt: Egenolff, 1548.

ner schichtentheoretischen Auffassung menschlicher Erkrankungen betont R. ALLERS: „Auch Krankheit kann, wenn im Bezug auf verschiedene Schichten des Seins ausgesagt, nicht eindeutig, sondern nur analogisch verstanden werden; es ist sinnvoll, innerhalb jeder der Seinsschichten, denen die menschliche Person angehört und die in ihr zusammenreffen oder zusammengenommen sind, von Krankheit zu sprechen“. ALLERS definiert dann sinngemäß heilen: „Heilung also bedeutet die Herstellung des bestmöglichen Verhaltens innerhalb jener Seinsschicht, in welcher ein Mangel jeweils offenkundig wird. Daher ist es sinnvollerweise statthaft, von Heilung zu sprechen, sowohl bei körperlichen Krankheiten oder Mängeln, bei Störungen im Verhalten zu den Mitmenschen oder der Gemeinschaft, wie zu den Gütern der Kultur und auch der Beziehung zu den Glaubenswerten; in letzter Hinsicht ist das Wort von der Sendung Christi zu den Kranken aufschlussreich“.¹ Der Mensch ist ein *ens religiosum*, sodass mit Recht von charismatischen und sakramentalen Heilungen gesprochen werden kann.

Referenzen

1. *medicina est quae vel corporis (salutem) tuetur vel salutem restaurat. Sancti Isidori, Hispalensis episcopi. opera omnia*, Tom III, liber IV, 183; Parisiis 1878
2. JORES, A., *Der Mensch und seine Krankheit*, Stuttgart 1970 (4), S. 90f, S. 21
3. HYRTL, J., *Das Arabische und Hebräische in der Anatomie*,

Wien (1879)

4. V. GEBSATTEL, V. E., *Prolegomena zu einer medizinischen Anthropologie*, Berlin-Göttinger-Heidelberg (1945)
5. GRIESINGER, W., *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Braunschweig (1876); Vol 4: 1
6. TRAPP, G., *Mythologisierung der Medizin?*, Stimmen der Zeit (1954/55); Vol 153: 279ff
7. KAUTZKY, R., *Die Bedeutung der Person des Menschen in der modernen medizinischen Wissenschaft*, Arzt und Christ (1964); Vol 10: S. 162-176
8. JACOBI, W., *Psychiatrie und Weltanschauung*, Berlin (1929)
9. STRAUSS, E. B., *Quovadimus? Irrwege der Psychotherapie*, Innsbruck-Wien (1948)
10. V. E. FRANKL: *10 Thesen über die Person. In: Logos und Existenz*, Wien (1951), S. 52
11. siehe 10., S. 53
12. WILLWOLL, A., *Leib-Seele*. In: BRUGGER, W., *Philosophisches Wörterbuch*, Wien (1967)
13. BRUNNER, A., *Die Grundlagen der Philosophie*, Freiburg i. Breisgau (1949), S. 123
14. WYRSCH, J., *Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen*, Stuttgart (1956)
15. Philologischerseits wird verneint, dass der Begriff Psychopharmakon eine Prägung der antiken Medizin sei, vielmehr handle es sich um eine für die Zeit des Humanismus typische Kombination zweier Wörter.
16. ALLERS, R., *Heilerziehung bei Abwegigkeit des Charakters*, Benzinger; Einsiedeln-Köln. o. J.; S. 16

Weiterführende Literatur

- ROTH, G., *Psychopharmakon hoc est: medicina animae* (1548); *Confin. psychiat.* (1964); Vol 7: 179-182

MR Dr. med. Gottfried ROTH
 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,
 Professor für Pastoralmedizin
 Stockhammerngasse 7
 A-1140 Wien

PÄPSTLICHE AKADEMIE FÜR DAS LEBEN
Schlussdokument der 9. Generalversammlung
„Ethik der biomedizinischen Forschung aus christlicher Sicht“

1. Die 9. Generalversammlung der Päpstlichen Akademie für das Leben fand vom 24. – 26. Februar im Vatikan statt. Sie widmete sich dieses Jahr einem entscheidenden Thema von großer gesellschaftlicher Bedeutung, nämlich der „Ethik der biomedizinischen Forschung aus christlicher Sicht“.

Es ist offensichtlich, dass sich die Biomedizin besonders in den letzten Jahren auf außerordentliche Weise weiterentwickelt hat, unterstützt von den enormen Fortschritten in Technologie und Computerwissenschaften, die die Möglichkeiten für Versuche an lebenden Wesen, besonders auch am Menschen, stark ausgeweitet haben. Gigantische Durchbrüche haben auf den Gebieten der Genetik, der Molekularbiologie, bei Transplantationen und in den neurologischen Wissenschaften stattgefunden.

Mehr denn je ist heute die biomedizinische Forschung an der Weiterentwicklung der Medizin beteiligt, wie auch der HI. Vater selbst erst jüngst betonte: „Es ist eine anerkannte Tatsache, dass Verbesserungen bei der Behandlung ernster Erkrankungen in erster Linie auf Fortschritte der Forschung zurückzuführen sind.“¹

2. Unter den gegenwärtigen Umständen scheint jede neue Entdeckung der Biomedizin dazu bestimmt zu sein, lawinenartig viele neue Aussichten und Möglichkeiten für Diagnose und Behandlung zahlreicher noch unheilbarer Krankheiten zu eröffnen.

Offensichtlich verlangt der Erwerb wachsender technischer Eingriffsmöglichkeiten in die Umwelt, in andere Lebewesen und nicht zuletzt den Menschen und das Erreichen von entscheidenden und permanenten Resultaten von Wissenschaftlern und Gesellschaft insgesamt eine deutlich größere Verantwortung, proportional zu der Schwere der Eingriffe. Daraus folgt,

dass die experimentellen Wissenschaften und die Biomedizin selbst, als Werkzeuge in menschlicher Hand, nicht in sich vollkommen sind, sondern dass sie zu bestimmten Zielen hingelenkt werden sollen, und mit der Welt der Werte in Verbindung gebracht werden müssen.

3. Die primäre Kraft dieses kontinuierlichen Prozesses einer „ethischen Orientierung“ ist eindeutig die Person des Menschen. In unteilbarer Einheit von Körper und Seele, charakterisiert sich der Mensch durch seine Fähigkeit in Freiheit und Verantwortlichkeit das Ziel seiner Handlungen zu bestimmen, wie auch die Mittel um es zu erreichen. Sein brennender Wunsch nach Wahrheitssuche, ein Teil seiner Natur und seiner spezifischen Berufung, findet eine unentbehrliche Hilfe in der Wahrheit selbst, Gott, der kommt um den Bedürfnissen der Menschen zu begegnen und der ihnen Sein Gesicht in der Schöpfung enthüllt. So begünstigt und unterstützt Gott also die Anstrengungen des Menschen und befähigt ihn, so viele „Keime der Wahrheit“ in der Wirklichkeit zu erkennen, und schließlich in die Einheit mit der Wahrheit selbst einzutreten, die Er ist.

Im Prinzip gibt es daher für die Erkenntnis der Wahrheit keine ethischen Grenzen; das heißt, es gibt keine „Mauern“ jenseits derer es dem Menschen verboten ist, seine Erkenntnis-kraft anzuwenden: Weise hat der HI. Vater den Menschen als den definiert, „der die Wahrheit sucht“²; aber andererseits gibt es sehr wohl genaue ethische Grenzen dafür, wie der Mensch, der nach der Wahrheit sucht, handeln soll, weil „das, was technisch machbar ist, deshalb noch nicht moralisch erlaubt ist“.³ Es ist daher die ethische Dimension des Menschen, die er konkret durch die Entscheidungen seines moralischen Gewissens anwendet, die die

existentielle Güte seines Lebens ausmacht.

4. In der Bemühung, die objektive Wahrheit in jeder Kreatur zu erforschen und zu erkennen, fällt den Wissenschaftlern, die aufgerufen sind für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen zu arbeiten, auf dem Gebiet der Biomedizin eine besonders wichtige Aufgabe zu: das letzte Ziel jeder Forschungstätigkeit auf diesem Gebiet muss das ganzheitliche Wohl des Menschen sein. Die verwendeten Mittel müssen die unveräußerliche Würde jedes Menschen als Person, sein Recht auf Leben und seine wesentliche physische Integrität zur Gänze respektieren.

Um nicht falsch verstanden zu werden, wollen wir zusammen mit Papst Johannes Paul II wiederholen: „Die Kirche respektiert und unterstützt wissenschaftliche Forschung, wenn sie eine wirklich menschliche Zielrichtung aufweist, jede Form der Instrumentalisierung oder Zerstörung des Menschen vermeidet und sich von der Sklaverei politischer oder ökonomischer Interessen fernhält.“⁴

Aus dieser Perspektive muss den Tausenden von Ärzten und Forschern auf der ganzen Welt, die ihre Energien jeden Tag, großzügig und mit großer Professionalität, dem Dienst an den Leiden und der Behandlung von Krankheiten widmen, größtmögliche Dankbarkeit ausgedrückt werden. Weiters rief der Papst in Erinnerung, dass „alle, Gläubige und Ungläubige, die Anstrengungen der Biomedizin, die nicht nur dazu bestimmt sind, uns mit den Wundern des menschlichen Körpers vertraut zu machen, sondern auch würdige Standards für Leben und Gesundheit der Völker unseres Planeten zu fördern, anerkennen und ihnen aufrichtige Unterstützung ausdrücken“⁵.

5. Aus den bereits erwähnten Gründen kann und muss man von einer „Ethik der biomedizinischen Forschung“ sprechen, die sich tatsächlich in den letzten 30 Jahren zunehmend entwickelt und zu Wort gemeldet hat. Christliches Denken konnte auch wichtige Beiträge zu dieser Entwicklung liefern, indem es bestimmte neue Probleme im Licht seiner ur-

sprünglichen anthropologischen Sicht zum Vorschein bringt. Historisch können mindestens zwei Themen als Beispiel für die Aufmerksamkeit angeführt werden, die die Gemeinschaft der Christen der Welt der biomedizinischen Forschung widmet: Der Ruf nach Respekt für die Person, wenn er oder sie das Forschungssubjekt darstellt, besonders im Fall der nicht direkt therapeutischen Versuche; und als zweites die Betonung der engen Verbindung zwischen Wissenschaft, Gesellschaft und dem Individuum, die im gesamten Prozess der Forschung auf dem Spiel steht.

6. So ist es für die Synergie der verschiedenen betroffenen Wissenschaften also notwendig, sich bei der Erarbeitung eines Wegweisers für die biomedizinische Forschung, der die wahre Würde der menschlichen Person respektiert, auf eine gemeinsame Methodik zu einigen, die die komplexe wesentliche Einheit des Menschen in Betracht zieht. Zu diesem Zweck erscheint der Vorschlag der so genannten 3-Ecks-Methode passend. Sie unterscheidet drei Phasen:

Die Darlegung der biomedizinischen Daten; die Prüfung der Konsequenzen für die menschliche Person und die Untersuchung der Werte, die zum Vorschein kommen; und schließlich die Ausarbeitung der ethischen Normen, die die Arbeit derjenigen leiten sollen, die in einer diesbezüglichen Situation stehen, in Übereinstimmung mit den Bedeutungen und Werten, die zuvor identifiziert wurden.

7. Ein weiteres sehr wichtiges Thema in Verbindung mit der biomedizinischen Forschung ist die Frage des therapeutischen und nicht-therapeutischen Experimentierens, und zwar aus dem Blickwinkel seiner Anwendung auf den Menschen. Es beinhaltet viele problematische Aspekte von sowohl wissenschaftlicher als auch ethischer Natur. So ist es zum Beispiel unabdingbar, von den mit dem Versuchsprojekt beschäftigten Forschern einen hohen professionellen Standard und eine Methodik zu verlangen, die strikt anzuwendende Prozesskriterien vorgibt. Außerdem

ist es ethisch notwendig, dass die Person, die das Experiment durchführt, und ihre Mitarbeiter totale persönliche und professionelle Unabhängigkeit hinsichtlich möglicher Interessen bewahrt (finanziell, ideologisch, politisch, etc.), die nicht in Verbindung mit dem unmittelbaren Forschungsziel stehen, und zum Besten der betroffenen Versuchsobjekte und eines echten Fortschritts der Menschheit sind.

8. Abgesehen davon möchten wir die Notwendigkeit von ausreichenden Tierversuchen vor einer Anwendung auf den Menschen (der klinischen Phase) unterstreichen, die den Forschern Wissen über mögliche Schäden und Risiken verschaffen, um die Sicherheit der betroffenen Menschen bestmöglich zu garantieren. Natürlich müssen auch Tierversuche unter Beachtung von präzisen ethischen Normen durchgeführt werden, um soweit als möglich die Sicherheit der betroffenen Tiere zu gewährleisten.

9. Besondere Aufmerksamkeit muss auch der Behandlung von menschlichen „Forschungsobjekten“, die besonders verletzlich aufgrund ihrer Lebensumstände sind, geschenkt werden, wie das Beispiel der menschlichen Embryos klar zeigt. Aufgrund ihres heiklen Entwicklungsstadiums würden Experimente an ihnen im Lichte der gegenwärtigen technologischen Fortschritte ein sehr hohes – und daher ethisch inakzeptables – Risiko für bleibenden Schaden oder Tod beinhalten.

Ebenso inakzeptabel ist die Haltung mancher bezüglich der Legitimität von Verlusten der (physischen und genetischen) Integrität des Menschen im Embryostadium, um sie, wenn notwendig, sogar ganz zu zerstören, um anderen menschlichen Wesen zu nützen. Es ist moralisch nie erlaubt, Böses zu tun, um in sich gute Ziele zu erreichen.

Außerdem sollte man sich bewusst sein, dass der Mensch im Embryostadium, obwohl ihm der volle Respekt eines menschlichen Individuums zusteht, nicht in der Lage ist, seine persönliche Zustimmung zu Versuchen zu geben, die ihn einem großen Risiko aussetzen, ohne Chance eines direkten therapeutischen Vorteils

für ihn selbst. Deswegen können Versuche am menschlichen Embryo, die nicht direkte Vorteile für seine/ihre Gesundheit zum Ziel haben, nicht als moralisch zulässig angesehen werden.

10. Der gegenwärtige Prozess einer fortschreitenden Globalisierung des gesamten Planeten, dessen Folgen nicht immer positiv erscheinen, treibt uns an, über die biomedizinische Forschung unter den Gesichtspunkten ihrer sozialen, politischen und ökonomischen Folgen nachzudenken.

Wenn man die wachsende Beschränkung der Ressourcen in Betracht zieht, die für die Entwicklung der biomedizinischen Forschung vorhanden sind, so ist es in der Tat notwendig, großes Augenmerk auf eine gerechte Verteilung zwischen den Ländern zu legen, unter Beachtung der Lebensbedingungen in den verschiedenen Teilen der Erde und der Dringlichkeit der Primärbedürfnisse der ärmsten und am härtesten geprüften Völker. Das heißt, dass allen die Bedingungen und Mindestanforderungen garantiert werden sollten, so dass sie in den Genuss der Vorteile kommen, die aus der Forschung erwachsen, und dass sie ihre eigene Fähigkeit zu forschen entwickeln und erhalten können.

11. Was die Legislative betrifft, so drücken wir – nochmals – unsere Hoffnung und Empfehlung aus, dass man zu einer internationalen Gesetzgebung mit vereinheitlichtem Inhalt gelangen kann, basierend auf den Werten, die die Natur des Menschen vorgibt. Auf diese Weise könnte man die Ungleichheiten ausschalten, die häufig Missbrauch und Ausbeutung sowohl des Einzelnen wie auch ganzer Völker ermöglichen.

12. Schließlich, unter Anerkennung des enormen Einflusses der Massenmedien auf die Bildung einer öffentlichen Meinung und der wichtigen Rolle, die ihnen durch das Hervorrufen von Erwartungen und Wünschen, die mehr oder weniger fundiert sind, bei der breiten Öffentlichkeit zukommt, erscheint noch notwendiger, dass die Menschen, die sich mit dem biomedizinischen Sektor oder mit Bioe-

thik beschäftigen, eine besonders gute Ausbildung sowohl in der Wissenschaft als auch in der Ethik haben, um die Fakten auf einfache, klare Weise zu kommunizieren, ohne Verwirrung oder Missverständnisse zu stiften.

13. Zum Abschluss möchte die Päpstliche Akademie für das Leben mit großer Freude und einem großen Verantwortungsgefühl ihre Hingabe an die „Sache des Lebens“ erneuern, in ernstlicher und respektvoller Zusammenarbeit mit allen, die auf dem Gebiet der biomedizinischen Forschung beschäftigt sind. Wie auch der Papst selbst in seiner jüngsten Ansprache an die Päpstliche Akademie für das Leben sagte: „Auf dem Gebiet der biomedizinischen Forschung kann die Akademie für das Leben eine Stelle der Bezugnahme und der Erleuchtung sein, nicht nur für christliche Forscher sondern für alle, die auf diesem Gebiet unter dem Gesichtspunkt arbeiten, wirklich das Beste für den Menschen zu tun“.⁶ Die wichtigste Aufgabe der Akademie besteht nach wie vor darin, der Kirche, der Gesellschaft auf jedem Niveau und besonders der Gemeinschaft

der Wissenschaftler den ihr zueigen liegenden Dienst zugänglich zu machen, welcher Studium, Bildung und Information umfasst. So soll versucht werden, der gesamten Gesellschaft die Werte aufzuzeigen, die in der Würde des Menschen begründet liegen und unabdingbar sind, wenn wir wirklich das Beste für *jeden* Menschen und den *ganzen* Menschen wollen, mit dem Ziel, aus ebendiesen Werten die ethischen Direktiven abzuleiten, die jene in ihren täglichen Mühen anleiten können, die auf diesem Gebiet arbeiten.

24. - 26. Februar 2003

Referenzen

1. JOHANNES PAUL II, Ansprache vor den Teilnehmern der 9. Generalversammlung der Päpstlichen Akademie für das Leben, 24. Februar 2003, n. 2; ORE, 5. März 2003, S. 4
2. Fides et ratio, n. 28
3. Kongregation der Glaubenslehre, Donum Vitae, n. 4
4. Ansprache vor den Teilnehmern der 9. Generalversammlung der Päpstlichen Akademie für das Leben, 24. Februar 2003, n. 4; ORE, 5. März 2003, S. 4
5. *ibid.*, n. 2
6. *ibid.*, n. 3

Karzinomtherapie zwischen Individualität und Evidence Based Medicine aus der Perspektive der sinnorientierten Medizin (S. O. M.)

Einleitung

Wenngleich nicht geleugnet werden kann, dass in den letzten Jahrzehnten – auch in der Onkologie – große Fortschritte erzielt worden sind, so hat dieser Fortschritt zum Teil Hoffnungen geschürt – meist gestützt durch vor-eilige Medien-Propaganda –, die manchmal ziemlich weit an der Realität vorbeigehen und oft dazu führen, dass alles, was machbar ist, automatisch durchgeführt wird, ohne sich genau zu fragen, ob diese Maßnahmen sinnvoll sind, d. h. ob dem Patienten damit auch wirklich noch geholfen wird!

So wurde 2001 bei der Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Onkologie in San Francisco eine Studie¹ vorgestellt, aus der hervorgeht, dass rund ein Drittel aller Krebspatienten im Endstadium noch eine Chemotherapie bekommen und zwar bei Tumoren, bei denen erwiesen ist, dass die Behandlung unwirksam ist. Weiters wurde festgestellt, dass bis heute noch keine Richtlinien existieren, bis wann eine Chemotherapie noch sinnvoller Weise einzusetzen ist.

Und hier scheint *die* Herausforderung in der Onkologie heute zu liegen. Nämlich die trügerischen Klippen einer überzogenen kurativen Medizin rechtzeitig zu erkennen, um sich dann ganz auf eine symptomorientierte Leidenslinderung, also auf die Palliativmedizin zu verlegen.

Surrogatparameter

Eine dieser Klippen ist die trügerische Behandlung von Surrogatparametern (Ersatzkriterien der Wirksamkeit einer Therapie) gerade auch in der Onkologie. In gar nicht so wenigen Fällen kann z. B. in Studien eine Tumorverkleinerung durch eine Chemotherapie nachgewiesen werden, was aber noch lange nicht bedeutet, dass dadurch eine der drei maßgeblichen Zielparameter ärztlichen Handelns, nämlich Heilung, Lebensverlängerung oder zumindest Leidensminderung, nennenswert beeinflusst würden. Hier klaffen oft Machbarkeit und Sinnhaftigkeit weit auseinander. Tumore werden zwar erfolgreich behandelt, ohne dass dies allerdings dem Patienten irgendwie nützt – im Gegenteil, die Komplikations- und Nebenwirkungsraten solcher Behandlungen sind oft erheblich. Beispiele wären das fortgeschrittene Magenkarzinom, das nicht-kleinzellige Bronchuskarzinom, die Applikation von Zytostatika in die Arteria Hepatica bei Lebermetastasen oder die Chemotherapie beim nicht operablen Gallenblasen- bzw. Gallengangskarzinom.

Absolutes und relatives Risiko

Eine andere trügerische Klippe ist die oft irreführende Darstellung von Studienergebnis-

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

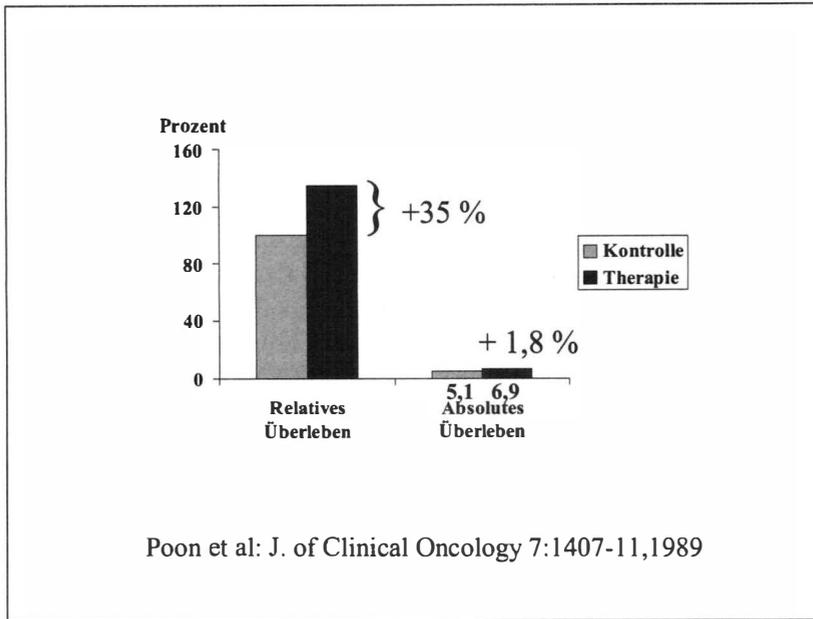


Abbildung 1: Metastasierendes kolorektales Karzinom (Stadium IV): 2-Jahres-Überlebensraten bei Behandlung mit 5-FU + Leucovorin

sen. Als Beispiel sei hier das metastasierende Dickdarmkarzinom aufgeführt. Es wird behauptet, dass die Überlebensrate durch eine Chemotherapie um 35% verbessert werden kann (Abbildung I). Das klingt sicher sehr gut.

In der Tat wird daher im Standardwerk der Internistischen Onkologie von H. J. SCHMOLL bemerkt, dass die Chemotherapie beim fortgeschrittenen Dickdarmkarzinom „hochwirksam“ ist und daher eine „klare Berechtigung“ hat. Analysiert man jedoch diese 35% genau, so zeigt sich, dass es sich hier nur um eine Relativzahl handelt. In Wirklichkeit beträgt die Überlebensrate im Stadium IV des kolorektalen Karzinoms nach 2 Jahren absolut lediglich 5,1% und kann durch eine Chemotherapie um 1,8% (das sind 35% von 5,1) reduziert werden. Es bleibt also von den 35% in Wirklichkeit nicht sehr viel übrig.

Die Moral dieser Rechnung ist, dass Therapieerfolge zwar gerne und fast immer nur in Relativzahlen angegeben werden, weil diese am meisten beeindrucken, dass sie aber in

Wirklichkeit nichts über die tatsächlichen Verhältnisse aussagen.

Überlebensraten sind an sich für die Entscheidungsfindung im Einzelfall nämlich wenig hilfreich, ja eigentlich irreführend, weil das Wort „Überleben“ Heilungschance suggeriert, während in Wirklichkeit der Tod nur etwas hinausgeschoben werden kann. Was damit gemeint ist, sieht man in Abbildung II.

Die untere Kurve zeigt die Mortalität beim fortgeschrittenen Dickdarmkrebs (Colorektales Karzinom Stadium IV) in der Kontrollgruppe, die obere unter der heutigen Standardtherapie (5-FU + Leucovorin). Es kommt also zu einer gewissen Verschiebung der Mortalitätskurven, d. h. der Tod kann durch die Chemotherapie zwar etwas hinausgeschoben, aber natürlich letztlich nicht verhindert werden (auch nicht bei 1,8% der Fälle). Nach 3 Jahren sind praktisch alle Patienten verstorben. Von Überleben im Sinne von Heilung kann daher in diesem Stadium nicht die Rede sein. Die mediane Lebenserwartung beträgt unbe-

handelt 8 Monate, unter Chemotherapie 12 Monate. Im Klartext gesprochen heißt dies: man erreicht durch eine Chemotherapie eine realistische Lebensverlängerung im Durchschnitt von 4 Monaten (bestenfalls um ein ½ Jahr). Das klingt schon anders als wenn von Verbesserung der Überlebensraten um 35% und hochwirksamer Therapie gesprochen wird.

Noch viel geringer sind, wie gesagt, die Effekte z. B. beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom und trotzdem ist auch bei diesen Patienten eine Chemotherapie heute fast schon obligat, jedenfalls weit verbreitet.

Die meisten Patienten lassen so eine Behandlung angesichts des drohenden Todes ohne Widerrede trotz oft erheblicher Nebenwirkungen über sich ergehen, allerdings meist unter völlig falschen Voraussetzungen.

So konnten PETRASCH und Mitarbeiter in einer Studie² zeigen (Abbildung III), dass nur 8% aller Patienten in einem fortgeschrittenen Krebsstadium realisierten, dass sie nur mehr

aus palliativen Erwägungen eine Chemotherapie erhielten. 48%, also fast die Hälfte hingegen dachten, dass sie durch die Behandlung noch vollständig geheilt werden könnten. Der Rest von 44% rechnete offensichtlich zumindest mit einer günstigen Beeinflussung der Grunderkrankung. Angesichts solcher Hoffnungen ist es nicht verwunderlich, dass die Patienten Nebenwirkungen wie Übelkeit, Abgeschlagenheit und Haarausfall relativ gleichmütig in Kauf nahmen, obwohl es sich ja um eine palliative Behandlung handeln sollte.

Nebenwirkungen und Komplikationen

Damit kommen wir zum eigentlichen Problem: nämlich einer vernünftigen Schaden-Nutzen-Abwägung. Bei einer Chemotherapie oder Radiobestrahlung muss praktisch in jedem Fall mit Nebenwirkungen gerechnet

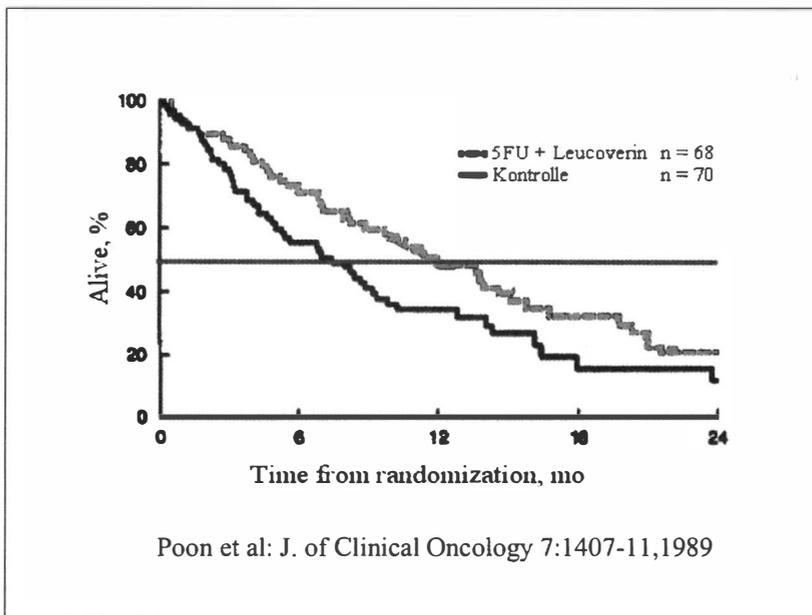


Abbildung II: Metastasierendes kolorektales Karzinom (Stadium IV): Relative Überlebensraten mit und ohne Chemotherapie mit 5-FU + Leuoverin

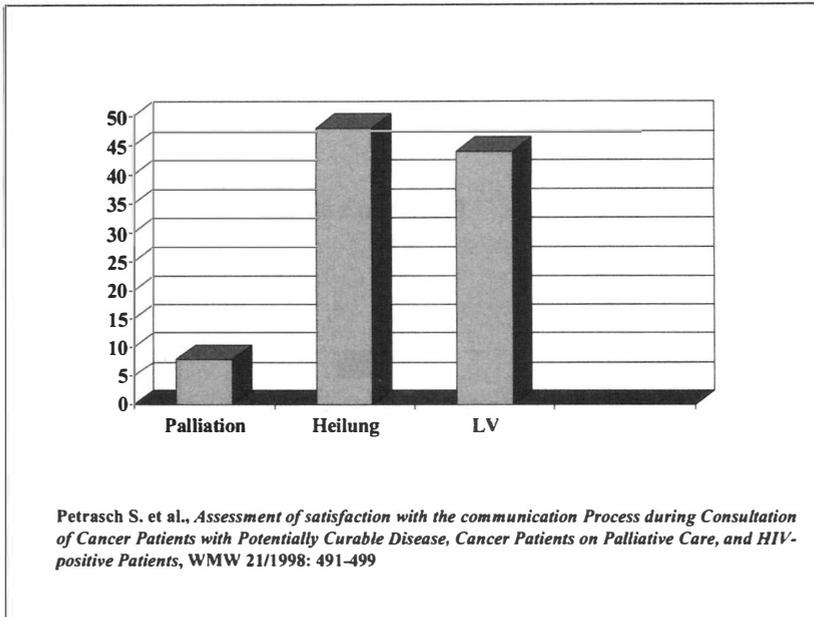


Abbildung III: Palliative Chemotherapie: subjektive Einschätzung der Patienten bezüglich der Wirksamkeit der Chemotherapie (LV = Lebensverlängerung)

werden, in 20% sogar mit schweren Nebenwirkungen. Jeder potentielle Therapieerfolg muss daher abgewogen werden gegen den vorhersehbaren potentiellen Schaden, der dem Patienten zugemutet wird. Dabei scheinen Ärzte freilich ziemlich realitätsfremd zu sein. Nach einer Studie von JACHUK und Mitarbeitern³ divergieren die Eigen- und Fremdeinschätzung eines Therapieerfolges beträchtlich. Während die Ärzte bei 100% ihrer Patienten davon überzeugt waren, dass durch ihre Therapie eine Besserung des Allgemeinbefindens eingetreten ist (Abbildung IV) waren die Patienten selbst davon nur in 48% überzeugt, 9% registrierten eine Verschlechterung. Die Angehörigen sahen überhaupt nur bei 1% der Patienten eine Besserung, dafür in 30% sogar eine erhebliche Verschlechterung.

Wie sehr das Nutzen/Risiko-Kalkül durch subjektive Interessen und Modetrends beeinflusst werden kann, hat auch das Debakel mit der Hormonersatztherapie gezeigt. Jahrelang hat man zweifelhafte Vorteile auf die Coro-

nararterien, Osteoporose und Morbus Alzheimer propagiert und offensichtliche Risiken wie Schlaganfall, Lungenembolie, Thrombosen, Cholelithiasis und Mammakarzinom verharmlost, obwohl die Bilanz eindeutig negativ ist.

Zusammenfassend könnte man vielleicht sagen, dass das Schicksal unserer (onkologischen) Patienten ganz wesentlich von der Fähigkeit der Ärzte abhängt, Studienergebnisse und Therapieerfolge kritisch zu beurteilen und Schaden gegen Nutzen realistisch abzuwägen. Vor allem sollten wir in der Bevölkerung nicht Hoffnungen erwecken, die die Medizin in Wirklichkeit nicht erfüllen kann. In vielen Fällen scheint bei Patienten in einem fortgeschrittenen Krebsstadium z. B. vorsichtiges Abwarten und Beobachten im Rahmen einer symptomorientierten Palliativmedizin sinnvoller und für den Patienten hilfreicher zu sein als eine aggressive und belastende Tumortherapie mit letztlich doch eher mageren Erfolgsaussichten.⁴ Die Entscheidung, ob und welche medizinische Maßnah-

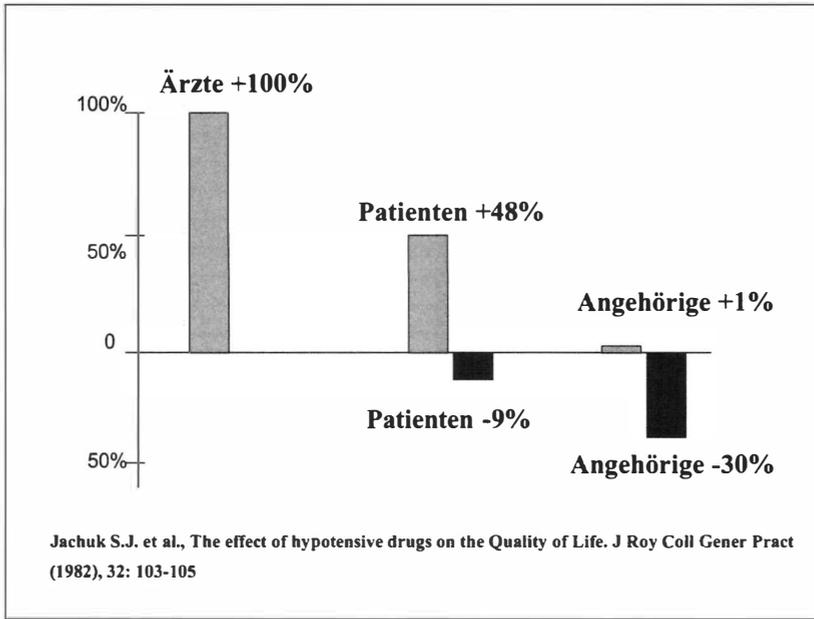


Abbildung IV: Einschätzung des Therapieerfolges

me bei einem konkreten Patienten sinnvoller Weise angewendet werden soll, kann nicht allein von statistischen Signifikanzen abhängig gemacht werden, sondern sie hängt zusätzlich von einer Reihe von individuellen Faktoren ab, die mit ins Kalkül einer Entscheidung eingebracht werden müssen!

Sinnvoll ist eine Behandlung nur dann, wenn sie für den konkreten Patienten wirklich hilfreich ist, wenn also das Machbare ins Verhältnis zum praktisch Vernünftigen gesetzt wird. Die Entscheidung darüber hängt einerseits von der rechten Abwägung zwischen Nutzen und Schaden (Relevanz), andererseits aber auch von individuellen Kriterien des Patienten selbst ab (z. B. Alter, Lebenserwartung, kognitive Fähigkeiten, aber auch ganz subjektive Interessen und Wertvorstellungen des Patienten). Konsenskonferenzen, Leitlinien, Multicenterstudien, Statistiken können vielleicht, wie gesagt, über die Wirksamkeit einer Therapie, nicht aber über ihre Sinnhaftigkeit etwas aussagen. Dieses Urteil obliegt

einzig und allein dem behandelnden Arzt.

Für einen Patienten, der noch eine in seinen Augen ganz wichtige Aufgabe zu erledigen hat, wird vielleicht eine kurze Zeit der Lebensverlängerung, in der er dies noch erreicht, von erheblicher Bedeutung sein. Andererseits sind Lebensverlängerung als solche und die Gesundheit überhaupt nicht immer und unter allen Umständen der höchste Wert. In gewisser Hinsicht setzen wir unser Leben bzw. die Gesundheit um einer bestimmten Sinnerfüllung willen ständig aufs Spiel.

Ärztliche Kunst besteht nun gerade darin, durch kluge Abwägung vielfältiger objektiver und subjektiver Komponenten, das für den konkreten Patienten Beste zu tun. Hier wird vom Arzt ein hohes Maß an Klugheit gefordert, die als Kardinaltugend der ärztlichen Kunst bezeichnet werden kann. Aber gerade deshalb erscheint es wichtig, nicht nur die Signifikanz einer Therapie im Sinne einer Evidence based Medicine festzustellen, sondern darüber hinaus auch andere Kriterien für deren Relevanz ins Kalkül

zu ziehen. Eine ärztliche Entscheidung kann nämlich durchaus „medizinisch korrekt“, aber für den Einzelfall dennoch falsch sein!

Es scheint an der Zeit, dass die moderne Medizin wieder mehr auf die Befindlichkeit des Patienten achtet, also auf die Verbesserung seiner Lebensqualität und auch auf die Verursachung von Nebenwirkungen, anstatt sich allzu sehr auf marginale Erfolge der Lebensverlängerung zu konzentrieren. Wenn Lebensverlängerung nur noch Leidensverlängerung bewirkt, ohne dieses Leiden auch zu lindern, kann dies nicht unser ärztlicher Auftrag sein. Hilfreich ist eine Therapie vor allem dann, wenn es dem Patienten dabei auch besser geht.

Kurz gesagt: Karzinomtherapie zwischen Individualität und Evidence based Medicine (EBM) besteht in einer sinnorientierten Medizin (SOM),⁵ die es erlaubt, unter Einbeziehung einer Vielfalt von objektiven und subjektiven Kriterien für den Patienten eine den Umstän-

den und Möglichkeiten angemessene Therapieentscheidung zu treffen; die also in der Lage ist, eine Brücke zu schlagen zwischen der allgemeinen normativ-statistischen Ebene und den partikulären Bedürfnissen des Patienten.

Referenzen

1. San Francisco, 14. Mai 2001, Jahrestagung der amerikanischen Gesellschaft für Onkologie
2. PETRASCH S. et al., *Assessment of satisfaction with the communication Process during Consultation of Cancer Patients with Potentially Curable Disease, Cancer Patients on Palliative Care, and HIV-positive Patients*, WMW (1998); Vol. 21: 491-499
3. JACHUK S.J. et al., *The effect of hypotensive drugs on the Quality of Life*, J Roy Coll Gener Pract (1982); Vol. 32: 103-105
4. KOEDOOT C.G. et al., *Palliative Chemotherapy or Watchful Waiting? A Vignettes Study Among Oncologists*, Journal of Clinical Oncology (2002); Vol. 20, No. 17: 3658-64
5. BONELLI J., PRAT E., *Sinnorientierte Medizin (S. O. M.). (Sense Oriented Medicine – S. O. M.) Paradigmawechsel in der Medizin: Von der Machbarkeit zur Sinnhaftigkeit – Medizin für den Einzelfall*, Imago Hominis (1999); 3: 187-207

Forschung: Milchzähne als Stammzellenreservoir

Aus den Milchzähnen, die Sieben- und Achtjährigen ausgefallen sind, ist es Forschern aus Bethesda, USA gelungen, Stammzellen zu isolieren. In den Zahnhöhlen fanden sich Stammzellen mit nicht unerheblicher Plastizität. Diese hätten die Forscher mithilfe von Wachstumsfaktoren zu Nervenzellen, Fettzellen und Vorläufern von zahnbildenden Zellen heranwachsen lassen können.

FAZ, 23. April 2003

Illegale Drogen: Todesopfer rückläufig

In der Bundesrepublik wurden im Jahr 2002 über 1500 Drogentote registriert, das sind, laut Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marion CASPERS-MERK um 18% weniger als im Vorjahr. Keine solche Trendwende sei bei den legalen Drogen zu verzeichnen. Tabakrauchen fordere 100.000 Menschenleben im Jahr, 40.000 Todesfälle sind dem übermäßigen Alkoholgenuss zuzuschreiben.

Weltweit steht Tabakrauchen an erster Stelle der todbringenden Drogen: Beinahe 5 Millionen Opfer fordert diese Sucht jährlich.

www.wissenschaft-online.de,
25. Februar und 29. April 2003

Designer-Baby: Erlaubnis für britische Familie

Ein Ehepaar in Großbritannien darf ein durch Präimplantationsdiagnostik ausgewähltes Baby bekommen, das seinen heute vier Jahre alten Bruder retten soll. Dieser leidet an der tödlichen Blutkrankheit Thalasämie, einer erblichen Störung der Blutbildung. Das oberste Zivilgericht, der High Court, hatte es zunächst verboten, ein solches Designer-Baby herzustellen, das Berufungsgericht

hob jedoch am 8.4.2003 diese Entscheidung auf und verfügte, dass durch Präimplantationsdiagnostik ein Embryo ausgewählt werden darf, der später als geeigneter Knochenmarkspender zur Verfügung steht.

DPA, 9. April 2003

Internet: Gesundheitsinfo vor und nach Arztbesuch

25 Prozent der Onliner nutzen das Web im Zusammenhang mit Arztbesuchen: Sieben Prozent nutzen das Internet vor, acht Prozent im Anschluss an eine Sprechstunde für Information zum betreffenden Thema. Mehr als die Hälfte der Befragten kann sich vorstellen, das Internet im Zusammenhang mit einem Arztbesuch nutzen zu wollen. Dies zeige, so Dirk BALSMEIER von TNS EMNID, dass das Internet auch für medizinische Themen eine immer wichtigere Informationsplattform wird. Die schnelle Verfügbarkeit von medizinischen Themen stellt an den Arzt, aber vor allem an den Patienten neue Anforderungen.

PTE, 12. Februar 2003

Euthanasie: Keine Legalisierung in Ungarn

Der ungarische Verfassungsgerichtshof hat sich gegen eine Liberalisierung der Sterbehilfe ausgesprochen. Die aktuelle Situation sei nicht verfassungswidrig, erklärte Gerichtspräsident Janos NEMETH in Budapest. Seit 1997 erlaubt ein Gesetz in Ungarn unheilbar Kranken, lebensverlängernde medizinische Maßnahmen abzulehnen.

Dazu muss ein dreiköpfiges Ärzteam entscheiden, ob ein Patient ohne Behandlung binnen kurzer Zeit sterben würde. Der Patient muss daraufhin seinen Wunsch, die Behandlung abzubrechen, innerhalb von drei Tagen nach der Entscheidung der Ärzte vor zwei Zeugen wiederho-

len. Die Verfassungsrichter wiesen auf die Gefahr hin, dass Dritte versuchen könnten, die Entscheidung des Patienten möglicherweise zu ihren Gunsten zu beeinflussen.

Kathnet, 29. April 2003

Menschenwürde: Bayern will Opfer von Abtreibungen beisetzen

In Bayern sollen vom nächsten Jahr an alle Fehlgeburten und abgetriebenen Embryonen auf Friedhöfen beigesetzt werden. Wie die CSU-Landtagsfraktion mitgeteilt habe, solle die bisher in vielen Fällen übliche Entsorgung mit dem Klinikmüll durch eine Änderung des Bayerischen Bestattungsgesetzes unmöglich gemacht werden.

Die bisherige Regelung werde der Würde des menschlichen Lebens nicht gerecht, so die stellvertretende CSU-Fraktionsvorsitzende Ingrid FICKLER. Wenn Fehlgeburten und Föten mit dem Klinikmüll entsorgt würden, sei nicht einmal auszuschließen, dass sie mit den Abfällen zum Bau von Lärmschutzwänden gebraucht würden. Wenn die Eltern nach einer Fehlgeburt oder Abtreibung keine Bestattung wünschten, solle eine Beisetzung auf einem anonymen Gräberfeld die Regel werden.

DPA, 5. Mai 2003

Reproduktionsmedizin: In USA 400.000 Embryonen eingefroren

In den USA sind einer Studie zufolge bislang fast 400.000 menschliche Embryonen eingefroren worden, die meisten von ihnen zu Fortpflanzungszwecken. In beinahe 90 Prozent der Fälle würden die Embryonen aufbewahrt, damit ihre Eltern später noch ein weiteres Kind bekommen könnten oder um nach einer möglichen Fehlgeburt erneut einen Embryo in die Gebärmutter der Frau einsetzen zu können, heißt es

in einer Studie der im US-Bundesstaat Alabama ansässigen Gesellschaft für Unterstützte Reproduktionstechnik (SART). Nur vier Prozent der Embryonen würden demnach für kinderlose Paare gestiftet oder zu Forschungszwecken freigegeben.

AFP, 8. Mai 2003

Weltbevölkerung: dramatischer Rückgang

Einen dramatischen Rückgang der Weltbevölkerung prognostiziert der World Population Report: 2002 Revision der Vereinten Nationen. Im Gegensatz zu den bisherigen Voraussagen, dass die Welt in absehbarer Zeit überbevölkert sein werde, betonen die Demographen, dass die sinkende Fertilitätsrate nicht wie bisher angenommen bei durchschnittlich 2,1 Kindern pro Familie Halt machen, sondern weiter zurück gehen werde. Die für eine Bevölkerungskonstanz notwendige Reproduktionsrate von 2,1 werde deutlich unterschritten und bis 2050 auf 1,85 sinken, so der Bericht.

www.un.org, 26. Februar 2003

Jungfernzeugung: Embryonale Stammzellen ohne Embryo

US-Forscher haben eine mögliche Alternative zur herkömmlichen Gewinnung embryonaler Stammzellen entdeckt: Dabei teilt sich die Eizelle, ohne von einem Spermium befruchtet worden zu sein. Sie wurde lediglich zuvor mit einem elektrischen oder chemischen Impuls angeregt. Dem Forscher ist es gelungen, solche unbefruchtete Eizellen bis ins Blastozystenstadium heranwachsen zu lassen, in dem dann Stammzellen entnommen werden konnten.

Bisher waren solche Versuche nur bei Tieren gelungen. Die auf diese Weise entstandenen Säugetier-Embryonen könnten nicht zu lebensfähigen Individuen, sondern nur zu einzelnen Geweben heranwachsen, so die Forscher.

New Scientist, 26. April 2003

Alkoholmissbrauch: 20 Milliarden Euro jährlich

Der Alkoholmissbrauch verursacht in Deutschland im Jahr Kosten von rund 20 Milliarden Euro. Hinzu kommen Kosten von rund sieben Milliarden Euro infolge des vorzeitigen Todes: jährlich sterben 42.000 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums. Der Gesamtverlust ergibt sich nach einer Studie von Kerstin HORCH und Echart BERGMANN von der Freien Universität Berlin aus stationären, ambulanten Behandlungen und Rehabilitation sowie Vorbeugung und Betreuung. Über zwölf Milliarden Euro kosten Arbeitsunfälle, Frühberentungen und frühzeitiger Tod von Erwerbstätigen.

www.wissenschaft-online.de, 9. Mai 2003

Euthanasie: 74 Prozent der britischen Ärzte dagegen

Drei Viertel (74 Prozent) der britischen Ärzte würden Beihilfe zum Selbstmord verweigern, wenn diese legalisiert wäre. Das ergab eine Internet-Umfrage, von der die BBC berichtet. Nur ein Viertel der 986 befragten Mediziner erklärte sich bereit, medizinische Beihilfe zum Selbstmord leisten zu wollen. Kein einziger Mediziner, der in der Palliativpflege tätig ist, sprach sich für Euthanasie und Beihilfe zu Selbstmord aus. Über die Hälfte der britischen Ärzte gab an, schon einmal mit dem Wunsch eines Patienten zu sterben konfrontiert worden zu sein.

BBC, 13. Mai 2003

Rauchen: WHO verabschiedet erste Anti-Tabak-Konvention

Die 192 Mitglieder der WHO haben einstimmig ein Rahmenabkommen über Tabak-Kontrolle (FCTC) angenommen, das tabakbedingte Todesfälle und Erkrankungen eindämmen soll. Die Anti-Tabak-Konvention ruft alle Staaten zur umfangreichen Beschränkung in Tabakwerbung

und Sponsoring auf. Weiters sollen Raumlufkontrollen eingeführt werden und eine schärfere Gesetzgebung soll strikter gegen den Tabaksmuggel vorgehen. „Heute arbeiten wir, um eine Million Leben zu retten und die Volksgesundheit für künftige Generationen zu schützen.“, sagt Dr. BRUNDTLAND, Generaldirektorin der WHO, zur 56. Weltgesundheitsversammlung. Tabak tötet derzeit an die fünf Millionen Menschen im Jahr. Diese Todesrate könnte sich bis 2020 auf 10 Millionen verdoppeln, falls die Staaten die Bestimmungen der FCTC nicht anwenden. Während die Zahl der Raucher in einigen Industrieländern zurückgeht, steigt sie vor allem unter den Jugendlichen in vielen Entwicklungsländern.

„Wir müssen größte Anstrengungen unternehmen um sicherzustellen, dass die Jugendlichen wo immer die besten Voraussetzungen für ein gesundes Leben erhalten“ sagt BRUNDTLAND. Die Anti-Tabak-Konvention liegt vom 16. – 22. Juni 2003 im Hauptsitz der WHO und vom 30. Juni 2003 bis zum 29. Juli 2004 im Hauptsitz der Vereinten Nationen (New York) zur Unterzeichnung auf.

PTE, 21. Mai 2003

Embryonen-Adoption: „Konkurrenz“ zu Stammzellenforschung

Mit heftiger Kritik wird das erste Embryo-Adoptionsprogramm „snowflakes“ konfrontiert. „Wenn man Embryonen adoptieren kann, wie kann man dann Stammzellenforschung an ihnen betreiben?“, so die Rechtsexpertin Susan CROCKIN.

Bisher wurden 19 Babys durch Vermittlung des Programmes geboren, 15 „Adoptivmütter“ sind derzeit schwanger. Embryonen-Adoption sei eine Möglichkeit für Paare, bei denen künstliche Befruchtung nicht erfolgreich gewesen ist oder die nach einer kostengünstigen Alternative suchen. Schätzungsweise gibt es in den USA 100.000 eingefrorene Embryonen, die von den Eltern nicht mehr gewollt werden.

Newsweek, 24. März 2003

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch
10. Jahrgang Heft 1, 2003
Ferdinand KERSCHNER, Bernhard RA-
SCHAUER: Editorial
Beiträge:
Marlies MEYER: Die Landesumwelt-
anwaltschaften;
Franz LEIDENMÜLLER: Europaweiter
Atomausstieg;
Kornelia RAMSAUER, Robert SCHNEIDER:
Das neue Ökostromgesetz – bundes-
einheitliche Regelung für Ökoanla-
genbetreiber.

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch
10. Jahrgang Heft 1, 2003
Wolfgang MAZAL: Editorial
Beiträge:
Christian SCHÖRKL: Das Sanitärerge-
setz;
Martin KIND: Ärzte zwischen Spon-
soring und Korruption;
Lukas STÄRKER: Angestellte Kammer-
funktionäre – Rechtstellung;
Kornel KOSSUTH: Neue Medikamen-
te, bitte warten....

ETHIK IN DER MEDIZIN.

Berlin, BRD.
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.
Band 15, Heft 1, 2003
Editorial:
G. BOCKENHEIMER-LUCIUS;
Originalarbeiten:
L. R. P. BERGHMANS: Ethische Aspekte
der medikamentösen Behandlung
dementer Patienten;
A. FREWER, C. SÄFKEN: Ärztliche
Schweigepflicht und die Gefährdung
Dritter;
N. BILLER-ANDORNO, H. SCHAUBURG:
Vulnerable Spender;
K. DÖRNER: Der „Trialog“ – eine
Spielart der Ethik-Kommission in der
Psychiatrie?;
S. EWIG: Der permanente Damm-
bruch;
Fall und Kommentare:
W. HENN, H. J. SCHINDELHAUER-DEUT-
SCHI/H. HACKER: Wunsch nach In-vi-

tro-Fertilisation bei einer Anlageträ-
gerin für die Huntington-Krankheit
– Darf es Behandlungsverweigerung
zu Gunsten eines noch nicht gezeug-
ten Kindes geben? (Kommentare);
Informationen:
Y. M. BARILAN: The Israeli Bioethical
discourse and the Steinberg Report
Regarding a proposed Bill of Rights
of The Terminally Ill;
Stellungnahme:
U. KÄRNER: In-vitro-Kultur menschli-
cher Embryonen – Medizinische
Möglichkeiten und Konsequenzen.

PERSONA Y BIOÉTICA

Universidad de la Sabana
Trimestrale Zeitschrift in Spanisch
Volume 6 No. 17, 2002
María Helena RESTREPO R.: Editorial;
José Félix PATIÑO R.: La Ética en la
atención médica;
Sergio CECCHETTO.: Identidad perso-
nal y trasplante de órganos;
Hernando Alonso ODEJA C.: La venta
de células sexuales por internet: una
realidad económica y bioética por
descubrir;
Carlos Alberto GÓMEZ FAJARDO: El dis-
positivo intrauterino y la disemina-
ción de la mentalidad abortista: al-
gunas consideraciones;
Immaculada VIEDMA: Proyecto geno-
ma humano. Implicaciones éticas;
Pedro José SARMIENTO M.: Medicina
contemporánea, entre crisis y para-
digma. Reflexiones en torno a la fi-
losofía de la medicina.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
2003/1
Editoriale: Dal Fronte della clona-
zione;
E. SGRECCIA: La politica della ricerca
bioetica: valori e priorità;
M. CASINI: I diritti dell'uomo, la bioe-
tica e l'embrione umano;
P. A. TALAVERA FERNÁNDEZ, V. BELLVER
CAPILLA: La objeción de conciencia
farmacéutica a la píldora postcoital
(PDS).

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
11. Jahrgang Heft 1, 2003
Leitartikel:
Bernhard IRRGANG: Künstliche Men-
schen? Posthumanität als Kennzei-
chen einer Anthropologie der hyper-
modernen Welt?;
Hans J. MÜNK: Zwischen Zweifel,
Ablehnung und Zustimmung. Die
deutschsprachige (katholisch-)theo-
logische Ethik und das Hirntodkrite-
rium (HTK);
Ralf WITZLER: Nietzsches Gestalten
der Zukunft. Von „freien Geistern“
und „guten Europäern“;
Dokumentation:
Karsten WEBER: Die ethischen Leitli-
nien der Gesellschaft für Informatik
e. V. werden überarbeitet. Ein Arbeits-
bericht.

ANUARIO FILOSOFICO

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
XXXV/3, 2002
María Jesús SOTO BRUNA: Presenta-
ción;
Estudios:
Ralph McINERNY: The end of Philoso-
phy / El final de la filosofía
Robert SPAEMANN: Realidad como
antropomorfismo
Pablo BLANCO SARTO: Arte, verdad e
interpretación e Luigi Pareyson
Notas:
Enrique ALARCÓN: El proyecto *Corpus
Thomisticum*: descripción y perspec-
tivas
Sara BARRENA, Jaime NUBIOLA: El Gru-
po de Estudios Peirceanos de la Uni-
versidad le Navarra
Erlito A. MARAYA: El modelo episte-
mológico de Alvin Plantinga. Un
comentario sobre "Warranted Chri-
stian Belief"

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE ETHIK

Zeitschrift in Deutsch
49/2, 2003
Martin HONECKER: Divergenzen in
der evangelischen Ethik beim Um-

gang mit Embryonen
Bernhard FRALING: Entscheidungen
am Anfang. Ethische Bewertung von
Präimplantationsdiagnostik und
Stammzellenforschung
Daniela MERGENTHALER: Wir die mo-
lekulare Medizin die Auffassung von
Krankheiten in der gegenwärtigen
Medizin erneuern?
Dominik GROSS, Ulrike RAUTENBERG,
Claudia RUTT: Ethische und psycho-
soziale Implikationen der Stammzel-
lentransplantation bei nichtverwand-
ten Spendern
Klaus ARNITZ: Die Organspende zwi-
schen passiver und aktiver Akzep-
tanz – Ethische Leitlinien zu einer
aktuellen Diskussion

GEN-MEDIZIN. EINE BESTANDSAUFNAHME.

A. M. RAEM, et. al. (Hrsg.)
Springer Verlag, Heidelberg 2001
 805 Seiten
 ISBN 3-540-67393-8

Die Autoren des Buches haben sich vorgenommen, von der Entwicklung der Medizinischen Forschung im 20. Jahrhundert ausgehend, den derzeitigen Stand der Gen- und Biomedizin und die Forschung auf diesen Gebieten sowie auch Zukunftsszenarien zu entwerfen. Es geht hierbei einerseits um eine Übersicht über Forschungen, Ergebnisse und praktische Anwendungen der Gentechnologie und der Biotechnologie in Medizin, Pharmakologie, Ernährungswissenschaft und Diagnostik. Andererseits werden Themen wie Ethik, Recht, Psychologie und Philosophie im Bereich Gen- und Biomedizin besprochen. Demnach wird auf den insgesamt 805 Seiten des Buches versucht, eine komplette, möglichst wertungsfreie Übersicht über das derzeit so aktuelle Gebiet der Genmedizin zu bieten. Dieses Vorhaben kann man als durchaus gelungen bezeichnen.

Das Buch umfaßt 38 Kapitel, die in 7 größere Abschnitte zusammengefasst sind:

Basisaspekte; Diagnostik; Therapie; Ernährung; Gesellschaft, Recht, Ethik und Philosophie; Förderungsprojekte, Unternehmen und Märkte; Technik.

Es schließt sich ein kurzer dokumentarischer Anhang und ein umfassendes Sachverzeichnis an. Jedem der 38 Kapitel ist ein ausführliches Literaturverzeichnis angeschlossen.

Ausgehend von einer Standortbestimmung der Molekularen Medizin und deren Bedeutung wird die Rolle des Humangenomprojektes und dessen Wert für die Erarbeitung der Identifikation menschlicher Erberkrankungen dargestellt. Es schließt sich die Besprechung

von Aspekten der Therapiestrategien und von Alterungsprozessen sowie von verschiedenen gentechnischen Verfahren und deren Bedeutung in Klinik, Rechtsmedizin, Humangenetik und insbesondere Tumordiagnostik an.

Die Therapie mit Genen und deren Problematik, einschließlich die besondere Verantwortlichkeit Genetischer Forschung in der Psychiatrie, nimmt einen angemessenen Raum ein. Interessant ist der Hinweis auf neue, die Naturmedizin betreffende Überlegungen und Untersuchungen, die sich die Aufgabe stellen, körpereigene Kräfte gegen Krankheiten zu stärken. Die Kenntnis molekularer Zusammenhänge schafft hier neue fundierte Zugänge.

Zur Frage der Präimplantationsdiagnostik (PID) wird darauf hingewiesen, dass derzeit „an keiner Stelle des Embryonenschutzgesetzes“ diese Frage überhaupt zur Sprache kommt. Die Grenzen der Anwendbarkeit der PID betreffend wird festgestellt: „Es erscheint mehr als fraglich, ob ein Konsens jemals gefunden werden könnte. Auch wenn vieles, was denkbar ist, auch machbar erscheint, so dürfen der Naturwissenschaftler und auch der Arzt nicht selbst darüber entscheiden, was erlaubt ist und was nicht. Dies ist eine gesellschaftliche Aufgabe.“ (Seite 476).

Das Thema Ernährung wird unter dem Aspekt der Frage diskutiert, ob auf diesem Gebiet Gentechnik unnötiges Risiko oder notwendige Hilfe sei.

Es folgen 4 Kapitel über die Themen „Gesellschaft, Recht, Ethik und Philosophie“.

Zu dem aktuellen Problem des Klonens von Menschen ist in dem Buch über das Zusatzprotokoll zum Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin (ZMRÜB), das am 12. 1. 1998 in Paris nur von 19 der 40 Mitgliedstaaten des Europarates unterzeichnet wurde, auf Seite 530 nachzulesen: „Nach Art. 1 ZMRÜB ist jede Maßnahme verboten, die die Erschaffung eines menschlichen Wesens zum Ziel

hat, das mit einem lebenden oder toten Menschen genetisch identisch ist.“ Die damit zusammenhängenden Fragen werden diskutiert, wie auch u.a. die rechtliche Verankerung der Menschenwürde.

In dem von H.-B. WUERMELING verfassten Kapitel über ethische Fragen, werden u.a. transgene Organismen und ihre möglichen Nebenwirkungen besprochen, ein Thema, das für Ökologie, aber auch für Medizin relevant ist. Die Relevanz betrifft einerseits Auswirkungen gentechnisch veränderter Nahrungsmittel, andererseits auch die Xenotransplantation. Es werden ferner Gentransfer in der Humanmedizin und Gendiagnostik angesprochen.

W. MICHALIS schließt ein Kapitel an: „Halten wir Gentechnologie aus?“ Es ist offenbar unvermeidlich, daß darin ein utilitaristischer Ansatz zum Ausdruck kommt: „Es ist der Erfolg der Recht gibt: Techniken, die einen unmittelbaren Vorteil für ihre Benutzer überzeugend erkennen lassen, haben sich jederzeit durchgesetzt, unabhängig von allen Bedenken gegen die Technik selbst, erst recht frei von Bedenken gegen die Ziele, die damit verfolgt werden können.“ (Seite 591). Freilich wird auch über Einwände und Bedenken, sowie über diverse Risiken gesprochen, sowohl gesundheitlicher, ökologischer, ökonomischer, psychologischer als auch sozialer Art. U. a. wird auch das Thema Eugenik erwähnt.

Dieses Kapitel schließt mit einem Zitat von C. HUBIC: „Es gibt Schätzungen, dass bis zum Jahre 2010 bei nahezu jedem Lebensmittel Gentechnik im Entwicklungs- oder Verwertungsprozess beteiligt sein wird. Bereits derzeit (1996) lägen über 1200 Freisetzungsexperimente mit transgenen Pflanzen vor. Da mite die Warnung zur Büchse der Pandora (Hans JONAS) als liebenswert altmodisch an. Vielleicht nicht trotz, sondern gerade wegen einer zu fundamentalistischen und daher verpuffenden Diskussion wird sich die Gentechnologie auch weiterhin besonders schnell durchsetzen.“ (Seite 645).

Anschließend werden Aspekte der prädik-

tiven Medizin, finanzielle Fragen, Krankenversicherungsprobleme und „Internet in den Biowissenschaften“ besprochen.

Zuletzt werden neue Technologien, wie beispielsweise Proteomics oder Nanotechnologie dargestellt. Das Buch wird schließlich mit der Frage: Genpatentierung – eine „abstruse Idee“? abgeschlossen. Es wird diesbezüglich auch die EU-Biotechnologierichtlinie besprochen, die „für eine gesetzlich geregelte Unterscheidung zwischen nicht patentfähigen und patentfähigen Erfindungen auch in Bezug auf in der Natur vorkommende Substanzen“ eintritt.

Das Buch ist gut redigiert und daher auch trotz der Fülle behandelter Themen übersichtlich und gut lesbar. Es bringt eine bemerkenswerte Gesamtschau über fast alle aktuellen Probleme der Genmedizin und wird auch, da die Entwicklung der Fragen mit enthalten sind, trotz der schnellen Fortschritte der Gentechnik und Genmedizin als Quellen- und Nachschlagewerk nicht sobald veralten. Es hat alle Vorteile und, in geringerem Maße, auch die Nachteile eines von vielen Autoren verfassten Werkes, wobei diese auf dem jeweils dargestellten Gebieten Spezialisten sind.

Das Buch ist als Literaturquelle und Nachschlagewerk, aber auch zur Einführung in die Thematik sehr zu empfehlen.

T. KENNER

SOMATOFORME STÖRUNGEN – DIAGNOSTIK, KONZEPTE UND THERAPIE BEI KÖRPERSYMPTOMEN OHNE ORGAN- BEFUND

MORSCHITZKY Hans

Springer Verlag, Wien 2000

267 Seiten

ISBN 3-211-83508-3

Das vorliegende Werk ist ein Fachbuch, das vom Autor mit dem Ziel geschrieben wurde, somatoforme Störungen einer breite-

ren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Das erscheint notwendig, denn das häufige Ergebnis verschiedener Durchuntersuchungen ist immer wieder dasselbe: „ohne Befund“. Die Betroffenen sagen: „Ich fühle mich krank, aber kein Arzt findet, was ich habe.“ Ein Grundanliegen der vorliegenden Arbeit ist daher die Bewusstmachung somatoformer Störungen und ihrer Therapiemöglichkeiten, die eine wahre Herausforderung für die Medizin und die Psychotherapie darstellen.

Das Buch bietet einen sehr ausführlichen Einblick in die Problematik dieser Störungen und ihrer Diagnostik und ist bis einschließlich Kapitel 3 (Differentialdiagnostik) auch übersichtlich und für den Fachmann verständlich und klar aufgebaut. Der historische Aspekt wird vielleicht etwas zu ausführlich besprochen; trägt aber zum besseren Verständnis bei.

Kapitel 4, 5 und teilweise auch 6 lassen an Systematik zu wünschen über, wobei der Therapiebesprechung selbst nur 12 Seiten eingeräumt werden, was einem Buch von über 230 Seiten vor allem auch im Hinblick auf den Untertitel: Diagnostik, Konzepte und *Therapie* zu wenig gerecht wird. Die relativ geringe Seitenzahl, die den Behandlungsstrategien gewidmet sind, macht auch deutlich, wie schwierig die Therapie der somatoformen Störungen eigentlich ist. Der Autor selbst schließt seine Ausführungen in Erwartung „der weiteren Entwicklung von Diagnostik und der theoretischen bzw. therapeutischen Konzepte im Bereich der somatoformen Störungen“.

Das ausführliche Fachbuch ist sicher auch als Nachschlagewerk sinnvoll. Dennoch sind die Darlegungen für den medizinischen Laien nicht immer leicht zugänglich. Die breite Öffentlichkeit für diese Art der Störungen zu sensibilisieren, scheint als Ziel doch etwas zu hoch gegriffen. Das vorliegende Werk ist vor allem für den Therapeuten selbst, aber auch für Studenten ein interessantes Grundlehrbuch.

J. KÖRNER

TRANSPLANTATIONSMEDIZIN UND PERSONALE IDENTITÄT: MEDIZINISCHE, ETHISCHE, RECHTLICHE UND THEOLOGISCHE ASPEKTE DER ORGANVERPFLANZUNG

Hans KÖCHLER (Hrsg.)

Peter Lang, Frankfurt am Main 2001

127 Seiten

ISBN 3-631-38363-0

Die Publikation gibt die Vorträge einer interdisziplinären Tagung des Institutes für Philosophie der Universität Innsbruck in Zusammenarbeit mit dem Senatsarbeitskreis „Wissenschaft und Verantwortlichkeit“ wieder. Intention der Tagung war, einen Beitrag zur aktuellen angewandten Medizinethik zu leisten.

Die beiden ersten Beiträge haben medizinische Aspekte zum Thema. Im Vortrag von L. C. MÜLLER, der im Wesentlichen vor dem Hintergrund der Herz- und Lungentransplantation abgehandelt wird, kommen auch persönliche Gedanken und Empfindungen zur Sprache. Die diesbezüglichen Ausführungen machen deutlich, wie wichtig die Befassung mit ethischen Problemen besonders auch für in diesem Bereich tätige Chirurgen ist. Fragen zur personalen Identität werden mit naturwissenschaftlichen Methoden nie zu beantworten sein. Gerade deshalb wäre eine ethische Bildung gerade der unmittelbar damit befassten Mediziner auch für sie persönlich so wichtig.

Im nächsten Beitrag gibt Iradj MOHSENIPOUR einen faszinierenden Einblick in das Gebiet der Nerven- bzw. Gehirnzellentransplantation. Die meisten der hier verwendeten Methoden haben jedoch den schalen Beigeschmack der Verwendung fetaler Gehirn-, Nerven- oder Stammzellen. Der derzeitige Goldstandard der Neurotransplantation ist das stereotaktische Einbringen von fetalen Mesenzephalonzellen in die degenerierte substantia nigra beim Morbus Parkinson. Bis heute haben etwa 130 Patienten weltweit fetale dopaminerge Neuronen verpflanzt bekommen. Von einer Heilung ist man allerdings noch weit entfernt.

Es werden auch häufig Stimmungs- und Persönlichkeitsveränderungen beobachtet.

Auch der Autor kritisiert die bedenkliche Quelle für die Stammzellen besonders dort, wo es auch möglich ist, Stammzellen aus Blut und Knochenmark zu neuronalen Stammzellen und weiter zu Neuronen differenzieren zu lassen.

Auch von der Entwicklung einer Schnittstelle zwischen biologisch zellulärem Gehirn und elektronischen Hilfsmitteln sind die Wissenschaftler nicht mehr allzu weit entfernt. So ist es gelungen, ein simples Neuron auf einer chipähnlichen Platte wachsen zu lassen. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Neurochip die Erwartungen der Erfinder als Neurosensor oder Mensch-Technik Schnittstelle zu fungieren, erfüllen wird.

Für die derzeit in klinischer Erprobung befindlichen Techniken aus dieser Sparte stellt sich die Frage *„ob es wirklich der Patient selbst ist, der nicht mit seiner Krankheit leben will, oder die Gesellschaft, die nicht mit Krankheit und Kranken konfrontiert werden will. Sollten wir nicht eher unser Ideal vom starken, gesunden, vollkommenen Menschen relativieren, damit der erkrankte Mensch seine Erkrankung nicht als Minderwertigkeit oder Schwäche erfährt, wodurch er erst zu solchen abenteuerlichen ultima ratio Therapien getrieben wird“*. So äußert sich der Autor selbst kritisch am Ende seines Vortrages zu den von ihm vorgestellten Techniken.

Unter dem Titel *„Dein ist mein ganzes Herz!“* beleuchtet der Sozial- und Wirtschaftsphilosoph Elmar WAIBL Gerechtigkeitsfragen in der Transplantationsmedizin. Für ihn ergibt sich zur Wahrung der Gerechtigkeit bei der Organverteilung ein Mix aus verschiedenen Gesichtspunkten: Bedarfsdringlichkeit, Erfolgsaussicht und Wartezeit wären bei der Reihung maßgeblich zu berücksichtigen. Ein Mitverschulden am dringenden Organbedarf zu berücksichtigen scheint gerechtigkeitskompatibel. Zustimmung findet bei ihm auch die starke Honorierung einer Spendebereitschaft und die Einbeziehung des Lebensalters.

Die Berücksichtigung sozialer Nutzenüberlegungen erscheint zum einen (Mutter mit abhängigen Kindern) naheliegend, zum anderen (verdienstvolle Persönlichkeit) fragwürdig.

Zur Verrechnung der verschiedenen Gesichtspunkte wäre ein Punktekatalog möglich, der jedoch nur der formalen, aber kaum der materialen Gerechtigkeit genügen kann. Der Autor kommt zum Schluss, dass sich die Transplantationsmedizin als eine Errungenschaft erweist, bei der die ethische Entscheidbarkeit Mühe hat, mit der technischen Machbarkeit Schritt zu halten.

Im Beitrag *„Organgewinnung als Gegenstand sozialer Gerechtigkeit“* beleuchtet A. LEIST die verschiedenen Modelle zur Gewinnung von Organen im Hinblick auf ihre moralischen Schwächen und Stärken. Die Zustimmungslösung ist ineffizient und berücksichtigt wenig bis gar nicht die Möglichkeit, dass jemand nach seinem Tod noch einem Menschen helfen will. Allerdings übt sie keinen Zwang aus und nimmt auf die Integrität des Körpers Rücksicht.

Die Widerspruchslösung verstößt gegen die Autonomie der Einzelperson und stützt sich auf einen zweifelhaften hypothetischen Konsens. Sie ist effizient und hilft den betroffenen Empfängern.

Die Clublösung diskriminiert alte Personen und schränkt die Freiheit ein, ist aber effizient. Die Zwangsentnahme verstößt gegen die Autonomie, ist aber ebenfalls effizient.

Zum Schluss bekrittelt der Autor die moralische Gleichgültigkeit derjenigen, die sich um die Lage der mangels verfügbarer Organe Sterbender nicht kümmern. Dies sei nur der Ausdruck der Gleichgültigkeit derer, die sich um ihr Sterben ebenso wenig Gedanken machen wollen wie um das Sterben anderer. Mit einem Konsens der moralischen Gleichgültigkeit sollte in der Diskussion über Organverteilung nicht moralisch argumentiert werden.

Allerdings ist hinzuzufügen, dass es nicht Aufgabe der Medizin ist, Sterben um jeden Preis so lange wie möglich zu vermeiden.

Im Beitrag von H. BARTA: „Rechtsdenken und Organtransplantation, Rechtliche Rahmenbedingungen der Transplantationsmedizin“ beleuchtet der Autor kritisch die derzeitige rechtliche Situation in Österreich auch im Vergleich zur Situation in Deutschland. Als Beispiel wird die Innsbrucker Handtransplantation herangezogen, die offenbar rechtlich zumindest in der Öffentlichkeit nicht hinterfragt wurde. Der Autor kritisiert, dass das Innsbrucker Transplantationsteam von der Gerichtsmedizin der eigenen Fakultät beraten wurde. Hier sieht er die Gefahr der Begünstigung. Außerdem sei in Österreich rechtlich nur die Transplantation von Organen oder Organteilen aber nicht die Transplantation von Gliedmaßen geregelt. Dazu kommt, dass unser Gesetz vorschreibt, dass die Transplantation „nicht zu einer die Pietät verletzenden Verunstaltung der Leiche führen“ darf. Der Beitrag gliedert sich im Weiteren in eine umfassende Aufzählung der ergänzungs- und verbesserungswürdigen Gesetzesstellen wie sie sich derzeit in Österreich darbieten.

Im letzten Beitrag von W. SCHAUPP wird betont, dass vor allem die katholische Kirche an der grundsätzlichen Bejahung der Lebendspende festhält und in ihr eine ethisch hochstehende Tat menschlicher und christlicher Liebe sieht. Schon 1956 wies Papst Pius XII darauf hin, dass die physische Integrität des körperlichen Organismus kein Zweck in sich, sondern der geistigen Finalität der menschlichen Person untergeordnet ist. Die Lebendspende sollte aber an eine innere altruistische Motivation gebunden sein. Daraus ergibt sich eine klare Option gegen den Organhandel, der neben den damit verbundenen Problemen eine radikale Versachlichung und Funktionalisierung des eigenen Körpers voraussetzt. Der Autor plädiert für eine weiche Transplantationsmedizin, welche die so stark ins Emotionale und Personale hineinreichende Dimension der Lebendspende gebührend wahrnimmt, auch wenn dies in bestimmten Fällen einen Verzicht auf das medizinisch Machbare mit

sich bringen mag.

Das Buch schließt mit kurzen Lebensläufen der Autoren und einer Bibliographie.

C. SCHWARZ

WAS WISSEN WIR, WENN WIR DAS MENSCHLICHE GENOM KENNEN?

Ludger HONNEFELDER & Peter PROPPING (Hrsg.)

DuMont Verlag, Köln 2001

328 Seiten

ISBN 3-7701-5874-1

Seitdem im Februar 2001 bekannt wurde, dass das menschliche Genom durchsequenziert worden ist, reißen die Diskussionen über Wert und Gefahren dieser Kenntnis nicht ab. Mittlerweile gibt es viele Bücher zu diesem Thema, unter anderem auch diesen Band, der aus einem interdisziplinären Symposium in Bonn am 14. und 15. April 2000 hervorgegangen ist. An diesem Symposium haben Fachleute aus Medizin, Biologie/Genetik, Chemie, Medizin, Rechtswissenschaften, Soziologie, Ethik und Philosophie teilgenommen. Ihre Vorträge wurden gesammelt und zu dem vorliegenden Buch zusammengefasst.

Gleich am Beginn wird darauf hingewiesen, dass es einen Unterschied zwischen Wissen und Kennen gibt. Wir kennen zwar die Sequenz der menschlichen DNA, aber was wissen wir nun darüber? Die Sequenz ist nichts anderes als die Abfolge von vier Buchstaben, die für die vier Basen Guanin, Cytosin, Thymin und Adenin stehen. Nach früheren Vorstellungen war diese Sequenz in Gene unterteilt, die abgeschrieben (transkribiert) und in Proteine übersetzt (translatiert) wurden. Der genetische Code war und ist nichts anderes als die Umsetzung dieser vier Basen in Aminosäuresequenzen (wobei jeweils drei Basen für eine Aminosäure stehen). Es gibt nun aber in jedem Gen DNA-Sequenzen, die nicht in Protein übersetzt werden, sondern vor der Proteinsynthese herausgeschnitten werden, die

sogenannten Introns. Neuere Forschungen weisen auch auf RNA-Moleküle (1) hin, die nicht in Proteine übersetzt werden, sondern eine wichtige Rolle in der Aktivität der DNA (= Übersetzung in Protein) und in anderen physiologischen Prozessen der Zelle spielen. Welche Teile der DNA nun in Protein umgesetzt werden und welche nicht, ist noch nicht vollständig geklärt, d.h. wir *wissen* es (noch) nicht vollständig, obwohl wir die gesamte Sequenz *kennen*. Diese Definitionen von Wissen und Kennen, Modellvorstellung und Realität werden in den philosophischen Beiträgen ausgeführt und sind, da die Unterschiede zwischen ihnen durch den täglichen schlammigen Gebrauch verwischt worden sind, sehr wichtig, um das tatsächliche Wissen über das menschliche Genom beschreiben zu können.

In den naturwissenschaftlichen Beiträgen wird ausgeführt, wie man Teile der Sequenz ihrer jeweiligen Funktion zuordnen kann. Einige Methoden wie Microarray und SAGE werden erklärt, ebenso welche Rolle die Bioinformatik bei der Verarbeitung der dabei erhaltenen Daten spielen wird. Auch hier sieht man, dass zunächst Versuchsergebnisse vorliegen, die erst später in Wissen „umgewandelt“ werden und dabei spielt die Brauchbarkeit der Verarbeitungsprogramme eine große Rolle, wie jeder Wissenschaftler, der z.B. mit Microarrays gearbeitet hat oder arbeitet aus leidvoller Erfahrung weiß. Positiv hervorzuheben ist noch, dass die Beiträge auch in das Gebiet der Genetik einführen und so dem Laien ermöglichen, dem jeweiligen Beitrag zu folgen. Nachteilig ist, dass durch das schnelle Tempo der genetischen Forschung viele Teile der Vorträge schon überholt sind.

Der dritte Teil der Beiträge setzt sich nun mit dem Einfluss des Wissens über das Genom auf die Gesellschaft auseinander. Natürlich werden dabei Fragen angesprochen wie

denn nun vorgegangen werden soll, wenn man bei Embryonen mögliche Erbdefekte feststellen kann, aber keine Therapie dafür vorhanden ist und wie eine Versicherung Menschen mit einem erhöhten Risiko für Herzinfarkt, Alzheimer und ähnlichem einstuft wird. Auch hier ist, wie die Autoren stets betonen, wichtig zu wissen, was nun wirklich Krankheit ist, d.h. auf jeden Fall zu den bekannten Symptomen führen wird, oder ob es sich nur um eine gewisse Wahrscheinlichkeit handelt, zu erkranken. Wichtig dabei ist der Umstand, dass sehr wenige Erkrankungen durch eine Genanalyse wirklich vorhergesagt werden können. So hat man festgestellt, dass Frauen mit einer gewissen Ausprägung eines Gens häufiger Brustkrebs haben als Frauen mit einer anderen Ausprägung (= Sequenz). Es ist aber nicht bekannt, ob nur dieses eine Gen eine Rolle spielt, und welchen Einfluss die Umwelt (Nahrung, soziales Umfeld etc.) spielt.

Auf jeden Fall zeigt dieses Buch auf, wie wenig wir eigentlich noch wissen, obwohl wir die Sequenz des menschlichen Genoms kennen und, dass noch einige Zeit vergehen wird, bis uns tatsächlich klar ist, was wir wirklich aus den Genen lesen können und was wir dann mit diesem Wissen anfangen sollten. Gut ist es allerdings, sich schon jetzt Gedanken darüber zu machen, in wie weit wir dieses Wissen dann vor Missbrauch schützen sollen, und uns darüber klar zu werden, dass wir mehr sind als die Summe unserer Gene.

(1) RNA-Sequenzen sind einerseits der Zwischenschritt zwischen Gen und Protein (Boten- oder messenger RNA) und nehmen andererseits aber auch an verschiedenen Prozessen in der Zelle teil, z.B. in den Proteinen, die das Übersetzen der messenger RNA in die Aminosäuresequenz durchführen.

C. CZEPE

ANKÜNDIGUNG

International Conference

Ethics of Life in the Christian Perspective Lebensethik aus Christlicher Sicht

*Catholic Bishops Conferences of Austria, Hungary, and Slovak Republic
in collaboration with
Catholic Bishops Conferences of Bosnia&Hercegovina, Croatia, Czech Republic, Poland,
and Slovenia*

3. – 5. 10. 2003

Bratislava, Slovak Republic

Preliminary Programme:

3. 10. Friday

18.00-19.20 Opening Ceremony, Plenary Lectures

A. *RAKUS (SK)*: Contemporary Man and the Challenges of Bio-Ethics
A. *LAUN (A)*: Contemporary Man, Bio-Medicine and Christian Faith

4. 10. Saturday

09.00-10.30 General Session I.: Ethics of Life and its Contemporary Challenges

J. *LETZ (SK)*: Ethics of Life – Philosophical Foundations
J. *DACOK (SK)*: Ethics of Life, Moral Theology and the Challenges of Post-modernism
V. *POZAIC (HR)*: Moral Status of the Human Embryo an Foetus

11.00-12.30 General Session II.: Bioethical Issues at the Beginning of Human Life

E. H. *PRAT (A)*: Assisted Procreation
A. *SZOSTEK (PL)*: Fertility Regulation, Contraception
K. M. *RADNER (A)*: Prenatal diagnostics

14.00-15.45 General Session III.: Challenges of New Biotechnologies

C. *HUTTER (A)*: Human Cloning – Reproductive and „Therapeutic“
L. *KENNER, K. STANGL (A)*: Stem Cell Research – Adult and Embryonic
M. *DZATKO, E. BUBLINEC (SK)*: Present and Future of Environment - Christian Values of Sustainable Development

ANKÜNDIGUNG

16.15-17.30 General Session IV.: **Bioethical Issues at the End of Life**
Z. KALVACH (CZ): Elderly Patient
J. BONELLI (A): Palliative Medicine, Terminal Care, Hospice
P. O. HARSANYI (H): Euthanasia

5. 10. Sunday

11.00-12.15 General Session V.: **Conclusions and Future Perspectives**
P. LIESE (G; EP): Bioethics and Biopolitics in Europe
G. VIRTH (A): Evangelium Vitae for the Present and Future Europe
International Drafting Committee's Chairman: Central European/Bratislava Declaration on Bioethics/Biopolitics
Ch. Cardinal SCHÖNBORN (A): Concluding Remarks

12.15 Closing of the Conference

President Mons. Prof. ThDr. F. TONDRA, Chairman, Slovak Catholic Bishops Conference

Scientific Board P. BONELLI, M. DZATKO, J. DACOK, J. GLASA (Secretary), O. P. HARSANYI, E. PRAT, J. LETZ, F. RABEK (Chairman), A. RAKUS, F. TONDRA

Secretariat Konferencia biskupov Slovenska
Mgr. C. JANCISIN, secretary
Kapitulska 11
SK-811 02 Bratislava
Slovak Republic
Tel.: (+421-2) 54 43 52 34
Fax: (+421-2) 54 43 59 13
e-mail: cjancisin@kbs.sk

Registration Office EMILY TOURS Travel Agency
Mrs. Emilia CHOVANCOVA
Bardejovska 16
SK-831 02 Bratislava 3
Slovak Republic
tel./fax.: (+421-2) 44 25 86 17
e-mail : emilytours@napri.sk

ANKÜNDIGUNG

Am 27. und 28. Juni 2003 veranstaltet die Katholische Akademie der Erzdiözese Freiburg eine Tagung zum Thema „**Mitten im Leben. Sprechen über Sterben und Tod**“. Vortragende sind u. a. Prof. Dr. Helmut HOPING, Dr. Irmhild SAAKE, Dr. Franz-Josef BORMANN und Dr. Monika BOBBERT. Informationen unter www.katholische-akademie-freiburg.de.

Am 4. und 5. Juli 2003 veranstaltet die Katholische Akademie der Erzdiözese Frei-

burg eine Tagung zum Thema „**Ertrunken im Meer des Vergessens? – Alzheimer-Demenz im Spiegel von Ethik, Medizin und Pflege**“ mit Vorträgen von Markus BREITER, Prof. Dr. Hans FÖRSTL, Prof. Dr. Dr. Fritz A. HENN, Prof. Dr. Hans LAUTER und Prof. Dr. Dr. Jochen VOLLMANN. Weiters finden Workshops mit Dr. Bernd KÖSTER, Dipl. Soz.-Päd. Mechtild DÜRK, Regina BERTSCH und Brigitte VOSS statt. Informationen unter www.katholische-akademie-freiburg.de.

FENTANYL TRANSDERMAL SYSTEM
Durogesic

**DAS 72 STUNDEN
SCHMERZ
PFLASTER**

AUCH BEI STÄRKSTEN CHRONISCHEN SCHMERZEN

Durogesic > KONTROLLIERBAR
> KOMBINIERBAR

IND[®] kassenfrei
Chronische Schmerzen, die nicht durch eine Operation mehr ausreichend behandelbar sind.

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

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

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

Studienreihe

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

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

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

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

Imabe – Info (Kurzinformationen)

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

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

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

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, 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

2002: Nr. 1: Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen, Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht

VORSCHAU

IMAGO HOMINIS Band 10 • Heft 3/2003

Schwerpunkt
Stammzellenforschung

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL	65
AUS AKTUELLEM ANLASS	
E. H. PRAT „Über die Achtung des persönlichen Gewissens in der pluralistischen Gesellschaft“	67
B. FUCHS „Institutionalisierung der öffentlichen Ethikdebatte in Deutschland“	72
IMABE-INSTITUT „Stellungnahme des IMABE-Instituts zum Wiener Fetozyd-vorschlag“	77
SCHWERPUNKT: Palliativmedizin II	
J. BONELLI	
„Palliativmedizin als Medizin der Lebensqualität“	79
F. ZDRAHAL	
„Mobile und stationäre Betreuung von Terminalpatienten“	85
A. MIKSOVSKY	
„Die Palliativstation im Akutkrankenhaus“	91
H. RETSCHITZEGGER	
„Erfahrungen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation“	99
DISKUSSIONSBEITRAG	
G. ROTH „Psychopharmakon - Medizinphilosophische Erwägungen“	108
DOKUMENTE	
PÄPSTLICHE AKADEMIE FÜR DAS LEBEN „Ethik der Biomedizinischen Forschung aus christlicher Sicht“	112
NACHRICHTEN	122
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	124
BUCHBESPRECHUNGEN	126