

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 15 · Heft 3 · 2008

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

Familie und Krankheit

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriele Eisenring (Privatrecht, Rom)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Gunther Ladurner (Neurologie, Salzburg)
Reinhard Lenzofer (Interne Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Marktl (Physiologie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Innsbruck)
Heinrich Resch, (Innere Medizin, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

Das IMABE-Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 auf Initiative von Medizinern, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet. Ziel des Instituts ist es, den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlichen Menschenbildes zu fördern. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz des Vereins. Die wichtigste Aufgabe des Institutes ist eine interdisziplinäre und unabhängige Forschung auf den Gebieten von Medizin und Ethik. Darüber hinaus sollen Werte und Normen in der Gesellschaft durch Entwicklungen in Medizin und Forschung kritisch beleuchtet werden.

Editorial	183	
Aus aktuellem Anlass	186	Enrique H. Prat Gescheiterte Gesundheitsreform – was nun?
	188	Susanne Kummer Der Europarat will ein „Recht auf Abtreibung“ verankern
Schwerpunkt	191	Markus Schwarz, Tim Johansson, Gunther Ladurner Familie als Determinante der Gesundheit
	203	Brigitte Rollett Die Rolle der Familie bei schicksalhaften Krankheiten: Krise und Coping
	217	Peter Gathmann Bemerkung zu fehlerhaft kommunizierenden Systemen und den Folgen
	227	Markus Schwarz, Ludwig-Christoph Dóczy Gewalt in der Familie: Ursachen und Prävention
	239	Leonhard Thun-Hohenstein Resilienz und Familie
Freies Thema	247	Christian R. Noe Lebenswissenschaften und Ethik
Nachrichten	259	
Zeitschriftenspiegel	263	
Buchbesprechungen	265	

Herausgeber:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: *Imago Hominis* ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: concept8, Schönbrunner Straße 55, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Robert Glowka

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Robert Glowka

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Robert Glowka

Bankverbindung:

Bank Austria, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800,
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

IMABE 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.

Redaktionsschluss: 1. September 2008

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Medtronic

Schmerzen lindern · Heilung fördern · Leben verlängern

Der Sponsor hat keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Es gehört zu den anthropologischen Grundlagen, dass der Mensch für die Gemeinschaft konzipiert ist. Auf sich allein gestellt, ist er praktisch nicht lebensfähig. Wenn ein Kind geboren wird, verlässt es den schützenden Bereich des mütterlichen Organismus, wird aber in einer neuen Geborgenheit aufgefangen, im „sozialen Uterus“ (Adolf Portmann), dessen Klima zunächst von den Eltern zu einem wesentlichen Teil mitgestaltet wird. Der Mensch, der heranreift, ist aber immer auch der jeweiligen sozialen Großwetterlage ausgesetzt, die in Geborgenheit oder anhaltender Herausforderung besteht. Kann es sein, dass diese „Wetterfähigkeit“ nicht nur unsere Sinne involviert, sondern uns buchstäblich „zu Leibe rückt“? Wenn das eben erblickte Licht der Welt mit einem sozialen Frösteln verbunden ist: Hat dies einen Einfluss auf das spätere Leben? Es scheint, als leide das Wohlergehen (im weitesten Sinn) eher und mehr, wenn der Mensch einer gelebten Gemeinschaft entzogen ist, so wie der Fisch, dem das Wasser knapp wird. Auch bestätigen uns die Biosoziologen, dass dann die Krankheitsanfälligkeit steigt und – damit das „Gesundheitsniveau“ einer ganzen Population sinken kann. Warum nur wird nach wie vor die klassische Vater-Mutter-Kind-Familie gegenüber instabilen Partnerschaften oder einer Patchwork-Familie als Ideal empfunden?

Dieses endemische Unbehagen erscheint berechtigt, wenn statistisch belegbar wird, dass für die im Familienverband Lebenden nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Gesundheit und sogar Lebensdauer höher ist als bei den „Unverbundenen“.

Dieses Heft ist der Interaktion von Familie und Krankheit gewidmet, wobei wir Beiträge von namhaften Experten versammeln konnten, die jeweils aus ihrer fachlichen Sicht und dennoch in erstaunlicher Einmütigkeit die sogenannte „funktionierende“ Familie als gesundheitlichen Vorteil ansehen.

Es scheint mittlerweile schwerer geworden zu sein, die „Familie“ zu definieren.

Für die Kinderpsychologin Brigitte Rollett ist Familie ein weitgehend subjektiv geprägter Begriff, der auf einer selbst empfundenen Zugehörigkeit zu einem (teils schicksalhaften, teils frei gewählten) Personenkreis beruht. In diesem Mikrokosmos sind – genau wie in der großen Welt – die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung, die Kultur der Kommunikation und deren Training (!) für jegliches Stressmanagement von größter Bedeutung. Eine Herausforderung spezieller Art ist die behutsame Einbeziehung der Kinder bei der Konfrontation mit Pflegebedürftigkeit und Tod eines Familienmitglieds.

Der Psychosomatiker Peter Gathmann sieht in der Familie eine Gruppe von Personen mit gemeinsamer Geschichte, der sie nicht entkommen. Für ihn beginnt die familiäre Einbettung der Nachkommenschaft längst schon vor der Geburt, zumal die Erzeuger an ihrer je eigenen Geschichte zu tragen haben. Wenn Patienten beim Arzt vorsprechen, bringen sie diese mit, sodass ein radikal-maschinelles Heilungsparadigma zu kurz greift. Daher sein Appell an die Kollegen: Verschließt euch nicht den geschichtlichen (biographischen) Interaktionen eurer Patienten!

Der Kinderpsychiater Leonhard Thun-Hohenstein stellt uns einen neuen Namen für einen alten Begriff vor: die Resilienz. „Vulnerable but invincible“ heißt hier die Parole, die ein Phänomen der Bewältigung von ungünstigsten Lebenssituationen bezeichnet, etwa wie in der Boxersprache das „Auspendeln“ von Schlägen. Eine solche Fähigkeit fasziniert zuweilen die Biographen von berühmten Aufsteigern und vom Schicksal gebeutelten, letztlich aber erfolgreichen Menschen. Solches ereignet sich aber wohl auch, ganz unspektakulär, in unserer alltäglichen Nachbarschaft. Und wieder ist es die Familie, die dieses „Verkräften“ schwächen, aber eben auch begünstigen kann.

Markus Schwarz, Präsident der Gesellschaft für Familienorientierung, beleuchtet gemeinsam mit dem Kinderarzt Ludwig-Christoph Dóczy das vielfach unterschätzte Problem der Gewalt in der Familie und geht dabei auf die besondere Rolle von Tätigen in Gesundheitsberufen zur Aufdeckung solcher Fälle ein.

Der Neurologe Gunther Ladurner nimmt sich gemeinsam mit Markus Schwarz und Tim Johansson vom Institut für Public Health, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, der statistischen Erfassbarkeit von Familien- und Sozialstrukturen an. Sie können auf deren oftmals überraschende, wenn auch mittelbare Einflüsse auf Krankheitsneigung und Lebensdauer verweisen. Schon länger bekannt sind Negativeinflüsse von Bildungsmangel und niederem Sozialniveau. Neueren Datums sind

die Untersuchungsergebnisse bezüglich der Benachteiligung von Unverheirateten bzw. Geschiedenen gegenüber jenen, die in harmonischen Beziehungen leben. Den ersteren drohen erhöhte Risiken von Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, aber auch von Unfällen und Selbstmord. Eigenartigerweise gilt dies viel mehr für unfreiwillige Singles als für Menschen, die die Ehelosigkeit aufgrund einer Berufung oder Aufgabe freiwillig gewählt haben. Erklärungsversuche der Zusammenhänge zwischen Familie und Krankheit (zitiert werden die Cohen'schen Modelle) leiten über zur Analyse von „Therapie-Ansätzen“. Diese konzentrieren sich auf die Forderung nach einer im großen Maßstab familienfreundlichen Politik, ein Stachel im Gewissen der Verantwortlichen, der aktueller ist denn je.

F. Kummer

Enrique H. Prat

Gescheiterte Gesundheitsreform – was nun?

Die scheidende österreichische Regierung ist beim Versuch einer so genannten Gesundheitsreform kläglich gescheitert. Experten, Politiker und Publizisten sind von allen Seiten für oder gegen die Reformpläne der Regierung aufgetreten. Eine Einigung wurde nicht erzielt. Nun ist der Debatte mit dem Bruch der Koalition und der Ausrufung von Neuwahlen ein vorläufiges Ende gesetzt.

Kaum durchschaubar ist allerdings bis heute, was genau hätte reformiert werden sollen. Das österreichische Gesundheitssystem liegt laut Euro Health Consumer Index 2007 der Brüsseler Agentur *Health Consumer Powerhouse* auf Platz 1 in Europa. Herr und Frau Österreicher schätzen sich glücklich und atmen auf, dass die vom Zaun gebrochene Diskussion um die Gesundheitsreform ihr vorläufiges Ende gefunden hat. Die Frage ist: Wie lange? Werden die nach dem 28. September 2008 maßgeblichen Politiker etwas dazugelernt haben, um die Finanzmisere der Kassen zu lösen? Tatsache ist, wie eine Ende Juli 2008 durchgeführte Umfrage von OEKONSULT gezeigt hat, dass 54,8 Prozent der Österreicher befürchten, dass sie in absehbarer Zukunft aus Kostengründen nicht mehr die bestmögliche medizinische Behandlung beanspruchen werden können.

Wenn Geld und die ökonomische Effizienz das oberste Ziel der Reform sind, dann sollten die kommenden Verantwortlichen das auch klar aussprechen und nicht so tun, als ob das Beste reformiert, in seiner Qualität steigen und zugleich vor allem billiger gemacht werden sollte – das wäre die Quadratur des Kreises.

Dass ökonomische Interessen im Vordergrund stehen, ist offensichtlich. Eine reine Geldbeschaffung, um das Defizit jener Selbstverwaltungseinheiten, die die Krankenkassen sein wollen, aber nicht sind, in noch höheren Summen vom Staat

decken zu lassen, kann für den Patienten nichts Gutes bringen, sogar bedrohlich sein.

Aus Sicht der politischen Ethik wird hier ein Etikettenschwindel betrieben. Es geht nach wie vor um eine Sanierung der Krankenkassen. Aber auch die Art, wie dieser Reformprozess geführt wird, ist ein wenig rühmliches Beispiel politischer Moral, in der einfach das Gesetz des Stärkeren durchgesetzt wird.

Die Gretchenfrage lautet: Wer soll zahlen?

Dass die Patienten zur Kassa gebeten werden, soll tunlichst nicht zum Thema werden – das wäre politischer Selbstmord. Niemand will für gleiche Leistung mehr zahlen. Gesundheitspolitiker und -experten reden schön, dass die im System vorhandenen Einsparungspotentiale durch effizienteren Einsatz der Ressourcen ausgeschöpft werden können. Klingt sehr gut, ist aber ungläubwürdig.

Das Gesundheitssystem ist ein vom Staat stark beeinflusster Markt, in dem es Angebot und Nachfrage von Leistungen und Medikamenten gibt. Den Ärzten kommt eine besondere Stellung zu: Sie sind einerseits Teil des Marktangebots, weil sie Leistungen anbieten, d. h. Behandlungen und Beratung. Die Tätigkeit des Arztes als Leistungsanbieter wird von den Krankenkassen kontrolliert und geregelt. Die Ärzte sind aber andererseits auch Teil der Nachfrage, denn im Arzneimittelmarkt, einem Teilmarkt des Gesundheitswesens, werden die Konsumentenentscheidungen bei Medikamenten vor allem von der Ärzteschaft getroffen. Alle rezeptpflichtigen und die meisten freiverkäuflichen Arzneimittel werden zuerst vom Arzt verordnet und dann vom Patienten direkt oder über das Krankenhaus gekauft. Deshalb ist der behandelnde Arzt – und nicht der Produktverbraucher, wie es in den meisten anderen Märkten der Fall ist – das Ansprechsubjekt der Firmen und der Adressat der

Informations- und Werbestrategien – vor allem bei der Markteinführung von Arzneimitteln.

De facto ist das Vis-à-Vis des Arztes immer weniger der Patient, sondern immer mehr der Staat und die Pharmaindustrie. Gegenüber diesen zwei Marktriesen – Staat und Pharmaindustrie – ist die Unabhängigkeit der Ärzte fast eine Illusion oder zumindest stark bedroht. Wer dabei der Verlierer ist, ist klar: der Patient.

Ein unverzichtbares, ohnehin schon bedrohtes Fundament der Effizienz im Gesundheitswesen wird weiter angegriffen: das Arzt-Patient-Vertrauen. Die Apparatedizin hat dieses Fundament bereits teilweise ausgehöhlt, weil sie Tendenzen enthält, sowohl den Patienten als auch den Arzt zu anonymisieren. Die anstehende Finanzierungsreform sollte sehr darauf achten, dieser Tendenz entgegenzuwirken, statt sie zu verstärken.

Offensichtlich soll die Reform (Geldbeschaffung) auf dem Rücken der Ärzte und der Pharmaindustrie ausgetragen werden. Dass die Pharmaindustrie zur Kassa gebeten wird, stört Herrn und Frau Österreicher wenig. Die Pharmaindustrie macht nach wie vor höhere Gewinne als jede andere Industriebranche. Und machen wir uns nichts vor: Die nationalen Gesetze kommen kaum gegen die global agierende Pharmaindustrie an. Sie wird schon einen Weg finden, um ihre gewohnt hohen Erträge trotz Reform beizubehalten.

Natürlich gibt es auch Einsparungspotentiale bei der Tätigkeit der Ärzte. Doch sollte man sehr genau die Einführung von neuen Kontrollen und verwaltungsaufwändigen Maßnahmen prüfen, denn sie nagen an der Unabhängigkeit der Ärzte. Damit zu spielen, ist gefährlich. Aus politisch-ethischer Sicht ist der Ball bei den Kassen, d. h. bei den Sozialpartnern. Sie, die Selbstverwalter, sind es, die sich um mehr Transparenz bemühen und bei sich selbst zu sparen beginnen müssen.

Die neue Regierung wird sich bald nach dem 28. September mit dieser Frage beschäftigen müssen. Sie täte gut daran, aus den Erfahrungen des letzten, gescheiterten Versuches zu lernen.

Erstens: Wenn es um die Sanierung der Kassen geht, soll man nicht von einer Gesundheitsreform, sondern nur von Kassenfinanzierungsreform sprechen. Zweitens: Sie soll nicht die schwächeren Verhandlungspartner (Ärzte und Patienten) in die Knie zwingen. Dies würde die Unabhängigkeit der Ärzte und das Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis untergraben. Drittens: Die Ärzteschaft weiß selbst am besten, wo sie zur Einsparung beitragen kann, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden. Man sollte die Vorschläge der Ärzteschaft ernst nehmen und darüber eine breite Diskussion unter Einbeziehung von unabhängigen Experten führen. Viertens: Die Machthaber sollen die Dingen richtig benennen, d. h. den Mut haben, auch die Bevölkerung darüber aufzuklären, dass man die Kassen nicht sanieren kann, ohne höhere Beiträge einzufordern, wie auch immer sie gestaffelt werden. Laut eingangs erwähnter Umfrage von OEKONSULT erwarten 63 Prozent der Österreicher eine solche Erhöhung. Die Menschen spüren ziemlich genau, was auf sie zukommt.

Prof. Dr. Enrique H. Prat, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

Susanne Kummer

Der Europarat will ein „Recht auf Abtreibung“ verankern

Fatale Konsequenzen für das Menschenrecht auf Leben und für Frauen

Im deutschsprachigen Raum besteht die Fristenlösung seit mehr als 30 Jahren und hat normativen Charakter gewonnen. Einerseits betrachtet die Mehrheit der Bevölkerung zwar immer noch die Abtreibung als Lösung zweiter Wahl bzw. als „Notlösung“. Andererseits zeigen die Zahlen, dass sich der Schwangerschaftsabbruch in allen Gesellschaftsschichten als gängige Praxis durchgesetzt hat. In Österreich werden schätzungsweise 40.000 bis 80.000 Kinder pro Jahr abgetrieben (bei 75.800 Lebendgeburten), in Deutschland sind es laut offizieller Statistik 120.000 pro Jahr. Seit den 70er Jahren hat es hier insgesamt mehr als fünf Millionen Abtreibungen gegeben.

Die sozialen Wunden wurden dabei in der Öffentlichkeit oft verdrängt (Post-Abortion-Syndrom, Druck auf ein „perfektes Kind“, demografische Krise, usw.), doch sie bleiben virulent. Das zeigt der eindrucksvolle Fall des behinderten Kindes Emil, der noch als Ungeborener im Juli 2008 die Republik Österreich wegen der Verletzung seiner Ehre klagte. Das Kind habe einen Schaden, sei aber kein Schaden, argumentieren seine Eltern, die sich trotz Diagnose für ihr Kind entschieden haben. Das ist heutzutage (leider) alles andere als selbstverständlich. In Großbritannien gelten Klumpfüße als Abtreibungsindikation - und das, obwohl die Deformation relativ leicht operativ behoben werden kann. Und in Dänemark hat die Einführung des nicht invasiven Screenings auf eine Trisomie 21 im Herbst 2004 die Zahl der Kinder, die mit Down-Syndrom geboren werden, fast halbiert, wie eine Studie zeigte - ein Beleg für den Zusammenhang zwischen Pränataldiagnose und dem numerischen Anstieg von Abtreibungen von Behinderten.

Abtreibung ist nicht nur eine persönliche Entscheidung. Sie hängt auch von der Entscheidung

unserer Gesellschaft ab, wie sie Frauen, ihre Partner und Familien, die vor schwierigen Entscheidungen stehen, unterstützt. Für diese Probleme wächst leise eine Sensibilität. Auf europapolitischer Ebene scheint sich das Rad der Zeit hingegen zurückzudrehen.

Anstatt die Probleme rund um das Thema Schwangerschaftsabbruch endlich zu enttabuisieren, griff die Parlamentarische Versammlung des Europarates am 16. April 2008 in die ideologische Mottenkiste und sprach sich für ein Recht von Frauen auf Abtreibung aus. Die österreichische SP-Abgeordnete Gisela Wurm hatte den Antrag eingereicht. Der Druck auf die 47 Mitgliedsstaaten des Europarates steigt damit: Mit einem Entwurf zum „Zugang zu sicherer und legaler Abtreibung in Europa“ plädierte die Tirolerin Wurm dafür, Frauen ein „Recht auf Abtreibung“ zu garantieren und den Schwangerschaftsabbruch in den Gesetzgebungen ihrer Länder zu entkriminalisieren. Sprich: In jenen Ländern wie beispielsweise Österreich, wo Abtreibung im Strafgesetzbuch verboten und nur unter bestimmten Bedingungen straffrei gesetzt ist, soll dieser nun legalisiert werden. Soll aus dem (geduldeten) Unrecht ab nun ein Recht werden? Trotz scharfer Kritik wurde das Dokument in Strassburg mit 102 gegen 69 Stimmen bei 14 Enthaltungen als Resolution Nr. 11537 (2008) angenommen.

Anlass genug, sich die gesetzlichen Grundlagen zur Abtreibung in Österreich in Erinnerung zu rufen und zu fragen, welche Auswirkungen eine Legalisierung hätte. Im § 96 des Strafgesetzbuches wird der Schwangerschaftsabbruch ausdrücklich verboten. Bei Widerhandeln sind entsprechende Freiheitsstrafen festgelegt. § 97 regelt Ausnahmesituationen, unter denen eine Abtreibung straffrei bleibt:

- Fristenlösung (innerhalb von 12 Wochen, nach vorangehender Beratung)
- Medizinische Indikation (bei ernster Gefahr für das Leben oder schwerem Schaden für die Gesundheit der Mutter)
- Eugenische Indikation (zu erwartende schwere geistige oder körperliche Schäden des Kindes)

Für die letzten beiden Punkte besteht keine zeitliche Befristung. Das Kind kann praktisch bis zur Geburt abgetrieben werden. In jedem Fall darf der Schwangerschaftsabbruch nur durch einen Arzt (ius practicandi, Ausbildungsassistent bzw. Facharzt für Gynäkologie oder Chirurgie) durchgeführt werden.

Doch auch ein anderer Punkt wird im Strafgesetzbuch klar formuliert: dass nämlich weder Ärzte noch andere im medizinischen Bereich Tätige zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch gezwungen werden dürfen. Aus der Verweigerung an einer Mitwirkung dürfe ihnen keinerlei Nachteil erwachsen. Somit sieht der Gesetzgeber das ungeborene Kind als grundsätzlich schützenswert an – eine Tatsache, der gerade in öffentlichen Spitälern Rechnung getragen werden muss.

Was aber, wenn nun die Abtreibung legalisiert und in einen Rechtsanspruch umgedeutet wird?

- Ein Recht auf Abtreibung schließt die Pflicht anderer ein, diese durchzuführen. Aus dem geduldeten Unrecht wird eine einklagbare Dienstleistung.
- Flankierende Maßnahmen wurden angekündigt, Versprechen, die bei Einführung der Fristenlösung getätigt wurden, um die erschreckend hohen Abtreibungszahlen zu verringern, wurden aber bis heute nicht eingelöst. Eine Legalisierung würde nun endgültig dazu führen, dass diese Forderungen in der Schublade landen: Bis heute gibt es keine Trennung von beratendem und abtreibendem Arzt; es gibt keine Bedenkzeit vor einer Abtreibung und weder gesicherte Zahlen, noch eine Motivationserhebung. Aber es wird ein gutes Geschäft gemacht.

- Wo die Entscheidung zur Abtreibung als „Vorrecht“ der Frau angesehen wird, leistet man Vorschub, dass es sich Männer bequem machen können: Sie müssen keine Verantwortung übernehmen.

- Wenn das ungeborene Kind als Sache angesehen wird, auf die es ein Recht gibt, es zu haben oder sich seiner zu entledigen, wachsen Anspruchsgedanken wie Recht auf ein gesundes Kind, Recht auf Abtreibung eines behinderten Kindes etc.

- Derzeit wird Abtreibung auf EU-Ebene unter dem Schlagwort „reproduktive Gesundheit“ verkauft. Das Gegenteil ist jedoch der Fall: Frauen, die eine Abtreibung vornehmen lassen wollen, sollten auch klar über mögliche Nebenwirkungen ihre mentale Gesundheit betreffend, etwa über Risiken wie Depression und Suchtgefahr, aufgeklärt werden, erklärte im März 2008 das britische Royal College of Psychiatrists in einer offiziellen Erklärung. Die Tatsache, dass eine Abtreibung nicht einfach ein medizinischer Eingriff ist, sondern eine Todeserfahrung beinhaltet und bei den Frauen psychische und psychosomatische Folgen hinterlässt, ist bis heute ein gesellschaftliches Tabu, obwohl Studien auf diese Risiken hingewiesen haben¹. Fast jede zweite Frau erkrankt nach einer Abtreibung psychisch. Ein „Recht auf Abtreibung“, das den Abort als einen Teil von Gesundheit verkauft, verschleiert all diese Probleme – und lässt Frauen nach Aborten alleine.

Ein freiwilliger Schwangerschaftsabbruch beinhaltet die Entscheidung, das Leben des ungeborenen Kindes zu vernichten, „dessen Wert grundsätzlich dem der Mutter gleich ist“, betonte der langjährige Präsident der Päpstlichen Akademie für das Leben, Bischof Elio Sgreccia im „L'Osservatore Romano“ (27.4.2008). Mit der Forderung nach risikofreien und legalen Schwangerschaftsabbrüchen sei erstmals in einem offiziellen Dokument des Europarats von einem „Recht“ auf Abtreibungen die Rede, bemerkte Sgreccia. Es sei erstaunlich, dass

der Text ausschließlich mit der Gesundheit der Frau und Sozialkosten argumentiere, ohne auf die Würde des ungeborenen Menschen einzugehen. Angesichts dessen Lebensrechts könne es keine angemessene Frist für Abtreibung geben. Widersprüchlich ist außerdem, dass das Dokument allen Menschen das Recht auf körperliche Unversehrtheit und ein Verfügungsrecht über den eigenen Körper zubillige, davon aber die Ungeborenen ausnehme. Ein Embryo dürfe nicht auf einen Teil der Schwangeren reduziert werden.

Die Taktik ist alt und leider funktioniert sie immer noch: Begriffe werden einfach synonym verwendet, die grundlegenden Differenzen verschleiert. So soll nun aus einer nur unter bestimmten Bedingungen geduldeten, als straffrei gestellten Tat eine legale werden und damit in der Folge auch ein Anspruch entstehen. Was erlaubt ist, kann schließlich auch als Recht eingeklagt werden.

Gesetze haben sehr wohl einen Einfluss auf das Rechtsempfinden der Bevölkerung. Leider ist die Fristenlösung ohnehin schon ein Beispiel dafür, wie sehr das Unrechtsbewusstsein in Bezug auf das Menschenrecht des Ungeborenen, nämlich sein Recht auf Leben, unterhöhlt wurde. Dass Gesetze nun einer Praxis angepasst werden sollen, die das Grundrecht auf Leben mit Füßen tritt, widerspricht jeder Vernunft.

Erfreulich ist zu beobachten, dass das Thema Abtreibung in jüngster Zeit in Medien² und Kinofilmen³ auf unkonventionelle Weise thematisiert wird – Filme, die übrigens zu „Longsellern“ geworden sind. Offensichtlich ist das Kinopublikum bereit, sich mit ernstern Themen ohne gängige Klischees auseinander zu setzen. Dies kann als Zeichen gewertet werden, dass in der Gesellschaft eine neue Sensibilität für eine Kultur des Lebens entsteht. Es ist ein Gebot der Stunde, diese kulturellen Ansätze zu fördern und damit eine Trendwende hin zur Bejahung von Kindern sowie zur Unterstützung von Familien und Frauen in Not herbeizuführen. Für das Wohl der ganzen Menschheit muss dafür gearbeitet werden, ein neues Verständnis und Leitbild für Beziehungen,

Verantwortung und gemeinsame Unterstützung zu schaffen – und damit statt eines Rechts auf Abtreibung ein Recht auf Leben zu ermöglichen.

Referenzen

- 1 vgl. Pedersen W., *Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women*, in: *Scand J Public Health* (2008); 36(4): 424-428
Fergusson D. M. et al., *Abortion in Young Women and Subsequent Mental Health*, *J Child Psychol Psychiatry* (2006); 47: 1, 16-24:
- 2 So z. B. Hollstein M., *Stell dir vor, du treibst ab – und keiner fragt warum*, *Die Welt*, 20. 01. 2008, http://www.welt.de/politik/article1572882/Stell_dir_vor_du_treibst_ab_und_keiner_fragt_warum.html
- 3 Im Kinohit „Juno“ (USA 2007) geht es um eine Teenagerschwangerschaft, bei der sich die 16-jährige Schülerin namens Juno statt abzutreiben für eine Adoption entscheidet. Ebenso der Kinofilm „Bella“ (USA 2006), der beim Filmfestival in Toronto 2006 den Publikumspreis („People’s Choice Award“) erhielt. Der Film handelt von den Geschichten einer jungen schwangeren Frau, die ihre Arbeit verliert, und eines Mannes, der Schwierigkeiten hat, sich nach einem tragischen Unfall in der Vergangenheit wieder zu fassen. Auch hier geht es um die zentrale Frage nach Abtreibung und der Annahme eines ungewollten Kindes.

Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

Markus Schwarz, Tim Johansson, Gunther Ladurner

Familie als Determinante der Gesundheit

Zusammenfassung

Das Konzept von Determinanten der Gesundheit wurde vor mehreren Jahren entwickelt, um Gesundheitspolitik nicht nur im Sinn der Gesundheitsversorgung, sondern auch in einem größeren Politikrahmen zu verankern. Der Einfluss von Familie als positiver als auch negativer Determinante von Gesundheit ist lange belegt und in unterschiedlichen Kulturen und nach unterschiedlichen Messgrößen darstellbar. Die Vermittlung dieses Einflusses basiert sowohl über positive direkte Faktoren (main effect model) als auch indirekt über die Abfederung von Stresssituationen durch familiäre Beziehungen (stress buffering model). Ebenso wirkt Familie oft auch als negative Determinante für Gesundheit (social strain model), wenn familiäre Beziehungen zu Bruch gehen, Angehörige gepflegt oder entbehrt werden müssen. Generell zählt die Anzahl und auch die Güte der engen familiären Beziehungen zu den Determinanten für die Gesundheit eines Individuums. Die entsprechende Unterstützung durch das politische System muss daher als eine notwendige Maßnahme auch der langfristigen Gesundheitspolitik gelten.

Schlüsselwörter: Familie und Ehe als Determinanten der Gesundheit, Sozioökonomie, soziale Beziehungen

Abstract

The concept of determinants of health was developed several years ago to understand health policies not only in the sense of health care provision, but to anchor it in a broader understanding of the political frame. Especially the positive influence of family as a positive determinant of health is proven for a long time across different cultures and according to different measures. The causal pathway for this influence goes both through direct positive effects (main effect model) as well as indirect effects through the buffering of stressful situations by family relations (stress-buffering model). But in addition family works as a negative determinant of health (social strain model) through e. g. broken relationships. In general both the number and more importantly the quality of those relations function as essential determinants of health. The proper support of high quality family relations by the political system must therefore be seen as a necessary policy measure of a long term health policy.

Keywords: Family and marital status as determinants of health, socioeconomy, intimate social relations

Dr. Markus Schwarz, Mag. Tim Johansson, MPH,
Univ.-Prof. Dr. Gunther Ladurner
Institut für Public Health der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität
Ignaz Harrer Straße 79, A-5020 Salzburg

Was sind Determinanten der Gesundheit?

Gesundheitsdeterminanten sind Einflussfaktoren, die auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken. Dahlgren & Whitehead haben die wichtigsten Einflussfaktoren der physischen und sozialen Umwelt dargestellt (Abb. 1).¹ Diese Faktoren sind ein wichtiger Ansatz für die Gesundheitsförderung, die in den letzten Jahrzehnten die ursprünglichen Ansätze von Gesundheitserziehung zu ergänzen bzw. zu ersetzen versuchten. Insbesondere in der Frage der Gesundheitspolitik nehmen die Gesundheitsdeterminanten einen immer wichtigeren Stellenwert ein, da darin die Abhängigkeit verschiedener Politikbereiche deutlich wird und Gesundheitspolitik immer besser als Querschnittsmaterie verschiedener Politikfelder verstanden werden kann.

Eine der wichtigsten Determinanten für Gesundheit stellt das Feld des sozialen Gefälles (social gradient) dar. Wilkinson und Marmot haben diese „sozialen Determinanten der Gesundheit“, die sowohl materielle als auch psychosoziale Ursachen tragen, für den Europa Chapter der WHO umfassend beschrieben. Auch in den reichen westeuropäischen Volkswirtschaften tragen diese Determinanten zu

markanten Unterschieden im Gesundheitsstatus gemessen an der Lebenserwartung bestimmter Bevölkerungsgruppen bei. Zu den wichtigsten sozialen Determinanten zählen geringes verfügbares Einkommen, Stress, Mängel in der frühen Kindheit, soziale Ausgrenzung, Arbeitsbedingungen bzw. Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützungen, Verfügbarkeit von Suchtmitteln bzw. entsprechenden Lebensmitteln sowie Verkehrsbedingungen.

Für das uns vorliegende Thema sind vor allem die Determinanten der sozialen Unterstützung, aber auch der sozialen Ausgrenzung und gewisse Umstände in der frühen Kindheit zu betrachten. Der hohe Grad der sozialen Integration weist in vielen Studien eine klare Korrelation mit einer verringerten Mortalität auf und erweist sich als starker Schutzfaktor für Gesundheit als auch für Krankheitsbewältigung bzw. Rehabilitationserfolg. Unterstützende Beziehungen können zu gesünderen Verhaltensweisen ermutigen, während soziale Isolation vermehrt zu Depressionen und chronischen Erkrankungen führen. Sozialer Zusammenhalt definiert sich dabei jedoch immer über die „Qualität der sozialen Beziehungen und das Vorhandensein von Vertrauen und

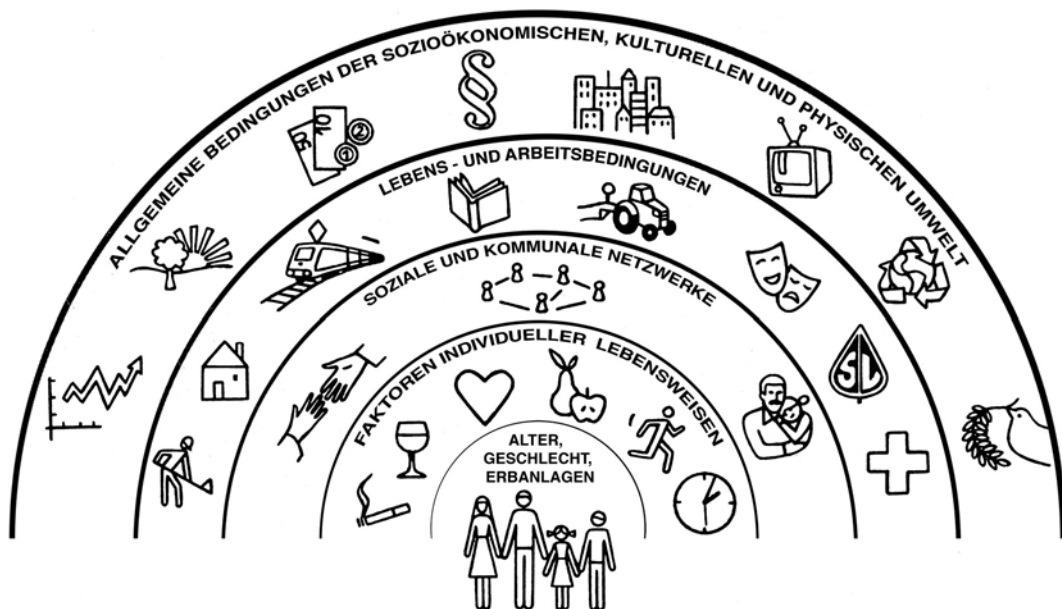


Abb. 1: Gesundheits-Determinanten²

gegenseitigen Verpflichtungen und Respekt in der Gemeinschaft oder in der Gesellschaft“.³

Wie sich in diesem Zusammenhang das soziale Gefüge der Familie darstellt, wollen wir in diesem Artikel untersuchen und darstellen.

Familie als Determinante der Gesundheit

Als eine der wichtigen sozialen Determinanten von Gesundheit hat sich das soziale Netzwerk der Familie etabliert. Über verschiedenste kulturelle Umstände hinweg und anhand von unterschiedlichsten Krankheitsbildern wurde die Zugehörigkeit zu bzw. das Zusammenleben in einer Familie als Schutzfaktor für Gesundheit beschrieben.⁴

Im Rahmen jeder Beschäftigung mit dem Thema Familie ist die Definition dieser sozialen Einheit wichtig und zugleich schwierig, da die Vergleichbarkeit der Daten u. U. unmöglich wird. In den meisten Studien wird Familie als verheiratetes Ehepaar mit Kindern definiert, wobei entweder die Eltern in ihrer Rolle als Ehepartner oder die Kinder in ihrer Rolle als Familienmitglieder betrachtet werden.

In Österreich sind wie in allen westlichen Gesellschaften seit den letzten Jahrzehnten Veränderungen bei den Familientypen zu verzeichnen. Seit den 1970er-Jahren ist ein dauernder Rückgang der Zahl an Ehepaaren mit Kindern und eine steigende Zahl von Lebensgemeinschaften sowie AlleinerzieherInnen zu beobachten. Es werden weniger Kinder geboren, und die Mütter sind bei der Geburt des ersten Kindes älter.⁵

Global haben Erwachsene, die in einer Familie respektive einer Ehe leben, die höchste Lebenserwartung (siehe Tab. 1), gefolgt von niemals verheirateten Menschen sowie verwitweten. Die geringste Lebenserwartung besitzen nach diesen Angaben Geschiedene oder getrennt lebende Menschen.

Kinder zeigen ebenfalls die niedrigste Mortalität innerhalb einer funktionierenden Familie mit zwei Eltern, Kinder allein erziehender Eltern haben ein 50% höheres Mortalitätsrisiko. Kinder in größeren Familien zeigten ebenfalls ein erhöhtes Mortalitätsrisiko.⁷

Relatives Mortalitätsrisiko	
Verheiratet	1,00
Verwitwet/allein lebend	1,11 (1,08 – 1,14)
Geschieden/getrennt	1,16 (1,09 – 1,23)
Unverheiratet/allein lebend	1,11 (1,07 – 1,15)

Tab. 1: Relatives Mortalitätsrisiko (mit Standardabweichung für 95% CI) von verheirateten Menschen im Vergleich zu unverheirateten Menschen auf Basis einer Meta-Analyse von über 250.000 Individuen über 65-Jähriger.⁶

Der Einfluss von Familie auf Gesundheit lässt sich differenzierter in drei Bereichen darstellen: zunächst in der frühen Kindheit, die die Gesundheit im Erwachsenenalter beeinflusst. Sodann in der sozialen Unterstützung, die Familie bieten kann, jedoch danach auch im sozialen Stress, den Familie verursachen kann – sowohl durch das Nicht-Funktionieren der unterstützenden Aspekte der Familie in Konflikt- oder Streitfällen, als auch durch die Belastungen, die durch familiäre Aufgaben entstehen.

... in der frühen Kindheit

Die Grundlagen der Gesundheit beim Erwachsenen werden in der frühen Kindheit und vor der Geburt festgelegt.⁸ Die Gesundheit im Kindesalter bestimmt den Gesundheitszustand während des gesamten Lebens und wird bis in die nächsten Generationen weiter getragen.⁹ Die Entwicklung im frühen Alter beeinflusst die physischen, sozialen und kognitiven Domänen wie Emotionen und Sprache, die wichtige Voraussetzungen für das Lernen, die soziale Gemeinschaft und die Gesundheit sind.¹⁰

Die sozioökonomischen Ressourcen in der Familie, vor allem die Ausbildungsleistung der Eltern, können die Gesundheit der Kinder beeinflussen. Ein niedriges Familieneinkommen hat einen negativen Einfluss auf die kognitive Entwicklung und schränkt die Chancen auf eine höhere Ausbildung und damit auch die Chance, sich selbst versorgen zu können, ein.

Ausbildung ist auch eine wichtige Determinan-

te für gutes Einkommen. Gut ausgebildete Eltern haben jedoch oft höhere Erwartungen an die Leistungen ihrer Kinder, was sich wiederum negativ auf die Entwicklung auswirken kann.¹¹

Eltern mit weniger individuellen Ressourcen können die Gesundheit des Kindes schon vor der Geburt erheblich beeinflussen. Ein ungesunder Lebensstil der Eltern wie z. B. schlechte Ernährung, Tabak und starker Alkoholkonsum etc. erhöhen das Risiko für Infektionen beim Kind und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter.¹² Zählt man im Kindesalter zu einer sozioökonomisch benachteiligten Gruppe, erhöht dies im Erwachsenenalter die Wahrscheinlichkeit eines höheren Blutdrucks. Besonders Faktoren vor der Geburt und im Säuglingsalter wie Geburtsgewicht und Stillen determinieren den Blutdruck im Erwachsenenalter. Ein hoher Blutdruck führt als entsprechend großer Risikofaktor zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen.¹³

Ökonomische Probleme im Kindesalter können auch eine starke Auswirkung auf die physische und mentale Gesundheit im Erwachsenenalter haben. Eine schwedische Studie belegt, dass Kinder, die in einer Familie mit niedrigem Einkommen aufwachsen und zusätzlich soziale Unterstützung vom Staat bekommen, ein größeres Risiko früherer Mortalität besitzen als Kinder, die in Familien ohne ökonomische Probleme aufwachsen. Kinder in benachteiligten Familien haben eine höhere Suizid- und Suchtrate und weisen weiters eine begrenzte soziale Entwicklung und Ausbildung auf.¹⁴

Modin zeigt in einer Longitudinalstudie an über 14.000 Kindern aus dem frühen 20. Jahrhundert aus Schweden, dass sogar die Geburtsrangfolge entscheidende Einflüsse auf die Gesundheit haben können, indem Kinder, die später in der Geschwisterrangfolge geboren wurden, eine geringere Lebenserwartung zeigen.¹⁵ Ein Teil der Erklärung steckt darin, dass Kinder der späteren Rangfolge oft früh einem Unfalltod (z. B. Ertrinken) erliegen. Aber es wurden auch weitere Faktoren aufgezeigt wie schlechtere Schulbildung und höhere Anfälligkeit für chronische Erkrankungen, die auf eine

gesundheitliche Benachteiligung dieser Kinder schließen lassen.

Soziale Determinanten: Bildung

Es ist anerkannt, dass Personen mit guter Ausbildung eine höhere Lebenserwartung haben als Personen mit schlechter Ausbildung. Sozial benachteiligte Gruppen sind häufiger krank und sterben früher als Menschen, die in gehobenen sozialen Positionen leben.¹⁶ Das erhaltene Gesundheitswissen von der Schule kann zu einem besseren Gesundheitsverhalten führen. Bewusstsein und Wissen über die Gesundheit ist notwendig, um die eigene Lebenssituation verändern zu können (Empowerment).¹⁷

Soziale Interaktion mit gut ausgebildeten Freunden, Arbeitskollegen und Nachbarn etc. scheint eine positive Auswirkung auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten zu haben. Der Grad der Ausbildung von Familienmitgliedern und der Gemeinde beeinflusst die Mortalität des Individuums.

Forschungen belegen, dass individuelle Ausbildung und sozioökonomische Ressourcen große Bedeutung für die Gesundheit und Mortalität haben. Jedoch wurde außer Acht gelassen, welche Bedeutung die Ausbildung und die sozioökonomischen Ressourcen von anderen Familienmitgliedern für die Gesundheit haben. Eine norwegische Studie hat gezeigt, dass die Ausbildungsleistung (und sozioökonomischen Ressourcen) von Familienmitgliedern eine Auswirkung auf die Mortalität hat. Allerdings ist die individuelle Ausbildungsleistung für die Gesundheit immer noch wichtiger als die Ausbildungsleistung der Lebenspartner/Geschwister.¹⁸

... in sozialen Beziehungen

Soziale Unterstützung sowie Freundschaften, gute zwischenmenschliche Beziehungen und ein starkes stützendes soziales Netz sind gute Voraussetzungen, um eine umfassende Gesundheit zu entwickeln.¹⁹

Ein viel zitiertes Beispiel für den besseren Zusammenhalt unter Familien und dessen Aus-

wirkung auf Gesundheit wird von der Latino-Bevölkerung in den Vereinigten Staaten wiederholt berichtet. Latinos besitzen im Vergleich zu ökonomisch gleichgestellten Bevölkerungsschichten anderer Rassen eine höhere Lebenserwartung, die sich auf diesen Umstand zurückführen lässt.²⁰

Dabei unterscheidet man allerdings zwei Faktoren: einerseits die soziale Integration oder die funktionelle Unterstützung, die jemand erfährt, und andererseits die strukturelle Unterstützung, zu der in erster Linie die Familie zählt.

An der zitierten ethnischen Gruppe der US-amerikanischen Latinos wurde gezeigt, dass physische Gesundheit primär durch die strukturelle Unterstützung auf individueller Ebene vermittelt wird, während mentale Gesundheit eine Funktion der sozialen Integration bzw. funktionellen Unterstützung (emotionale Zuwendung, etc.) im Familienverband ist.²¹

Soziale Unterstützung bei Alter und Krankheit

Studien haben festgestellt, dass soziale Unterstützung eine wichtige Rolle für die psychologische und physische Wiederanpassung der Patienten spielt.²²

Beim Herz-Kreislauf erkrankten Patienten ist die Familienunterstützung eine wichtige Gesundheitsdeterminante. Die Qualität der Beziehung hat eine prognostische Signifikanz auf die Morbidität und Mortalität bei herzerkrankten Patienten.²³ Soziale Isolation und der Mangel an sozialer Unterstützung sind Risikofaktoren für Herz-Kreislauf Erkrankungen und auch ein negativer Prognosefaktor für Patienten mit festgestellter Herz-Kreislauf Erkrankung.²⁴ Bypassoperierte Patienten, die vor der Operation alleine leben, leiden nach der Operation öfter an depressiven Symptomen, Beklemmungen und Hoffnungslosigkeit als Personen, die mit jemandem zusammenleben. In Gruppen mit wenig familiärer Unterstützung berichten Frauen im Vergleich zu Männern von einer schlechteren subjektiven Gesundheit. Eine ausgeprägte Familienunterstützung bei bypassoperierten Patienten scheint

wichtig, um sich gesundheitlich zu erholen, da familiäre Unterstützung mit psychologischem Wohlbefinden verbunden ist.²⁵ Analoge Beobachtungen gibt es auch für den Schlaganfall.

Auch pflegende Angehörige sind eine wichtige Unterstützung, vor allem für Krebspatienten in der palliativen Phase, wenn sie zu Hause sind. Sie können den Patienten mit praktischer und emotionaler Hilfe unterstützen. Nicht zuletzt gilt gute soziale Vernetzung auch als wesentlicher Präventionsfaktor für das Auftreten einer Demenz bzw. von Morbus Alzheimer.

Ehe als besondere Form der sozialen Beziehung

Verheiratete Paare haben eine niedrigere Mortalität im Vergleich zu nicht verheirateten Paaren.²⁶ In einer Meta-Studie, die über 280.000 Probanden inkludierte, konnte Johnson nachweisen, dass sowohl die Gesamtmortalität, als auch die Morbidität für kardiovaskuläre Erkrankungen, onkologische Erkrankungen und andere Erkrankungen bei verheirateten Partnern am niedrigsten lag.²⁷

Personen in Beziehungen haben eine bessere Gesundheit und ein höheres Wohlbefinden aufgrund von Kohabitation, ökonomischer Stabilität und sozialem Zusammenhalt. In Beziehungen kann die Motivation für Verhaltensänderungen größer sein, was zu gemeinsamen Bemühungen führen kann. Eheliche Beziehungen haben auch ein besseres Vermögen, Stress abzubauen.²⁸ In ehelichen Beziehungen findet oft ein Wissensaustausch über Gesundheitsförderung, Krankheiten und Behandlungen statt, was großen Einfluss auf den Partner haben kann. Wenn beide Partner in einer Ehe gut ausgebildet sind, ist die Lebenserwartung im Vergleich zu anderen Ehen, wo nur einer der Partner gut ausgebildet ist, noch höher.²⁹

Die Mortalitätsunterschiede sind jedoch unterschiedlich je nach Diagnose. Tab. 2 zeigt die Odds Ratios für alleinstehende Menschen vs. Verheiratete, an bestimmten Erkrankungen zu sterben.³⁰ Die einzige Diagnosegruppe, die ein erhöhtes Risiko für verheiratete Frauen aufweist, ist der Brustkrebs.

Onkologische Erkrankungen	1,19
Kardiovaskuläre Erkrankungen	1,54
Schlaganfall	1,63
Atemwegserkrankungen	1,96
Verkehrsunfälle	1,85
Andere Unfälle	2,24
Selbstmord	2,17

Tab. 2: Odds Ratio unverheiratet vs. verheiratet

Grundsätzlich sind nicht alle ehelichen Beziehungen mit besserer Gesundheit verbunden, da vor allem die Qualität der Beziehung eine wichtige Rolle spielt. Eheliche Beziehungen mit Problemen haben eine negative Auswirkung auf die Gesundheit und sind mit einer höheren Morbidität und Mortalität verbunden.³¹ Die Qualität einer Beziehung wird oft mit Zufriedenheit gemessen.³² Ähnliche Ergebnisse gibt es auch für unverheiratete Menschen mit geistlichen Berufen, wie Priester und Mitglieder klösterlicher Gemeinschaften, die ebenfalls qualitätsbezogen eine verbesserte Gesundheit gegenüber aus anderen Gründen unverheirateten Personen aufweisen.

Die soziale Ausgrenzung bzw. Isolation lässt sich auch als Determinante messen, nachdem die Lebenserwartung von niemals verheirateten Frauen höher ist als von geschiedenen oder getrennt lebenden Frauen.³³ Andere Studien zeigen auch, dass verwitwete Ehepartner immer noch eine höhere Lebenserwartung aufweisen als geschiedene Ehepartner.³⁴ Vor allem Männer zeigen kurz nach der Scheidung ein extrem erhöhtes Mortalitätsrisiko, das insbesondere als aggressives Verhalten infolge depressiver Episoden gedeutet wird.³⁵

Erst jüngst wird über die eigentlichen gesundheitsfördernden Faktoren des ehelichen Bündnisses geforscht und die erhobene Mortalität differenziert nach Kohabitation, Ehestand und Nachkommen im eigenen Haushalt erhoben. Der Stand der Forschung ist auf diesem Gebiet allerdings noch offen.³⁶ Aus allen Resultaten geht jedoch hervor, dass für Frauen die Anwesenheit eines Partners die Mor-

talität senkt, die Anwesenheit von pflegebedürftigen Kleinkindern jedoch erhöht. Bei Männern weisen die Daten darauf hin, dass jede Form der Familie zu einer Senkung der Mortalität führt.

Es gibt den Familienstand und die Gesundheit betreffend jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede. Studien zeigen, dass nicht verheiratete Frauen ein bis zu 50% höheres Mortalitätsrisiko haben als verheiratete Frauen, unverheiratete Männer hingegen einem um 250% erhöhten Mortalitätsrisiko unterliegen.³⁷

Ehe als gesundheitliche Schicksalsgemeinschaft

Der Gesundheitsstatus von Ehepartnern weist auch eine starke Korrelation auf,³⁸ wofür sich mehrere Erklärungen ergeben haben: Einerseits gibt es offensichtlich eine Selektion unter Heiratssuchenden, die zu einem Matching von Krankheits- bzw. Gesundheitsrisiken führt, das sich auch über Determinanten wie gemeinsame soziale Schicht und Ausbildungsstand erklären lässt.³⁹ Darüber hinaus beeinflussen sich Mann und Frau in ihrem Lebensstil wie bei der Diät oder dem Rauchverhalten und leben unter den gleichen externen Risikofaktoren ihrer Umgebung.⁴⁰ Männer haben im Vergleich zu Frauen oft einen risikoreicheren Lebensstil, der die Gesundheit negativ beeinflussen kann. Frauen haben den Männern gegenüber oft ein besseres Gesundheitsverhalten.⁴¹ Nach Abzug all dieser Erklärungsfaktoren verbleibt aber immer noch ein Rest von 33%, der auf einen direkten Einfluss des Zusammenlebens hinweist, der die gegenseitige Gesundheit beeinflusst.⁴²

Sozialer Stress durch Familie

Der Verlust eines Bekannten hat oft eine schlechte Auswirkung auf die emotionale und physische Gesundheit. Ein schmerzlicher Verlust des Gatten oder der Gattin ist mit einem erhöhten Risiko für Entzündungskrankheiten sowie Morbidität und Mortalität verbunden. Männer weisen in Bezug auf einen schmerzlichen Verlust ein erhöhtes Risi-

ko für Mortalität auf.⁴³ Frauen haben eine längere Lebenserwartung und sind deshalb im Alter häufiger mit der Bewältigung des Partnerverlusts und der Problematik der eigenen Pflege konfrontiert.⁴⁴

... bei Erkrankungen und im Alter

Bei Krankheit ist die soziale und familiäre Unterstützung eine wichtige Gesundheitsdeterminante und sollte deshalb nicht nur aus der Sicht des Patienten, sondern auch aus der Sicht der versorgenden Personen (Familie, Pfleger etc.) analysiert werden. Okkonen & Vanhanen meinen, dass Patienten mit wenig familiärer Unterstützung deshalb zusätzliche Unterstützung von der Gesundheitsfürsorge bekommen sollten.⁴⁵

Zu einem großen Teil findet die Pflege im familiären Umfeld statt. Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen wird die Pflege von Angehörigen nach wie vor hauptsächlich von Frauen erbracht. Oft stellt sie einen zusätzlichen Bereich dar, der mit der Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit in Einklang zu bringen ist.

Es gibt unterschiedliche Motive für die Übernahme der Angehörigenpflege. Diese kann von positiven Beweggründen wie Liebe und Zuneigung getragen werden, aber auch von negativen wie z. B. Angst vor Stigmatisierung durch die soziale Umwelt oder familiären Druck. Überwiegend positive Motive führen aber nicht zwangsläufig dazu, dass die Pflege mit weniger Belastungen einhergeht.⁴⁶ Überbelastung kann zu körperlichen und psychischen Erkrankungen führen, die die Lebenserwartung und die Lebensqualität beeinflussen können.⁴⁷ Wenn die Pflege stressreich und belastend erlebt wird, ist das Sterblichkeitsrisiko bei pflegenden Ehegatten um 63 Prozent höher als im Normalfall.⁴⁸ Die Forschung hat gezeigt, dass Personen, die ihre Gattin oder ihren Gatten versorgen, öfter an Demenz und auch an Depressionen und Beklemmungen leiden.⁴⁹ Hier zeigt sich auch ein weiterer Faktor der Abhängigkeit des Gesundheitsstatus der Ehepartner voneinander.

Allein für Großbritannien würden jedoch die Kosten, die entstehen würden, falls allein die pfle-

genden Angehörigen von Schlaganfallpatienten durch soziale Institutionen ersetzt werden müssten, mit rund 672 Mio. Pfund (ca. 900 Mio. Euro) beziffert.⁵⁰

... als Doppelbelastung von Beruf und Familie

Als wesentliche Determinanten für die Gesundheit von Frauen und Männern gilt das biologische Geschlecht (sex) und die sozial konstruierte Geschlechterrolle (Gender). Geschlecht und Gender zeigen ihre Auswirkungen auf die Gesundheit in engem Zusammenhang mit anderen sozialen Ungleichheiten wie Bildungs- und Einkommenschicht oder der Zugehörigkeit einer ethnischen Bevölkerungsgruppe.⁵¹

Ergebnisse schwedischer Studien zeigten, dass Frauen im Vergleich zu Männern höhere Stresswerte (Speichelmessung der Stresshormone Epinephrine, Norepinephrin und Cortisol) aufweisen. Vor allem waren große Unterschiede in den Stresswerten nach der Arbeit zu verzeichnen. Bei den Männern sinken die Werte nach der Erwerbstätigkeit und bei den Frauen bleiben sie relativ konstant. Eine Erklärung dafür ist vermutlich die Doppelbelastung von Erwerbstätigkeit und Haus- und Familienarbeit.⁵² Die Doppelbelastung bezahlter und unbezahlter Arbeit sowie die Segmentierung am Arbeitsmarkt sind häufige vorkommende Erklärungen für die höhere Krankmeldungsrate bei den erwerbstätigen Frauen in Schweden.⁵³ Eine weitere Studie zeigte, dass Frauen im Vergleich zu Männern doppelt so viele Tage krankgemeldet waren.

Eine Doppelbelastung (bezahlte und unbezahlte Arbeit) bei Frauen und Männern, die zu einer höheren Bildungs- und Einkommenschicht gehören, scheint kein erhöhtes Risiko für Krankmeldungen darzustellen. Mögliche Erklärungen sind, dass Personen, die in diesen Verhältnissen leben, die Verteilung der Haus- und Familienarbeit leichter fällt. Sie sind jedoch auch motivierter und gehen eher trotz Krankheit in die Arbeit.⁵⁴

Die soziale Stellung der Frauen beeinflusst auch die Gesundheit der Kinder. In einer Studie wurden

folgende Gesundheitsfaktoren analysiert: politisches Engagement, ökonomische Autonomie, Erwerbstätigkeit, Gehalt sowie zunehmende Autonomie bei der Familienplanung. Diese Gesundheitsfaktoren haben eine signifikant positive Wirkung auf die Gesundheit der Kinder wie z. B. Geburtsgewicht, Säuglingssterblichkeit, Jugendmortalität, Jugendschwangerschaft und Schulabschluss.⁵⁵

Die Arbeitsbedingungen bzw. Arbeitszeiten der Eltern können sich negativ auf die Gesundheit des Kindes auswirken. Vor allem das Arbeiten außerhalb der normalen Arbeitszeiten kann zu einer erhöhten emotionalen Belastung führen. Weitere Folgen können Benimmschwierigkeiten und Kinderstress sein. Benachteiligte Familien (Eltern ohne gelernte Profession oder mit schlechter Ausbildung) sind darüber hinaus stärker von geringen Einkommen und unangenehmen Arbeitszeiten gefährdet (Abend, Nacht oder Wochenende), was zu einem häufig vorkommenden Auftreten multipler Negativdeterminanten von Gesundheit führt.⁵⁶

Der Schutzfaktor der Ehe kommt insbesondere Frauen zugute, die nicht außer Haus arbeiten – also insbesondere im Vergleich von allein erziehenden Müttern zu Müttern, die in aufrechter Ehe leben.⁵⁷ Bei voll berufstätigen Frauen ist der Schutzfaktor durch die Ehe nicht mehr nachweisbar.

Eine besondere Benachteiligung von allein erziehenden Müttern zeigt sich auch in Daten aus Großbritannien und Finnland, die gerade bei Alleinerziehern die „multiple burden“ Hypothese verwirklicht sehen, während sich bei Müttern mit Ehepartner die „multiple attachment“ Hypothese bewahrheitet hat, wonach die sozialen Strukturen der Familie die Doppelbelastung des Berufsalltags im Bezug auf subjektive und objektive Gesundheitsdaten kompensieren können.⁵⁸

Die immer häufiger gegebene Vaterlosigkeit ist aber auch als Ausdruck des Kampfes gegen die Autorität modern und stellt den Versuch dar, Hierarchien abzubauen. Die Abschaffung des Patriarchates mündet daher in den Siegeszug der Demokratie – „alle Menschen werden Brüder“ – wo dann der Pa-

triarch als Familienoberhaupt ausgedient hat und über die Kollektivierung der Erziehung die Familie als Struktur in Frage gestellt wird.⁵⁹

Gewalt in der Familie

Eines der traurigsten Kapitel im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Familie stellt das Thema „Gewalt in der Familie“ dar. Gewalt in der Familie ist sicherlich die negativste Determinante für Gesundheit, die durch das Familienleben induziert wird.

Gerade bei Gewalt gegen Kinder kommt es häufig zu lebenslangen Folgeerscheinungen, sowohl auf psychischer als auch indirekt auf physischer Ebene. Speziell viele Suchterkrankungen sind auf Gewalt in der Familie zurückzuführen.

Für eine detaillierte Darstellung des Themas Gewalt in der Familie, dass gerade durch die jüngst in Österreich wie auch in anderen europäischen Ländern wieder entdeckten Gräueltaten traurige Berühmtheit erlangt hat, verweisen wir hier auf einen weiteren Artikel in diesem Heft.⁶⁰

Erklärungsmodelle

Als Modelle für die Erklärung des dargestellten Effekts von Familie als Determinante von Gesundheit haben sich mehrere Theorien entwickelt, die immer stärker auch mit validierten Daten belegt werden können.⁶¹

Das „*main effects model*“ basiert auf direkten Effekten durch das soziale System Familie. Dazu zählen, wie bereits beschrieben, die gesundheitsfördernden Aspekte der Familie, die durch die Vermittlung von gesunden Lebensweisen und durch die ökonomische Voraussetzung für die Wahrnehmung derselben sorgen. Dazu zählen auch Gesundheitsinterventionen, die z. B. dazu führen, dass Mitglieder von Familien häufiger und schneller den Arzt aufsuchen als Alleinstehende.⁶² Aber auch eine Reihe von Alltagsfunktionen, wie die Abstimmung von Entscheidungen mit engen Vertrauten und die Motivation für die Umsetzung von gesundheitsförderndem Verhalten durch Familienmitglieder,

tragen in diesem Modell zu einem verbesserten Gesundheitsstatus bei. Bei Männern weiß man, dass sich der generelle Lebensstil in einer Familie weniger riskanten Tätigkeiten zuwendet. Das Modell bezieht dabei insbesondere strukturelle Unterstützung und Integration durch die soziale Bindung der Familie mit ein. Diese Effekte wachsen mit der Anzahl der Beziehungsstrukturen, also der Größe der Familie, aber auch mit der Güte dieser Strukturen, wie dies insbesondere in der Ehegemeinschaft gezeigt wurde.

Das „*stress-buffering model*“ tritt als Erklärungsmodell auf, um die Verarbeitung von Stress als negativer Determinante von Gesundheit im Rahmen familiärer Beziehungen zu beschreiben. Darunter versteht man insbesondere die Unterstützung und Bereitstellung von materiellen und vor allem emotionalen Ressourcen durch Familienmitglieder. Dieses Modell arbeitet primär mit den funktionellen Unterstützungen, die eine Familie bieten kann, und wird vor allem über die mögliche bzw. tatsächliche Unterstützung, die gewährt wird, gemessen. Insbesondere bei der Betreuung von zu pflegenden Angehörigen, aber auch bei der Bewältigung alltäglicher Stresssituationen kommt dieses Modell zum Einsatz. Viele Ansätze dieses Modells ergeben sich aus dem Konzept der sozialen Ausgrenzung und Isolation, das als Risikofaktor für verschiedenste Krankheiten im Sinne eines Stressors etabliert ist. Auch das *stress-buffering* Modell nährt sich von der Anzahl der Beziehungen, noch stärker jedoch als das *main-effects*-Modell über die Güte und Tiefe der bestehenden intimen Beziehungen.

Das „*social strain model*“ erklärt vor allem die negativen Auswirkungen von intimen Beziehungen auf die Gesundheit und beschreibt Situationen, in denen enge Beziehungen selbst zu einem Stressor werden können. Dazu zählen familiäre und vor allem eheliche Konflikte bis zu Trennung und Scheidung, der auch belastende Situationen innerhalb des Familienlebens wie Doppelbelastungen durch Beruf und Haushalt und/oder Kinder bzw. zu pflegende Angehörige. Familiäre Konflikte bis hin zu

Gewalttätigkeiten sind ebenfalls Teil dieser negativen Auswirkungen des Familienlebens in direkter und indirekter Form. Auch der Tod eines Ehepartners zählt zu diesen Ereignissen.

Schlussfolgerungen – Möglichkeiten der politischen Intervention

Im Dreieck dieser drei Erklärungsmodelle lassen sich die Auswirkungen von familiären Strukturen auf die Gesundheit der Familienmitglieder beschreiben, wobei die globalen Daten zumindest aus der Vergangenheit zeigen, dass in Summe die positiven Aspekte der Familie für die Gesundheit überwiegen. Die Schwächung familiärer Strukturen in den heutigen westlichen Gesellschaften könnte tendenziell zu einer Schwächung dieses Zusammenhangs führen.

Angesichts sich verändernder sozialer Strukturen, gerade im Zusammenhang mit lebenslangen sozialen Bindungen wie der Familie, sollte die Politik umfassende Konzepte zur Einbeziehung dieser wichtigen gesellschaftlichen Kernstruktur in politische Maßnahmen entwickeln. Der Verlust familiärer Strukturen in der derzeit ablaufenden Geschwindigkeit wird auch im Bereich des Gesundheitswesens zu einem vermehrten Aufbau von institutionellen bzw. professionellen Betreuungsstrukturen führen müssen, deren Effektivität allerdings bei weitem nicht den gesundheitlichen Schutzfaktor einer funktionierenden Familie erreichen wird.

Ein klarer Zusammenhang lässt sich zwischen der Familienfreundlichkeit einer Politik und der prozentuellen Armut – gemessen an 50% des medianen verfügbaren durchschnittlichen Einkommens der Bevölkerung – in einem Land erkennen. Je höher die Transferleistungen der Gesellschaft für Familien, desto niedriger ist der Anteil an armen Menschen in einem Land, dies reicht von über 20% in den USA bis unter 3% in den skandinavischen Ländern.⁶³ Gemäß der Bedeutung von Armut als wichtigster Determinante von Gesundheit,⁶⁴ ergibt sich ein klarer Auftrag an eine sozial ausgerichtete Politik nach entsprechenden Leistungen für Fami-

lienfreundlichkeit in einer Gesellschaft, ohne auf die Art und Weise dieser Leistungen hier eingehen zu können.

Nach der Bekämpfung von Armut, insbesondere der strukturellen Armut wie sie zum Beispiel bei allein erziehenden Müttern besteht, zählt die Unterstützung von sozialen Bindungen – wie sie in ihrer engsten Form immer noch in der Familie vorkommen – und deren Aufrechterhaltung zu den vordringlichsten Aufgaben einer modernen ganzheitlichen Gesundheitspolitik. Noch dazu zeigen alle Armutsstatistiken, dass die gefährdetsten Bevölkerungsgruppen neben den allein erziehenden Müttern und deren Kindern kinderreiche Familien darstellen (28% bzw. 16% sind armutsgefährdet⁶⁵), die ebenfalls einer besonderen Unterstützung auch aus gesundheitspolitischer Sicht bedürfen.

Einer besonderen Aufmerksamkeit der Sozial- und Gesundheitspolitik bedürfen auch die pflegenden Angehörigen, die einen großen Anteil an der Linderung des Burden of Disease in unserem Gesundheitswesen wahrnehmen. Eine entsprechende Unterstützung familiärer Strukturen zur Aufrechterhaltung dieser Versorgungsstrukturen sollte eine der großen Herausforderungen der zukünftigen Pflegediskussion darstellen. Auch dazu bedarf es der langfristigen Unterstützung insbesondere ehelicher Beziehungen, um im Bedarfsfall die Belastungen auch tragen zu können.

Referenzen

- 1 Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Futures Studies, Stockholm (1991)
- 2 FondGesundesÖsterreich. <http://www.fgoe.org/pressepublikationen/presse/fotos-grafiken/infografiken/>
- 3 Wilkinson R., Marmot M., *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten*, 2. Ausgabe, World Health Organisation, Genf (2004)
- 4 Für eine Übersicht siehe Graham J. E. et al., *Close Relationships and Immunity*, in: Ader R. (Ed.), *Psychoneuroimmunology*, 4th ed., Vol. 2., Elsevier Academic Press, London (2007)
- 5 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006*, verfasst vom Ludwig Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung, Wien (2006)
- 6 Manzoli L. et al., *Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis*, *Soc Sci Med* (2007); 64: 77-94
- 7 Weitoft G. R. et al., *Health and social outcome among children in low-income families and families receiving social assistance – A Swedish national cohort study*, *Soc Sci Med* (2008); 66: 14-30
- 8 Wilkinson R., Marmot M., siehe Ref. 3
- 9 World Health Organisation, *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*, WHO, Kopenhagen (2005)
- 10 Irwin L. G. et al., *Early Child Development A Powerful Equalizer*, WHO: Commission on the Social Determinants of Health, Geneva (2007)
- 11 Kravdal Ö., *A broader perspective on education and mortality: Are we influenced by other people's education?*, *Soc Sci Med* (2008); 66: 620-636
- 12 Kravdal Ö., siehe Ref. 11
- 13 Kivimärki M. et al., *Socioeconomic Circumstances in Childhood and Blood Pressure in Adulthood: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study*, *Ann Epidemiol* (2006); 16: 737-742
- 14 Weitoft G. R. et al., siehe Ref. 7
- 15 Modin B., *Birth order and mortality: a life-long follow-up of 14,200 boys and girls born in early 20th century Sweden*, *Soc Sci Med* (2002); 54: 1051-1064
- 16 World Health Organisation, siehe Ref. 9
- 17 Jaffe D. H. et al., *Effects of husband's and wife's education in each other's mortality*, *Soc Sci Med* (2006); 62: 2014-2023
- 18 Kravdal Ö., siehe Ref. 11
- 19 Graham J. E. et al., siehe Ref. 4
- 20 Bird H. R. et al., *Prevalence and Correlates of Antisocial Behaviors Among Three Ethnic Groups*, *J Abnormal Child Psychol* (2001); 29: 465-478
- 21 Mulvaney-Day N. E. et al., *Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States*, *Soc Sci Med* (2007); 64: 477-495
- 22 Kim Y., Morrow G. R., *The effects of family support, anxiety, and post-treatment nausea on the Development of anticipatory nausea: A latent growth model*, *J Pain Symptom Manag* (2007); 34: 265-276
- 23 Rohrbaugh M. J. et al., *Effect of Marital Quality on Eight-Year Survival of Patients With Heart Failure*, *Am J Cardiol* (2006); 98: 1069-1072
- 24 Astin F. et al., *Family support and cardiac rehabilitation:*

- A comparative study of the experiences of south asian and white-european patients and their career's living in the United Kingdom*, Eur J Cardiovasc Nursing (2007, Article in press)
- 25 Okkonen E., Vanhanen H., *Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery*, Heart Lung (2006); 35: 234-244
- 26 Kravdal Ö., siehe Ref. 11
- 27 Johnson N. J. et al., *Marital Status and Mortality: The National Longitudinal Mortality Study*, Ann Epidemiol (2000); 10: 224-238
- 28 Lewis M. A. et al., *Understanding health behavior change among couples: An interdependence and communal coping approach*, Soc Sci Med (2006); 62: 1369-1380
- 29 Kravdal Ö., siehe Ref. 11
- 30 Litwak E., Messeri P., *Social Supports and Mortality Rates: A Disease Specific Formulation*, in: Steinmetz S. (Ed.), *Family and Support Systems across the Life Span*, Plenum Press, New York (1988)
- 31 Graham J. E. et al., siehe Ref. 4
Lewis M. A. et al., siehe Ref. 28
Robles T. F., Kiecolt-Glaser J. K., *The physiology of marriage: pathways to health*, Physiol Behav (2003); 79: 409-416
- 32 Graham J. E. et al., siehe Ref. 4
- 33 Waldron I. et al., *Marital Status Effects on Health: Are there Differences between Never Married Women and Divorced and Separated Women?*, Soc Sci Med (1997); 45: 1387-1397
- 34 Manzoli L. et al., siehe Ref. 6
- 35 Brockmann H., Klein T., *Family biography and mortality in East and West Germany*, Zschr Gerontologie Geriatrie (2002); 35: 430-440
- 36 Joung I. M. A. et al., *Marital status and health. Descriptive and explanatory studies*, Thesis Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam (1996), p. 21
Lund R. et al., *Cohabitation and marital status as predictors of mortality - an eight year follow up study*, Soc Sci Med (2002); 55: 673-679
- 37 Graham J. E. et al., siehe Ref. 4
- 38 Wilson S. E., *The health capital of families: an investigation of the inter-spousal correlation in health status*, Soc Sci Med (2002); 55: 1157-1172
- 39 Jaffe D. H. et al., siehe Ref. 16
- 40 Wilson S. E., siehe Ref. 38
- 41 Health seeking behavior; für eine Übersicht siehe Courtney W., *Constructing of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*, Soc Sci Med (2000); 50: 1385-1401
- 42 Wilson S. E., siehe Ref. 38
- 43 Graham J. E. et al., siehe Ref. 4
- 44 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, siehe Ref. 5
- 45 Okkonen E., Vanhanen H., siehe Ref. 25
- 46 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, siehe Ref. 5
- 47 Grov E. K. et al., *Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden*, Soc Sci Med (2006); 63: 2429-2439
- 48 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, siehe Ref. 5
- 49 Graham J. E. et al., siehe Ref. 4
- 50 Bosanquet N., Franks P., *Stroke Care: Reducing the Burden of Disease*, Stroke Association, London (1998)
- 51 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, siehe Ref. 5
Für eine Übersicht siehe Doyal L., *Gender equity in health: debates and dilemmas*, Soc Sci Med (2000); 51: 931-939
- 52 Lundberg U., *Stress hormones in health and illness: The role of work and gender*, Psychoneuroendocrinology (2005); 30: 1017-1021
- 53 Östlin P., *Gender inequalities in health: the significance of work*, in: Wamala S. P., Lynch J. (Eds.), *Gender and Social Inequities in Health*, Studentlitteratur, Lund (2002)
- 54 Krantz G., Lundberg U., *Workload, work stress, and sickness absence in Swedish male and female white-collar employees*, Scand J Public Health (2006); 34: 238-246
- 55 Koenen K. C. et al., *Women's status and child well-being: A state-level analysis*, Soc Sci Med (2006); 63: 2999-3012
- 56 Strazdins L. et al., *Around-the-clock: parent work schedules and children's well-being in a 24-h economy*, Soc Sci Med (2004); 59: 1517-1527
- 57 Waldron I. et al., *Marriage Protection and Marriage Selection - Prospective Evidence for Reciprocal Effects of Marital Status and Health*, Soc Sci Med (1996); 43: 113-123
- 58 Lahelma E. et al., *Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances*, Soc Sci Med (2002); 54: 727-740
- 59 Thomä D., *Vaterlosigkeit ist modern: Alle Menschen werden Brüder - und wer sind ihre Eltern?*, Neue Zürcher Zeitung, 14. Juni 2008, S. 25
- 60 Schwarz M., Dóczy L.-C., *Gewalt in der Familie: Ursachen und Prävention*, Imago Hominis (2008); 15: 227-238
- 61 Cohen S., *Social relationships and health*, Am Psychol (2004); 59: 676-684
- 62 Cardol M. et al., *Why does it run in families? Explaining family similarity in help-seeking behaviour by shared circumstances, socialisation and selection*, Soc Sci Med (2006); 62: 920-932
- 63 Lundberg O. et al., *The Nordic Experience: welfare state*

and public health, Stockholm Centre for Health Equity Studies, Stockholm (2007)

- 64 Kawachi I., Kennedy B. P., Health and social cohesion: why care about income inequality?, *Br Med J* (1997); 314: 1037-1040
- 65 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/static/armutsgefaehrung_vor_und_nach_sozialen_transfers_nach_soziodemographische_022859.pdf (2008)

Brigitte Rollett

Die Rolle der Familie bei schicksalhaften Krankheiten: Krise und Coping

Zusammenfassung

Die häusliche Pflege eines schwer chronisch kranken Familienmitglieds bedeutet nicht nur für die Hauptpflegerperson eine hohe Belastung, sondern für das gesamte Familiensystem. Die Bindungserfahrungen und das Temperament der Betroffenen stellen hierbei wichtige Schlüsselbedingungen einer erfolgreichen Gestaltung der familiären Interaktion und damit der Belastungsbewältigung dar. Weiters ist die Qualität der partnerschaftlichen Beziehungen in der Familie und der familiären Kommunikation für ein erfolgreiches Stressmanagement ausschlaggebend. Kommunikationstrainings haben sich daher beim Stressmanagement in Belastungssituationen bewährt. Die Bewältigung der Belastung der Eltern bei der Betreuung chronisch kranker oder behinderter Kinder stellt eine große Herausforderung dar, da hier die Verarbeitung der Trauerreaktion und die Akzeptanz der Situation sowie die entwicklungsbegleitende Anpassung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen eine entscheidende Rolle spielen. Eine besonders belastende Herausforderung ist die Sterbebegleitung und die Bewältigung des Todes eines nahestehenden Menschen. In dem Artikel wird daher auch auf die Voraussetzungen einer erfolgreichen Trauerarbeit eingegangen.

Schlüsselwörter: Krankenpflege, chronische Krankheit, Familie, Belastung und Belastungsbewältigung, Sterbebegleitung, Trauerarbeit

Abstract

Home care of a chronically ill family member constitutes a massive burden not only for the main caregiver, but also the family system as a whole. Attachment experiences and individual temperament of the family members are important key conditions of successful interactions within the family and of coping with stress, as are the quality of the partnership and the style of communication within the family. Communication training therefore plays an important role in improving dealing with stressful situations. Parents' coping with the care for chronically ill or handicapped children represents a major challenge: It is necessary to deal with disappointment and grief reactions in a constructive way to be able to accept the situation and to manage the adaptations of the care and support measures for the development of the child. Another very stressful challenge is coping with the care of a terminally ill family member and the death of a loved person. In this paper, therefore, a description of the stages of grieving and the conditions of a successful coping process is presented.

Keywords: Nursing chronic disease, family, stress, coping with stress, terminal patient support, process of grieving

o. Univ.-Prof. em. Dr. Brigitte Rollett
Institut für Entwicklungspsychologie und Psychologische Diagnostik, Liebiggasse 5, A-1010 Wien
Brigitte.Rollett@univie.ac.at

1. Einleitung

Wie die psychologische Familienforschung nachweisen konnte, bedeutet eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds aufgrund einer schweren chronischen Krankheit oder Behinderung eine ernste Belastung nicht nur für die betroffene Person und ihre Hauptpflegeperson, sondern für das gesamte Familiensystem. Beratung und Intervention sowie die Organisation entsprechender Unterstützungsmassnahmen müssen daher so angesetzt werden, dass der familienbezogene systemische Aspekt immer mitberücksichtigt wird, um unerwünschte Auswirkungen frühzeitig erkennen und kontrollieren zu können und positive Entwicklungen zu fördern.

Um die Auswirkungen auf die Familie und die betroffenen Familienmitglieder untersuchen und beschreiben zu können, ist zunächst zu klären, was in diesem Kontext unter „Familie“ zu verstehen ist. Die Definition des Begriffs Familie ist in der Forschung auf Grund der gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnisse umstritten, da wegen der zunehmenden Pluralität der heute gelebten Familienformen objektive Kriterien, wie etwa Blutsverwandtschaft, Verwandtschaft allgemein oder das Leben in einem gemeinsamen Haushalt etc. nicht ausreichen, um eine eindeutige Begriffsbestimmung vornehmen zu können.¹ Petzold plädiert daher für einen subjektiven Familienbegriff, der sich an der persönlich empfundenen und gelebten Zugehörigkeit der Betroffenen zu einem bestimmten Familienverband orientiert.² Für die Praxis ist damit zumindest eine brauchbare Arbeitsdefinition des im konkreten Fall relevanten familiären Beziehungsnetzes gewonnen. Für die Gestaltung der Interaktionen im Familienalltag ist das Kriterium des Zusammenlebens in demselben Haushalt von besonderer Wichtigkeit, gleichgültig, ob es sich um Blutsverwandte handelt oder nicht. Letzteres Kriterium kann jedoch für die subjektiv empfundene Relevanz der Interaktionen zwischen den betreffenden Personen von Bedeutung sein.

Die Bewältigung der lang anhaltenden Pflegebe-

dürftigkeit eines Familienmitglieds auf Grund einer schweren, lange andauernden bis chronischen Erkrankung oder Behinderung erfordert einen komplexen Copingprozess. Oft wird übersehen, dass nicht nur die entsprechende Neuorganisation des Familienalltags vorgenommen werden muss, sondern dass in der Anfangsphase der Auseinandersetzung mit der neuen Situation auch Trauerarbeit zu leisten ist, da die unmittelbaren und zeitübergreifenden Lebenspläne der Familie umgeschrieben und neu geordnet werden müssen. Dies ist bei relativ kurz dauernden Erkrankungen nicht notwendig. Die Praxis zeigt, dass die Bereitschaft der Familie, die Betreuung verlässlich zu übernehmen und in positiver Weise mit dem Erkrankten umzugehen, im letzteren Fall wesentlich größer ist. Bei langfristigen Krankheiten kann es dagegen leicht zu ambivalenten Haltungen der mit der Pflege hauptsächlich befassten Familienmitglieder dem Betroffenen gegenüber kommen, die die gesamte Familie belasten, da negative emotionelle Regelkreise entstehen können. Es geht daher bei der Beratung der betroffenen Familien vor allem darum, ein individuell auf die Verhältnisse in der Familie zugeschnittenes Programm einer ausgewogenen, den Einzelnen nicht über Gebühr belastenden, aber gerade dadurch verlässlichen Pflege und der Zuwendung zu entwickeln, das für das erkrankte Familienmitglied einen sicheren Rahmen der familiären Geborgenheit schafft. Bei diesem Bewältigungsprozess spielen die psychologischen Voraussetzungen bei den Familienmitgliedern eine wesentliche Rolle. Im Folgenden soll daher auf einige relevante Bedingungen in der Frühsozialisation eingegangen werden, die für die emotionelle Beziehungsgestaltung im Erwachsenenalter von Bedeutung sind.

2. Bindungserfahrung und individuelles Temperament der Familienmitglieder als Schlüsselbedingungen der familiären Interaktionsgestaltung und der Belastungsbewältigung

Die kompetente Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen hängt nicht zuletzt von den

Bindungserfahrungen ab, die Menschen in ihrer Kindheit in der Herkunftsfamilie machen konnten. Die Qualität der Bindung der Kinder an ihre Eltern hat einen wesentlichen modifizierenden Einfluss auf diese Entwicklung.³ Die charakteristische Ausprägung der Bindung entsteht bereits im ersten Lebensjahr im Zuge der Interaktion der Mutter bzw. Haupterziehungspersonen mit dem Kind. Wie Ainsworth in ihren, auf den Arbeiten von Bowlby⁴ aufbauenden klassischen Untersuchungen zeigen konnte, führt eine kindzentrierte, feinfühlig-interaktion mit dem Säugling zu einer „sicheren“ Bindung, die sich im weiteren Lebenslauf als positive Ressource vor allem auch in Belastungssituationen erweist.⁵ Die Gruppe der „unsicher-vermeidend“ gebundenen Kleinkinder hat dagegen wenig Verlässlichkeit und einfühlsames Eingehen von Seiten der Mutter bzw. der Haupterziehungspersonen erfahren. In Belastungssituationen neigen diese dazu, das Kind sich selbst zu überlassen. Die Kinder erleben sich daher als weitgehend auf sich selbst angewiesen und können so leicht in Überforderungssituationen geraten, da sie nicht gelernt haben, andere um Hilfe zu bitten und sich oft auch scheuen, Hilfe anzunehmen, da sie fürchten, dass dies zu negativen Reaktionen bei den Angesprochenen führt. Die Gruppe der „ambivalent-unsicher“ gebundenen Kleinkinder erleben die Mutter bzw. Hauptbezugsperson ebenfalls nicht als sichere Basis, da diese meist zu einem eher sprunghaften, inkonsistenten Erziehungsstil neigt. Da in diesem Fall typischerweise Phasen der Zurückweisung des Kindes durch die Mutter bzw. Hauptbezugsperson in nicht vorhersehbarer Weise mit Phasen intensiver Zuwendung wechseln, reagieren sie auf diese Situation nicht mit Rückzug wie die Gruppe der „unsicher-vermeidend“ gebundenen Kinder, sondern ebenfalls in wechselhafter, durch Annäherung und Ablehnung gekennzeichnete Form, die langfristig jede erzieherische Einflussnahme äußerst schwierig gestaltet.

Chronisch kranke Kinder zeigen die ihrem Bindungsstil entsprechenden Verhaltensweisen in

besonders ausgeprägter Form. Als Patienten stellt die Gruppe der pflegeleichter Kinder jene dar, die die größte Bereitschaft zur Compliance aufweist. Da diese Kinder eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Eltern aufbauen konnten, sind sie bereit, sich in schwierigen Situationen darauf zu verlassen, dass ihre Umgebung es gut mit ihnen meint, auch wenn die Krankheit und die Behandlungsmaßnahmen mit Schmerzen verbunden sind. Bei der Gruppe der unsicher-vermeidend gebundenen Kinder kann ihre Unsicherheit und Angstbereitschaft die Behandlung und Pflege wesentlich erschweren. Bei den ambivalent-unsicher gebundenen Kindern ist immer mit Episoden heftiger Widerstände zu rechnen, die die Pflege schwierig gestalten.

Eine von Mary Main entdeckte weitere, sehr problematische Gruppe umfasst Kinder mit einem „desorientiert-desorganisierten“ Bindungsstil und einem entsprechenden Verhalten.⁶ Er ist bei schwer vernachlässigten bis hin zu misshandelten Kindern zu beobachten. Diese Familien können nicht einmal den „normalen“ Alltag bewältigen. Sie sind mit der Pflege eines erkrankten Familienmitglieds völlig überfordert und auf externe Hilfen angewiesen.

Die mit den Bindungstypen einhergehenden Reaktionsweisen sind äußerst stabil. Sie finden sich daher in entsprechender Form auch im Erwachsenenalter. Da die in der Kindheit erlebte Bindung sich auch in den Interaktionserwartungen und -verhaltensweisen von Erwachsenen widerspiegeln, können frühe dysfunktionale Bindungen die Bewältigung eigener schwerer Erkrankungen und die Verantwortung für die Pflege eines Familienmitglieds maßgeblich beeinträchtigen.

Eine weitere, für die Persönlichkeitsentwicklung und damit das Copingpotential in Belastungssituationen wichtige Einflussgröße stellt das individuelle Temperament dar. In ihrer mittlerweile vielfach in ihren Ergebnissen bestätigten Längsschnittstudie zum Temperament im Säuglingsalter konnten Thomas und Chess drei Temperamentstypen identifizieren:⁷ Die fröhliche, belastbare Gruppe der „Pflegeleichten“, die eher passiven, re-

aktionsschwachen „langsam Auftauenden“ und die problematische Gruppe der „schwierigen“ Säuglinge, die durch große Unruhe, leichte Irritierbarkeit, negative Stimmung und hohe Reaktionsintensität (die sich unter anderem in exzessivem Schreien äußert) charakterisiert sind.

Zur weiteren Entwicklung der Temperamentstypen im Lebenslauf konnten Werneck und Rollett im Zuge einer ursprünglich 175 Familien umfassenden Längsschnittstudie („Familienentwicklung im Lebenslauf“, FIL) allerdings feststellen, dass die langfristige Stabilität der Temperamentstypen in der Literatur überschätzt wird.⁸ Die größte Stabilität über die Erhebungszeitpunkte hinweg zeigten die pflegeleichten Kinder, die geringste überraschenderweise die Gruppe der „Schwierigen“: Als die Kinder in den untersuchten Familien 3 Jahre alt waren, wurde keiner der ursprünglich „schwierigen“ Säuglinge noch als problematisch eingestuft. Im Alter von 8 Jahren waren es nur 7 Prozent, mit 11 Jahren dagegen wieder 50 Prozent.⁹ Offenbar ist ein späteres problematisches Verhalten multikausal bedingt und hängt nicht zuletzt auch von den wechselnden Anforderungen an das Kind bzw. den Entwicklungsaufgaben ab, die das Kind und die Familie in einem bestimmten Alter des Kindes zu bewältigen haben, wobei ein schwieriges Temperament im Säuglingsalter nur eine Ursache unter vielen darstellt.

In der Frühphase der Entwicklung einer Familie nach der Geburt eines Kindes spielt das Temperament des Neugeborenen eine nicht unerhebliche Rolle bei der Bewältigung des Übergangs zur Elternschaft. Je belastender sich die Betreuung des Babys gestaltet, desto eher sind negative Auswirkungen auf den Umgang der Eltern miteinander und in der weiteren Folge auf ihre Partnerschaft zu befürchten. Wie wir im Rahmen der FIL-Studie feststellen konnten, nimmt z. B. die partnerschaftsbezogene Glücklichkeit der Eltern nach der Geburt des Kindes entsprechend ab.¹⁰ Auch das Erziehungsverhalten wird durch ein ungünstiges Temperament des Kindes modifiziert, was wieder dazu führen kann, dass langfristig seine Bindung an die Eltern leidet, wenn

diese nicht dazu in der Lage sind, aktiv gegenzusteuern. Für eine gelingende Interaktion zwischen Eltern und Kindern (aber auch zwischen den Eltern selbst) ist daher die „Passung“ der Temperamente von großer Bedeutung. Schafft es z. B. die Mutter auf Grund ihres eigenen, durch Resilienz gekennzeichneten Temperaments und ein besonders einfühlsames Verhalten, das „schwierige“ Kind kompetent zu managen, so hat dieses wesentlich bessere Entwicklungschancen, als wenn sie selbst über eine hohe Irritabilität und Ärgerneigung verfügt.

Dasselbe gilt für das Verhältnis zwischen pflegenden Angehörigen und einem kranken Familienmitglied: Eine entweder vorhandene oder fehlende Passung der Temperamente der Betreuungspersonen und der zu pflegenden Person bedeutet, dass das kompetente Alltagsmanagement entsprechend besser oder schlechter gelingt. Die Verbesserung der Passung stellt daher einen wesentlichen Ansatzpunkt einer familientherapeutischen Intervention bei der Bewältigung von familiären Krisensituationen dar.

3. Die Bedeutung der Partnerschaft für die Bewältigung kritischer Lebenssituationen

Eine weitere Komponente, die das Familiensystem und seine Fähigkeit beeinflusst, mit krisenhaften Lebenssituationen, wie sie schwere Erkrankungen eines Familienmitglieds darstellen, fertig zu werden, ist die Qualität der (durch die vorgestellten Ursachengruppen zu einem wesentlichen Teil mitgeprägten) Familienbeziehungen. Die in der Familie gelebte Partnerschaft ist daher von besonderer Bedeutung für das Gelingen des Familienmanagements allgemein und die gerade bei außergewöhnlichen Anforderungen so entscheidende Alltagsbewältigung, da sie im positiven Fall als emotionelle Ressource, im negativen als zusätzliche, schwerwiegende Belastung wirksam wird.

In einer in unserer Arbeitsgruppe durchgeführten Studie¹¹ bei 118 Paaren konnten wir (unter Heranziehung des Partnerschaftsfragebogens von Halweg¹²) clusteranalytisch drei Typen der

Partnerschaftsgestaltung identifizieren, die sich hinsichtlich ihrer gelebten partnerschaftlichen Gemeinsamkeit, Zärtlichkeit und ihrer Neigung zu Streitverhalten sehr signifikant unterscheiden. Der Einfachheit halber bezeichnen wir sie als „negativer“, „durchschnittlicher“ und „positiver“ Partnerschaftstyp. Die genannten drei Kriterien eignen sich zur raschen diagnostischen Abklärung der zu erwartenden Interaktionsmuster in einer Klientenfamilie, um die anamnestiche Erhebung und die darauf aufbauende Beratung oder Intervention zielführender planen zu können. Die negative Partnerschaft ist im Gegensatz zur durchschnittlichen und vor allem zur positiven Partnerschaft durch weitere, für die Intervention bei der Familie wichtige Kriterien gekennzeichnet: durch eine niedrige Kohärenz, eine hohe Bindungsangst und eine Tendenz zur Bindungsvermeidung bei einem oder beiden Partnern, so dass sich ein solidarisches Handeln schwierig gestaltet. Zusätzlich spielt bei derartigen Partnerschaften die negative Emotionalität in Form von „expressed emotion“ eine große Rolle, die sich in einer ausgeprägten Bereitschaft zu emotionsgeladenen Auseinandersetzungen äußert. Negative Partnerbeziehungen belasten das Familiensystem insgesamt in hohem Maße. Derartige Familien sind kaum in der Lage, mit krisenhaften Situationen und vor allem mit lang andauernden Belastungen, wie dies bei schweren bzw. chronischen Krankheiten von Familienmitgliedern der Fall ist, fertig zu werden. Hier sind massive externe Unterstützungsmassnahmen notwendig.¹³

Ein wichtiger Bereich eines erfolgreichen Stressmanagements in einer belasteten Familie betrifft die Veränderung der familiären Kommunikationskultur. Unter Belastung stehende Menschen neigen dazu, mit anderen in „genervtem“ bis hin zu aggressivem Ton zu sprechen. So verständlich diese Reaktionen sind, führen sie zu einem negativen Zirkel: Die Ansprechpartner reagieren ebenfalls in dieser Weise, was die negative Emotionalität bei der belasteten Person verstärkt und umgekehrt. Eine Änderung der Kommunikationsform ist daher

geeignet, zumindest den Sozialstress in der Familie zu reduzieren und auf diese Weise die Situation zu entlasten. Bodenmann entwickelte ein mittlerweile gut eingeführtes Trainingsprogramm, das geeignet ist, stressbedingte Kommunikationsprobleme in der Partnerschaft zu reduzieren.¹⁴ Bei einer entsprechenden Adaptation an die jeweilige Altersstufe lässt es sich auch mit Erfolg bei stressbedingten Kommunikationsproblemen zwischen Eltern und Kindern bzw. Kindern untereinander anwenden.

4. Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern

Familien stellen komplexe, sich fortlaufend weiterentwickelnde Interaktionssysteme dar,¹⁵ die einerseits durch die lebenslaufbezogenen Veränderungen der einzelnen Familienmitglieder, andererseits durch die epochalen Veränderungen der jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmt werden. Auch in Familien, die nicht durch eine schwere Krankheit eines Familienangehörigen belastet sind, werden daher von allen Beteiligten ständig Neuanspassungen gefordert. In Familien mit Kindern sind es vor allem die entwicklungsbedingten Wandlungen der Heranwachsenden, die den familiären Veränderungsprozess vorantreiben.

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang Übergänge von einer Entwicklungsphase in die andere. Jeder Entwicklungsübergang stellt die Eltern und das gesamte Familiensystem vor neue Anforderungen, die gemeistert werden müssen. Sie zählen zu den sogenannten „kritischen Lebensereignissen“, die besondere Copingmaßnahmen erfordern, aber auch neue Chancen eröffnen, wenn die Bewältigung gelingt. Hier ist zwischen „normativen“ und „nicht normativen“ kritischen Lebensereignissen zu unterscheiden, wobei die Bewältigung im ersten Fall in der Regel leichter fällt, da die Betroffenen nicht den Eindruck haben, einer besonderen, schicksalhaften Situation ausgesetzt zu sein. Chronische Erkrankungen eines Kindes haben zur Folge, dass sie „viele Jahre oder lebenslang in mehr oder weniger bedrohlicher

Weise das Planen, Handeln und Empfinden des Kindes und seiner Familie bestimmen“.¹⁶ Dies stellt für jeden Einzelnen und die Familie insgesamt eine außergewöhnliche Belastung im Sinne eines nicht normativen, kritischen Lebensereignisses dar und erfordert eine umfassende Anpassung des gesamten Familiensystems.¹⁷

Die Geburt eines behinderten oder chronisch kranken, ständige Pflege benötigenden Kindes bedeutet für die Eltern, dass z. B. der Übergang zur Elternschaft erheblich stressreicher verläuft, als dies in der Regel der Fall ist. Zunächst ist der „Diagnoseschock“ zu überwinden. Zu den Belastungen durch die Betreuung kommt die Belastung durch die Trauerarbeit hinzu, die zu leisten ist, da sich die Eltern von eigenen Erwartungen an die gemeinsame Zukunft mit dem Kind und den Plänen für es verabschieden müssen. Nicht selten führt dies zu Krisen in der Partnerschaft beziehungsweise zu einer Destabilisierung des Familiensystems.

Neben den notwendigen organisatorischen Unterstützungsmassnahmen hat die therapeutische Intervention in diesen Fällen das Ziel, den Eltern zu helfen, ein neues emotionales Gleichgewicht und damit die Basis für ein gutes familiäres Zusammenleben zu erarbeiten. Es ist hier aus Platzgründen nicht möglich, auf diesen schwierigen, je nach Familie und Krankheit des Kindes sich unterschiedlich gestaltenden Prozess im Einzelnen einzugehen. Erwähnt werden soll jedoch, dass sein Verlauf nicht nur vom objektiven Ausmaß der Belastetheit der betroffenen Familienmitglieder abhängt, sondern entscheidend von der Beziehung der Eltern zu dem Kind geprägt wird. Sie hängt auch von den Beziehungsmöglichkeiten des kranken Kindes ab: Kinder mit Down-Syndrom können z. B. ihren Betreuungspersonen eine Form liebevoller Zuwendung anbieten, die es diesen erleichtert, ihrerseits eine gute Beziehung zu dem Kind aufzubauen. Bei Kindern, die an einem frühkindlichen Autismus leiden, ist nicht nur die Pflege außerordentlich schwierig; durch die charakteristische autistische Kontaktstörung haben

die pflegenden Angehörigen oft den Eindruck, dass ihr Einsatz bei dem Kind nur auf Ablehnung trifft, was die Betreuung zusätzlich belastet. Wir haben daher ein spezielles Elterntaining entwickelt, das es den Betroffenen langfristig ermöglicht, die Kontaktschranke des autistischen Kindes zu überwinden und eine liebevolle Beziehung zu ihnen aufzubauen.¹⁸

Familien mit einem behinderten oder langfristig schwer erkrankten Kind haben oft das Problem, dass ihr soziales Netzwerk zunehmend kleiner wird, so dass weniger Unterstützung von außen zur Verfügung steht. Dazu kommt, dass Mütter als Hauptbetreuende ihre Beziehungen zu befreundeten Personen oft nicht durch die Bitte um Unterstützungsleistungen zu sehr belasten wollen, da sie einen Rückzug der Freunde und Freundinnen befürchten.¹⁹ Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder kommen oft zu kurz, da die Sorge für das kranke Geschwister die Eltern zu sehr in Anspruch nimmt.²⁰ Dass Eltern andererseits durchaus versuchen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten für sie einen gewissen Ausgleich zu schaffen, wird dadurch deutlich, dass Geschwister in der Regel nur selten in die Pflege einbezogen werden,²¹ was aber dazu führt, dass sie keine Gelegenheit erhalten, zumutbare Verantwortlichkeiten für das kranke Geschwister zu übernehmen.

Jeder Übergang im Leben eines behinderten bzw. chronisch kranken Kindes und damit der Familie als Ganzes erfordert besondere, über das „normal“ Maß weit hinausgehende Anpassungen des Familiensystems:²² Der Eintritt in einen entsprechenden, an die Fördermöglichkeiten des Kindes angepassten Kindergarten, die Wahl einer geeigneten Schule, die Bewältigung der Pubertät, später, falls dies möglich ist, die Eingliederung in das Arbeitsleben, der Umgang mit dem Auftreten von Wünschen nach einer Partnerschaft sowie die Organisation des Erwachsenenlebens stellen hohe Anforderungen sowohl an das betroffene Familienmitglied als auch an die unmittelbar und mittelbar Beteiligten der Familie.

Wie sich die familiäre Belastung im Einzelfall auswirkt, hängt einerseits von den vorhandenen Schutz- und Risikobedingungen in der Familie und andererseits von der individuellen Vulnerabilität bzw. Resilienz des Kindes selbst und jedes einzelnen Familienmitgliedes ab. Einen Überblick über allgemein geltende familiäre Risikobedingungen, die die kindliche Entwicklung gefährden können, erstellten Scheithauer, Petermann und Niebank.²³ Bei chronisch kranken bzw. behinderten Kindern wirken sich diese besonders negativ aus. Zu den familieninternen Stressoren zählen hier in erster Linie Partnerschaftskonflikte der Eltern und die Art ihrer Austragung: Ein durch Rückzug gekennzeichnetes Kommunikationsmuster bei Konflikten kovariiert dabei mit eher internalisierenden Störungen der Kinder wie Ängsten und Neigung zu Depression, während eine offen aggressive Austragung elterlicher Konflikte eher zu externalisierendem, aggressivem bis hin zu delinquentem Verhalten bei den Kindern führt.

Eine weitere wichtige Gruppe familiärer Stressoren für Kinder besteht in einem dysfunktionalen, bestrafungsorientierten bzw. inkonsistenten Erziehungsstil, der, wie bereits dargestellt, im Extremfall zur Entwicklung einer desorientierten und desorganisierten Bindung an die Eltern und entsprechenden Verhaltenstörungen führen kann. Zunehmend spielt heute auch die verdeckte oder offene Vernachlässigung von Kindern in hoch belasteten Familien mit geringen Bewältigungskompetenzen eine Rolle. Kranke Kinder haben in solchen Familien wenig Chancen, sich ihren Möglichkeiten entsprechend zu entwickeln. Hier sind externe Stützsysteme gefragt.

5. Stress und Stressmanagement in den pflegenden Familien

Die Arbeitsgruppe Thimm führte 2001 eine umfangreiche Fragebogenuntersuchung (N = 1083) zur Situation von Familien mit behinderten Familienmitgliedern, die zuhause gepflegt werden, durch. Sie zeigte eindrucksvoll, wie die Pflege nicht nur

die Hauptpflegeperson, sondern das gesamte Familiensystem belastet.²⁴

Grundsätzlich lassen sich zwei Typen von Bewältigungsformen beim Umgang mit Belastungen unterscheiden: problemfokussiertes Coping und emotionsfokussiertes Coping. Ersteres hat das Ziel, die Belastung zu reduzieren, indem die zugrunde liegenden Probleme gelöst werden, letzteres konzentriert sich darauf, die emotionalen Reaktionen auf den Stress unter Kontrolle zu bringen. Kompetentes Coping umfasst beide Zielrichtungen.

Die klassische Stresstheorie von Lazarus geht davon aus, dass im positiven Fall ein Gleichgewicht zwischen den Anforderungen, denen sich eine Person oder eine Familie stellen muss, und ihren Bewältigungsmöglichkeiten besteht.²⁵ Zu belastendem Stress kommt es, wenn dieses Gleichgewicht nicht vorhanden ist. Bei Familien, die ein chronisch krankes oder behindertes Familienmitglied zu versorgen haben, ist diese Balance dauerhaft gestört. Wie die Stressforschung gezeigt hat, sind es nicht unbedingt die großen Belastungen durch einschneidende, krisenhafte Lebensereignisse, sondern vor allem die täglichen „kleinen Alltagswidrigkeiten“ („daily hassles“), die langfristig zu schweren Formen der Überlastung führen.²⁶ Behinderung, lang dauernde schwere bzw. chronische Krankheit eines Familienmitglieds haben zur Folge, dass zu den als „normal“ geltenden Anforderungen an das Copingpotential der betroffenen Familie zusätzliche gravierende Beanspruchungen hinzutreten, die die Bewältigungsressourcen jedes Einzelnen und der Familie so in Anspruch nehmen, dass es zu kritischen Entwicklungen kommt. Wie die Beratungspraxis in solchen Fällen zeigt, sind zumindest die Hauptbetreuungspersonen in erheblich belasteten Familien oft so erschöpft, dass sie nicht mehr in der Lage sind, die Schritte zu unternehmen, die notwendig wären, um ihre Situation zu ändern.

Besonders kritisch wird die Situation für die Familie, wenn es um die Versorgung schwer bzw. mehrfach behinderter Personen geht, für die eine lebenslange Betreuung notwendig ist. Wenn ent-

sprechende externe Betreuungsplätze fehlen bzw. nur stundenweise zur Verfügung stehen oder finanziell nicht leistbar sind, muss die volle Pflege von der Familie übernommen werden. Dies bedeutet eine erhebliche Einschränkung des Familienlebens. Zusätzlich können finanzielle Probleme auftreten, wenn teure Behandlungen nicht von den Kassen übernommen werden oder die Pflegeperson (bei kranken Kindern und Jugendlichen meist die Mutter²⁷) aufgrund der Behinderung keiner Berufstätigkeit mehr nachgehen kann. Oft kommt es zu dauerhaften Erschöpfungszuständen bis hin zu Burn-out der Betreuungspersonen, wenn die Pflege einen hohen Einsatz an Pflegehandlungen erfordert bzw. die Nachtruhe häufig gestört wird. Das soziale Netzwerk aus nahe stehenden Familienangehörigen, Freunden und Bekannten, das gerade in diesen Fällen als Unterstützungsressource besonders wichtig wäre, ist in der Regel eingeschränkt, da ausreichende Freizeit für die Pflege der sozialen Beziehungen fehlt.²⁸

Eine besonders schwerwiegende Situation besteht, wenn in einer Familie mit Kindern ein Elternteil an einer schweren Krankheit oder krankheitswertigen Störung leidet.²⁹ Auch wenn die Versorgung der Familie und die Pflege des betroffenen Elternteils einigermaßen geregelt sind, werden Kinder leicht „parentifiziert“, das heißt, in die Elternrolle gedrängt. Je nach Alter kann es hierdurch zu bedenklichen bis schweren Überforderungen kommen.

Bei Interventionen in vorbelasteten Familien ist es daher notwendig, eine genaue Bestandsaufnahme der belastenden Faktoren und der vorhandenen Ressourcen durchzuführen, um eine Reorganisation des Familienalltags initiieren zu können: Neuverteilung der Familien- und Betreuungsarbeit, Erarbeitung eines sinnvollen Erholungs- und Freizeitmanagements für alle Familienmitglieder und vor allem auch die Beratung, wie und welche externen Unterstützungsmassnahmen in Anspruch genommen werden können.³⁰ Beratende und gegebenenfalls psychotherapeutische Unterstützung des oder der Kranken selbst und der anderen Familienmit-

glieder bildet im Zuge des „Empowerment“ der Familien eine wichtige zusätzliche Bewältigungshilfe.

In Familien mit einem oder einer ständig pflegebedürftigen Angehörigen entsteht ein weiteres gravierendes Problem, wenn die pflegenden Eltern oder anderen Betreuungspersonen selbst pflegebedürftig werden. Hier sollte, wenn irgend möglich, frühzeitig Vorsorge getroffen und nicht erst dann nach möglichen Lösungen gesucht werden, wenn die Situation eskaliert. Für das kranke Familienmitglied kann der Übergang in ein geeignetes Pflegeheim erleichtert werden, wenn er gestaffelt erfolgt, so dass er oder sie zunächst nur den Tag dort verbringt, aber das Wochenende zuhause verlebt, schließlich dort auch übernachtet und in einer nächsten Phase die Wochenendaufenthalte stufenweise auf das für die Familie langfristig leistbare Ausmaß reduziert werden.

6. Die seelische Unterstützung Todkranker und die Bewältigung der Sterbebegleitung und des Todes eines nahestehenden Menschen

Wie Untersuchungen gezeigt haben, stellt der Tod eines geliebten Menschen eine der schwerwiegendsten seelischen Belastungen dar.³¹ Noch belastender ist die länger dauernde Begleitung eines Sterbenden, vor allem, wenn er oder sie in der Familie gepflegt wird.

Eine der einflussreichsten Theorien über den Sterbeprozess und die persönliche Akzeptanz des eigenen Todes stammt von Elisabeth Kübler-Ross.³² Ihr gebührt das Verdienst, die Sterbeforschung in einer Zeit initiiert zu haben, in der Sterben und Tod aus dem allgemeinen Bewusstsein eher ausgeklammert wurde. Die Sterbeforschung ist seither zu einem wichtigen Forschungsbereich geworden.³³

Bereits 1969 entwickelte Kübler-Ross aufgrund von Interviews bei mehr als 200 Menschen im letzten Stadium einer tödlichen Erkrankung ein Modell, das davon ausgeht, dass die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod fünf charakteristische Reaktionen hervorrufen kann: Im Einzelnen handelt es sich um folgende Formen der Reaktion

auf das herannahende, oder bei schweren Unfällen bzw. Krankheiten mit einem hohen Sterberisiko zu befürchtende Ende des eigenen Lebens: 1. Verleugnung, 2. Wut, 3. Feilschen, 4. Depression und 5. Akzeptanz. In der ersten Fassung ihrer Theorie wurden diese als aufeinander folgende Phasen konstruiert. Es stellte sich jedoch heraus, dass die betreffenden Reaktionen auch in anderer Reihenfolge auftreten und dass einzelne Stadien entfallen können. Zu beachten ist weiters, dass dieselben Reaktionen auch bei den Angehörigen und anderen, dem oder der Todkranken nahestehenden Personen zu beobachten sind.

Kritisiert wurde an dem Konzept von Kübler-Ross vor allem, dass es den familiären und außer-familiären Kontext zu wenig einbezieht und dass die individuelle Persönlichkeit des todkranken Menschen, seine Lebensgeschichte, seine Wertvorstellungen und seine spirituellen Überzeugungen nicht berücksichtigt werden. Ein besonderes Problem kann paradoxerweise entstehen, wenn die Pflegepersonen auf die den Stadien entsprechenden charakteristischen Reaktionen Todkranker gerade aufgrund ihrer Kenntnis der Lehre von Kübler-Ross *nicht* einfühlsam reagieren, da sie – wohl als Schutzmassnahme gegen eigene Gefühle der Trauer – die betreffenden Reaktionen als „zu erwarten“ und daher als „völlig normal“ ansehen.³⁴ Eine echte Unterstützung des oder der Todkranken verlangt, dass auf die jeweilige emotionale Lage angemessen und verständnisvoll eingegangen wird. Dies gilt besonders, wenn es sich um Kinder und Jugendliche handelt.

Jede der von Kübler-Ross beschriebenen fünf Formen der Auseinandersetzung mit dem heran-nahenden Ende des eigenen Lebens bedarf einer besonderen Form des einfühlsamen Umgangs von Seiten der Familie und anderer Nahestehender, um den Betroffenen selbst, aber auch der Familie insgesamt die emotionelle Bewältigung zu erleichtern. So ist es z. B. wichtig zu wissen, dass hinter der „Verleugnung“ noch immer die Hoffnung auf Besserung steht, die man einem todkranken Men-

schen keinesfalls nehmen darf – nicht zuletzt deshalb, weil Aussagen über zukünftige Ereignisse nie mit Sicherheit, sondern höchstens „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ getroffen werden können. Auch hinter dem „Feilschen“ steht die Hoffnung auf Besserung, auf mehr Zeit. Hier sollte man das betroffene Familienmitglied dabei unterstützen, den Widerstand gegen die Krankheit zu stärken, um tatsächlich so mehr Lebenszeit zu gewinnen. Gefühle der Wut oder Depression sollte man in Gesprächen mit dem oder der Todkranken zunächst verständnisvoll annehmen, dann aber auf gefühlsmäßig positiv besetzte Themen übergehen, wie z. B. erbrachte positive Lebensleistungen oder Erinnerungen an schöne Erlebnisse (sofern diese nicht Trauer und Verlustgefühle auslösen). Vor allem sollte man Anlässe zu guten Gesprächen mit und über Menschen suchen, zu denen eine liebevolle Verbundenheit besteht. Hilfreich ist hier z. B. auch die Anregung, dem oder der Todkranken im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten lange gehagte Wünsche zu erfüllen. Ein wichtiger Schritt zur Akzeptanz besteht schließlich darin, eine positive Lebensbilanz zu ziehen, auch wenn das zu erwartende Ende des eigenen Lebens subjektiv oder objektiv gesehen zu früh kommt. Entlastung kann hier die Erarbeitung der Einstellung bringen, sich über die Zuneigung geliebter Personen bewusst zu freuen und sie zu erwidern, ohne sich durch negative Emotionen wie z. B. Lebensneid oder Trauer zu sehr niederdrücken zu lassen. Gespräche über das Eingebundensein des eigenen Schicksals in einen höheren Sinnzusammenhang³⁵ und bei religiösen Menschen das Vertrauen auf ein erfülltes Leben nach dem Tod sind wichtige Schritte zur Akzeptanz.

7. Bewältigungshilfen für Kinder bei der Konfrontation mit dem Sterben und dem Tod geliebter Menschen

Für Kinder stellt die schwere, lebensbedrohliche Krankheit eines geliebten Menschen und vor allem sein Tod den stärksten Stressor überhaupt dar.³⁶ Nicht selten werden sie hierdurch zum ersten

Mal in existentiell bedeutsamer Weise mit der Endlichkeit des Lebens konfrontiert. Kinder aus religiösen Familien sind hier besser vorbereitet, aber auch bei ihnen kommt es zu besorgten Fragen nach dem Sinn des Lebens und des Todes und dem „Danach“. Auf sie sollte in verständnisvoller, einfühlsamer, eine positive emotionelle Bewältigung unterstützende Weise eingegangen werden. Völlig verfehlt ist es, wie es oft im Zuge einer falsch verstandenen pseudopschoanalytischen Überzeugung geschieht, Kinder massiv mit dem Sterben und Tod zu konfrontieren, um „Verdrängungen“ zu verhüten, da durch ein solches Vorgehen keine an die individuelle Persönlichkeit des Kindes angepasste Bearbeitung dieser Themen erfolgen kann, sondern nur eine emotionelle Belastung durch Angstinhalte resultiert, die entweder zu einer belastenden Hypersensibilisierung oder einer kategorischen Abwehr des Themas führt (zu den Langzeitfolgen früher Stresserfahrungen siehe Egle³⁷). Bearbeitungen des Themas Tod und Sterben in der Gruppe sind bei Kindern aus mehreren Gründen mit einem hohen Risiko behaftet: Eine echte Verarbeitung muss auf das betreffende Kind abgestimmt sein und einen genügend langen Zeitrahmen vorsehen, damit es ihm möglich wird, eine emotionell positive, durch Akzeptanz gekennzeichnete Einstellung zu diesem Problembereich aufzubauen. Oft treten dabei Ängste vor dem eigenen Tod oder dem Tod weiterer geliebter Personen auf, die individuell bearbeitet werden müssen, was in Gruppensitzungen nicht möglich ist.

Für die Erwachsenen heißt dies, dass sie bei der Bewältigung eines familiären Trauerfalles ihre eigene Trauer gelegentlich zurückstellen müssen, um dem Kind wirksam helfen zu können. Dies gilt insbesondere auch für die vorausgehende Sterbegleitung. Wird der oder die Todkranke zunächst zu Hause gepflegt, bedeutet die zusätzliche Arbeitsbelastung der pflegenden Personen allerdings, dass für die Kinder in einer Situation, in der sie Zuwendung und Trost benötigen, viel weniger Zeit zur Verfügung steht. Häufig ändert sich durch die da-

mit verbundenen hohen Anforderungen an die Arbeitskraft der Pflegepersonen auch das emotionale Klima in der Familie in negativer Weise. Dies ist besonders dann der Fall, wenn Pflegehandlungen auch in der Nacht erforderlich sind und sich langfristig ein Schlafdefizit bei den Betreuungspersonen einstellt. Trotz dieser Belastungen sollte versucht werden, jeden Tag Zeit für Spiel und Gespräche mit den Kindern zu reservieren, um sie seelisch unterstützen und negative Entwicklungen frühzeitig erkennen und beeinflussen zu können. Beim Umgang mit Kindern, die den drohenden oder bereits erfolgten Verlust einer geliebten Person erleben mussten, ist eine wichtige Besonderheit zu berücksichtigen: Auch wenn sie sehr verzweifelt sind, können sie ihre Trauer phasenweise völlig vergessen und fröhlich spielen. Dies ist kein Zeichen von „Herzlosigkeit“, sondern stellt einen notwendigen Schutzfaktor gegen zu große Stressbelastung dar, den man nicht durch Vorwürfe gefährden darf, da man im ungünstigsten Fall dadurch das Auftreten einer lang anhaltenden Depression bei dem Kind riskiert.

8. Erfolgreiche Trauerarbeit

Die Sterbebegleitung und der Tod eines geliebten Angehörigen stellen sowohl für die betroffenen Familienmitglieder als auch die Familie als Ganzes einen krisenhaften Einschnitt im Sinn eines dramatischen kritischen Lebensereignisses dar. Im Zuge meiner psychotherapeutischen Tätigkeit konnte ich erfahren, dass eine erfolgreiche Trauerarbeit drei Bewältigungsstadien durchlaufen muss. Diese bilden den generellen Rahmen sowohl für die individuelle als auch die familiäre Bewältigung des Verlustes eines geliebten Menschen. Sie gelten in entsprechend angepasster Form gleichermaßen für Erwachsene wie für Kinder und für die familiäre Bewältigung des Verlustes.

Im *ersten Bewältigungsstadium* (der eigentlichen Trauerphase) geht es vor allem darum, die Trauer zuzulassen und „die Tränen zu weinen“, die notwendig sind, um den Schmerz zu lindern und schließlich zu bewältigen. Dies ist eine notwendige

ge Voraussetzung, um den Verlust seelisch verarbeiten zu können. Dieses Stadium sollte eine Zeit des bewussten Abschiednehmens sein. Es ist nicht möglich, dafür eine Zeitdauer anzugeben: Der Prozess kann Wochen oder Monate in Anspruch nehmen. Dass sich das Stadium seinem Ende nähert, erkennt man daran, dass die *Pausen* zwischen dem erneuten Auftreten von Sehnsucht, Trauer und Verzweiflung zunehmend länger werden.

Therapeutisch hilfreich ist es in diesem Zusammenhang, mit den Betroffenen zu besprechen, dass sie ja auch in der Zeit, als die geliebte Person noch lebte, nicht immer mit ihr zusammen waren, dass aber das Bewusstsein, dass es sie gibt, dafür sorgte, dass sie sich ihr verbunden fühlten. Daraus lässt sich die Einsicht gewinnen, dass geliebte Menschen nicht körperlich anwesend sein müssen, um für einen selbst in Gedanken und Gefühlen präsent zu sein. Die Botschaft lautet daher, dass geliebte Verstorbene nach wie vor im eigenen Bewusstsein ihren gewohnten Platz haben. Dies leitet in das zweite Stadium über.

Das *zweite Bewältigungsstadium* stellt die eigentliche Verarbeitungsphase dar. Es ist erreicht, wenn es gelingt, ohne erneut in Trauer zu verfallen, die schönen Erinnerungen an die geliebte Person lebendig werden zu lassen und sich daran seelisch aufzurichten. Es wird dann möglich, in Liebe und Dankbarkeit an sie zu denken und daraus Kraft zu schöpfen. Menschen, die dieses Stadium erreicht haben, berichten häufig, dass sie in Gedanken gute Gespräche mit dem geliebten Menschen führen und sich auf diese Weise mit ihm auf eine ganz besondere Weise verbunden fühlen.

Für die familienbezogene Bewältigung ist es von erheblicher Bedeutung, dass in dieser Phase auf die Gefühle *aller* Beteiligten Rücksicht genommen wird. Ist es einem Familienmitglied noch nicht möglich, ohne Kummer über den Verlust zu sprechen, sollte dies unbedingt respektiert werden.

Das *dritte Bewältigungsstadium* dient dem aktiven Finden eines neuen individuellen und familiären Gleichgewichts: Hier geht es darum, Schritt für

Schritt die Lücke, die die geliebte Person hinterlassen hat, zu schließen, indem man sich mutig den veränderten Lebensanforderungen stellt. Kindern kann man zum Beispiel sehr helfen, wenn man Aktivitäten, die zuvor gemeinsam mit der verstorbenen Person durchgeführt wurden, mit ihnen in veränderter Form neu entdeckt: Wanderungen zu neuen Zielen, sportliche Aktivitäten (die zunächst in anderen Umgebungen ausgeführt werden sollten), Einladungen bzw. Feste mit neuen, emotional ansprechenden Akzenten und anderes mehr.

Je belastender die Zeit mit dem Verstorbenen während der letzten Krankheit war, desto facettenreicher gestaltet sich dieser allgemeine Ablauf des Bewältigungsprozesses, vor allem, wenn unerledigte Konflikte die Bewältigung erschweren. Ohne jetzt auf Details einzugehen, gilt als generelle Regel, dass ein weiteres Ziel der Trauerarbeit in diesen Fällen darin besteht, Lösungen zu finden, die es den Betroffenen erlauben, mit dem Andenken an den verstorbenen Menschen in Frieden zu leben.

Referenzen

- 1 Schneewind K. A., *Sozialisation und Erziehung im Kontext der Familie*, in: Oerter R., Montada L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*, Beltz, Weinheim (2008), S. 117-145
- 2 Petzold M., *Definition der Familie in psychologischer Sicht*, in: Rollett B., Werneck H. (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*, Hogrefe, Göttingen (2002), S. 1-21
- 3 Grossmann K., Grossmann K. E., *Newborn behaviour, early parenting quality and later toddler-parent relationships in a group of German infants*, in: Nugent J. K., Lester B. M., Brazelton T. B. (Eds.), *The cultural context of infancy*, Ablex, Norwood, NJ (1991), Vol. 2, pp. 3-38
Grossmann K., Grossmann K. E., *Bindung. Das Gefüge psychischer Sicherheit*, Klett-Cotta, Stuttgart (2004)
Gloger-Tippelt G., *Der Beitrag der Bindungsforschung zur klinischen Entwicklungspsychologie der Familie*, in: Rollett B., Werneck H. (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*, Hogrefe, Göttingen (2002), S. 1-21
- 4 Bowlby J., *Attachment and loss. Vol 1: Attachment*, Basic Books, New York (1969)
Bowlby J., *Attachment and loss. Vol 2: Separation*, Basic Books, New York (1973)

- Bowlby J., *Attachment and loss. Vol 3: Loss, sadness and depression*, Basic Books, New York (1980)
- 5 siehe dazu Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E., Wall S., *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*, Erlbaum, Hillsdale, NJ (1978)
 - 6 siehe dazu Main M., Hesse E., *Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or fighting parental behaviour the linking mechanism?*, in: Greenberg M. T., Cicchetti D., Cummings E. M. (Eds.), *Attachment in the preschool years*, University of Chicago Press, Chicago (1990), pp. 161-184
 - 7 Thomas A., Chess S., *Temperament and development*, Brunner/Mazel, New York (1977)
Chess S., Thomas A., *Temperament: Theory and practice*, Brunner/Mazel, New York (1996)
 - 8 Werneck W., Rollett B., *Die Rolle der kindlichen Temperamentsentwicklung für die Familienentwicklung nach dem Übergang zur Elternschaft*, in: Rollett B., Werneck H. (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*, Hogrefe, Göttingen (2002), S. 98-117
 - 9 Rollett B., Werneck H., *Familienentwicklung im Lebenslauf (FIL): Familienentwicklung im Schulalter des Kindes*, Institut für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie der Universität Wien, Wien (2001)
Rollett B., Werneck H., Hanfstingl B., *Familienentwicklung im Lebenslauf (FIL): Familienentwicklung beim Schulübertritt*, Institut für Entwicklungspsychologie und Psychologische Diagnostik der Universität Wien, Wien (2005)
 - 10 Rollett B., Werneck H., siehe Ref. 9
 - 11 Pils R., *Determinanten von Partnerschaftsqualität*, Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien (2006)
 - 12 Hahlweg K., *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FDP)*, Hogrefe, Göttingen (1996)
 - 13 Thimm W., Akkermann A., Hupasch-Lahbom M., Krauledat S., Meyners C., Wachtel G., *Quantitativer und qualitativer Ausbau ambulanter, familienentlastender Dienste (FED)*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 80., Baden-Baden (1997)
Thimm W., Wachtel G., *Familien mit behinderten Kindern: Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme*, Juventa, München (2002)
 - 14 Bodenmann G., *Stress und Partnerschaft – Gemeinsam den Alltag bewältigen*, Hans Huber, Bern (1997) [14]
siehe dazu auch Bodenmann G., *Der Einfluss der Gesundheit auf die Partnerschaft: Eine 3-Jahres-Längsschnittuntersuchung*, *Zschr Klein Psychol* (1998); 27(3): 189-201
 - 15 Rollett B., Werneck H., *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. Aufgaben und Perspektiven*, in: Rollett B., Werneck H. (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*, Hogrefe, Göttingen (2002), S. 1-21
Schneewind K. A., siehe Ref. 1
 - 16 Petermann F., Noeker M., Bode U., *Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*, Psychologie Verlags Union, Weinheim (1987)
 - 17 Häußler M., Bormann B., *Studie zur Lebenssituation von Familien mit behinderten Kindern in den neuen Bundesländern*, Abschlußbericht des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden (1997)
Kassebrock F., *Erziehungsberatung bei Familien mit einem behinderten Kind*, in: Körner W., Hörmann G. (Hrsg.), *Handbuch der Erziehungsberatung*, Hogrefe, Göttingen (1998), Band 1, S. 77-90
Petermann F., Noeker M., Bode U., siehe Ref. 16
Roth R., *Kinder mit Diabetes*, in: Lange K., Hirsch A. (Hrsg.), *Psycho-Diabetologie*, Kirchheim Verlag, Mainz (2002), S. 92-111
Mattern R., *Erziehungsberatung bei chronischer Krankheit/Behinderung*, in: Hörmann G., Körner W. (Hrsg.), *Einführung in die Erziehungsberatung*, Kohlhammer, Stuttgart (2008), S. 236-261
Thimm W., *Familien mit behinderten Kindern in Deutschland – Wege der Unterstützung*, in: Thimm W., Wachtel G. (Hrsg.), *Familien mit behinderten Kindern: Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme*, Juventa, München (2002), S. 11-28
 - 18 Rollett B., Kastner-Koller U., *Praxisbuch Autismus für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten*, Elsevier, München (1994¹, 2007²)
Rollett B., *Die Arbeit mit Angehörigen autistischer Kinder und Jugendlicher*, *Pädiatrie und Pädologie* (2007); 42(5): 28-31
 - 19 Thimm W. et al., siehe Ref. 13
 - 20 Achilles I., *... und um mich kümmert sich keiner! – Die Situation der Geschwister behinderter und chronisch kranker Kinder*, Ernst Reinhardt Verlag, München (2002), 3. Auflage
 - 21 Häußler M., Bormann B., siehe Ref. 17
 - 22 Thimm W., Wachtel G., siehe Ref. 13
 - 23 Scheithauer H., Petermann F., Niebank K., *Frühkindliche Risiko- und Schutzbedingungen: Der familiäre Kontext aus entwicklungspsychologischer Sicht*, in: Rollett B., Werneck H. (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*, Hogrefe, Göttingen (2002), S. 69-97
Juen B., *Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen*, Studia-Univ.-Verlag, Innsbruck (2004)
 - 24 Thimm W., siehe Ref. 17
Hirchert A., *Die Sicht der Eltern*, in: Thimm W., Wachtel G. (Hrsg.), *Familien mit behinderten Kindern: Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme*, Juventa, München (2002), S. 74-102

- 25 Lazarus R. S., *Psychological stress and the coping process*, McGraw-Hill, New York (1966)
- Lazarus R. S., *Coping theory and research: Past, present and future*, *Psychosom Med* (1993); 55: 234-247
- Lazarus R. S., Launier R., *Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt*, in: Nitsch J. R. (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*, Huber, Bern (1981), S. 213-260
- 26 Kohn P. M., *On coping adaptively with daily hassles*, in: M. Zeider & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping-Theory, research, applications*, Wiley & Sons, Inc., New York (1996), pp. 181-201
- 27 vgl. dazu Häußler M., Bormann B., siehe Ref. 17 Hirschert A., siehe Ref. 24
- 28 Mattern R., *Gemeinsam allein - Zusammenleben mit chronisch Kranken am Beispiel Multipler Sklerose*, Centaurus Verlag, Herbolzheim (2005)
- Mattern R., *Chronisch krank - chronisch vergessen? - Kommunikation/Mobilität/Alltag*, *Das Gesundheitswesen* (2007); 69: 195-205
- 29 Pabst J., Dinkel-Sieber S., Knobel J., Rauber J., *Forschungsprojekt „Kinder in Familien mit einem chronisch kranken Elternteil am Beispiel der Multiplen Sklerose“ - Ergebnisse*, Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, Zürich (1998)
- Riedesser P., Schulte-Markwort M., *Kinder körperlich kranker Eltern - Psychische Folgen und Möglichkeiten der Prävention*, *Dt. Ärzteblatt* (1999); 38: 96:A, 2353-2357
- Romer G., Haagen M., *Kinder körperlich kranker Eltern*, Hogrefe, Göttingen (2007)
- 30 siehe z. B. Steck B., *Multiple Sklerose und Familie - Psychosoziale Situation und Krankheitsverarbeitung*, Verlag Karger, Freiburg (2002)
- 31 Seiffge-Krenke I., *Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf*, in: Oerter R., Montada L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*, Beltz, Weinheim (2008), S. 822-836
- 32 Kübler-Ross E., *On death and dying*, Macmillan, New York (1969)
- 33 Weissmann A. D., *The coping capacity: On the nature of being mortal*, New York: Sciences Press (1984)
- Samarel N., *The dying process*, in: Wass H., Neimeyer R. A. (Eds.), *Dying: Facing the facts (3rd ed.)*, Taylor & Francis, Washington, DC (1995), S. 89-116
- Block S. D., *Assessment and management of depression in the terminally ill*, *Ann Intern Med* (2000); 132: 151-163
- Steinhauser K. E., Clipp E. C., McNeilly M., Christakis N. A., Mc Intyre L. M., Tulsy J. A., *In search of a good death: Observations of patients, families and providers*, *Ann Intern Med* (2000); 132: 825-832
- Worden J. W., *Toward an appropriate death*, in: Rando T. A. (Ed.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning*, Research Press, Champaign, IL (2000), S. 267-277
- 34 siehe dazu z. B. Corr C. A., *Coping with dying: Lessons that we should and should not learn from the work of Elisabeth Kübler-Ross*, *Death Studies* (1993); 17: 69-83
- Kastenbaum R., *Death society and human experience (7th ed.)*, Allyn and Bacon, Boston (2001)
- 35 Frankl V. E., *Bergerlebnis und Sinnerfahrung*, Tyrolia-Verlag, Innsbruck (1992)
- 36 Seiffge-Krenke I., siehe Ref. 31
- 37 Egle U., *Langzeitfolgen früher Stresserfahrungen*, in: Cierpka M. (Hrsg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention*, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (2005), S. 36-56

Peter Gathmann

Bemerkung zu fehlerhaft kommunizierenden Systemen und den Folgen

Zusammenfassung

In Diagnose und Therapie wird die Einbettung des Patienten in seiner Familie zu selten erkannt. Der Helfer (Kindergärtnerin, Lehrer, Pädiater und Allgemeinmediziner, Sozialarbeiter) ist nicht trainiert, seinen Patienten als Teil eines oder mehrerer Systeme zu sehen. Besonders im ersten Kontakt mit dem professionellen Helfer wiederholt der Patient seine frühkindlichen Interaktionsmuster. Diese fehlerhafte und pathogene Kommunikation innerhalb der Familie kann erkannt und verändert werden (Familienorientierte Allgemeinmedizin, Systemische Familientherapie). Das bis heute nicht ausreichend genutzte systemische Denken in Medizin und Medizinpolitik hat eine gesellschaftliche Veränderungspotenz.

Stichwörter: Frühkindliche psychosomatische Reaktionsmuster und Familie. Systemtheorie, dualistische, holistische und systemische Familienmedizin

Abstract

In therapy and diagnosis the aspect of the patient's imbedding in his own family is rarely recognised. As far as the helper (nursery nurse, teacher, paediatrician and general practitioner, social worker etc.) is concerned the underlying reason is often an inability to see the patient as part of one or more systems. Especially the (patient's) first contact with a professional helper needs to be understood as a repetition of early childhood patterns of interaction in the family system. This faulty and pathogenic communication within the family can medically be detected and changed in Family Oriented Primary Care. Hitherto not sufficiently used systemic thinking in medicine and medicine politics would prompt changes in society as a whole.

Keywords: Psychosomatic reaction patterns in early childhood and family, system theory, dualistic, holistic and systemic family medicine

Univ.-Prof. Dr. Peter Gathmann
Österreichische Gesellschaft für Klinische Psychosomatik, Klinische Psychotherapie sowie Liaison und Konsultation
Leschetitzkygasse 50, A-1180 Wien
pg18@aon.at

Manche Begegnungen mit Leidenden sind besonders geeignet, um zu verstehen, dass Familie und Krankheit zusammenhängen und es daher lohnt, diese ursächliche Verbindung zu berücksichtigen. Die zur Erkenntnis dieser Tatsache bevorzugten Begegnungen finden in Kindergarten und Volksschule mit den jeweiligen Lehrern oder in der Konsultation beim Pädiater wegen kindlicher Beschwerden statt, später in den Sprechstunden des (Familien!-)Arztes, dem „Arzt der ersten Linie“, wegen trotz Behandlung weiter bestehender Beschwerden.

Definition Familie

Aber wer oder was ist Familie?

Familie ist ein System mehrerer, in Intimität zusammenlebender Personen mit gemeinsamer Geschichte. Zu dieser tradierten Historie gehört auch die Tatsache, dass zwei Personen, die „eine Familie gründen“ wollen, aus ganz spezifischen Ursprungsfamilien stammen, die das Paar geprägt haben und weiterhin beeinflussen werden. Insofern kann auch eine Familie nicht a-historisch, also ohne Bezug auf ihre Einbindung auf die Eltern der Eltern usw. betrachtet und verstanden werden. Oder, wie der

Hausarzt F. J. A. Huygen präzisiert: „Die Familie ist keine Ansammlung von Individuen, sondern eine lebendige und entwicklungsfähige Einheit verbundener Menschen, die gemeinsame innere und äußere Bedingungen teilen.“

Anfang der Werdung der Familie: die frühe Mutter-Kind Beziehung

Wenn das Kind das Paar zur (Klein-)Familie komplettiert, ist es nicht nur das Mischungsergebnis der körperlichen, genetisch tradierten Merkmale der Eltern. Es hat, abgesehen von der intrauterinen, also vorgeburtlichen Bindung, ab der Geburt eine Beziehung zur Mutter sowie zum Vater und anderen Beziehungspersonen. Der Anfang der Familienwerdung ist die frühe Mutter-Kind Beziehung. Diese lässt sich als zunächst dyadisches (2-Personen), nach kybernetischen Gesetzen ablaufendes Kommunikationssystem verstehen und analysieren. Dieses familiäre Ur- und Minisystem prägt des Kindes Verhalten und Gewohnheiten, bedingt aber auch seine Gesundheit und Krankheiten mit (siehe Abb. 1).

Die Mutter beantwortet die kindliche Bedürfnissignalisierung mit Trösten, Liebkosen, Wiegen,

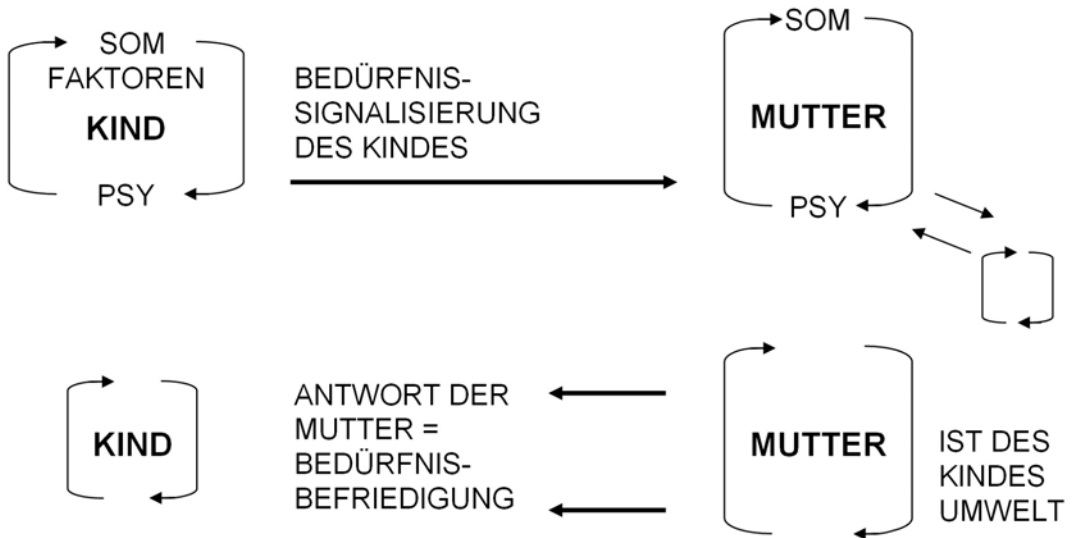


Abb. 1: Die frühe Mutter-Kind-Beziehung als Kommunikationssystem (SOM: Soma, PSY: Psyche)

Stillen. Die mütterlichen Verhaltensweisen laufen zum Teil nach angeborenen, zum Teil nach erlernten Verhaltensmustern, nach Programmen ab: relativ ungestört, so sie angeboren, störanfällig, wo sie das Ergebnis eines von und in der Mutter-Kind/Säugling Beziehung stattfindenden Lernens sind. Es kann beim Säugling ein frustrierender Lernverlauf mit eventuellen körperlichen Folgen (erstes kindliches psychosomatisches Reaktionsmuster²) durch eine nicht ausreichende, zögernde oder gar fehlende Reaktion auf seine massive Bedürfnissignalisierung zustande kommen (siehe Abb. 2).

Eine andere kommunikative Störungsvariante bestünde darin, dass zögernde Signale des Kindes von einer überfürsorglichen Mutter „überantwortet“ werden (siehe Abb. 3).

Vieles spricht dafür, dass viele auch organische Erkrankungen ihre Wurzeln in dieser höchst vulnerablen Phase der menschlichen Entwicklung haben. Zusätzlich muss davon ausgegangen werden, dass der Interaktionsstil aller späteren zwischenmenschlichen Beziehungen ihren Ursprung in der Mutter-Vater-Kind Beziehung, also in der Familie haben.

Wegen des Eingebettet-Seins des Säuglings und Kleinkindes in dieses Minisystem ist beim ersten Auftreten von Symptomen das Krankwerden, so der Helfer dies „lesen“ kann, Signal eines fehlerhaft kommunizierenden Systems. Versagt die Selbstregulation durch die Familie, so folgt meist die Fremdregulation durch eine ärztliche Intervention. Zu diesem Zeitpunkt hat sich die Mutter-Säugling-Beziehung schon längst zum Mutter-Vater-Kind (+ Geschwister) System entwickelt: Geburtsstunde der Familie. Bei diesem „3plus System“ spielt der Vater im Interaktionssystem eine ganz spezifische und wirksame Rolle. Mutter, Kind, Vater als System sind wiederum Subsysteme eines größeren Systems, das auch sie beeinflusst, z. B. die Beziehung der Eltern der Mutter und die des Beziehungspartners sowie dessen Interaktionen, dann die gesellschaftlichen Einflüsse usw. (siehe Abb. 4).

Dass emotionale Bedürfnisse der Frau an das Kind herangetragen werden, ist eine übrigens sehr häufige pathogene familiäre Gegebenheit, im Gegensatz zu einer Frau mit zufriedenstellender Partnerschaft.

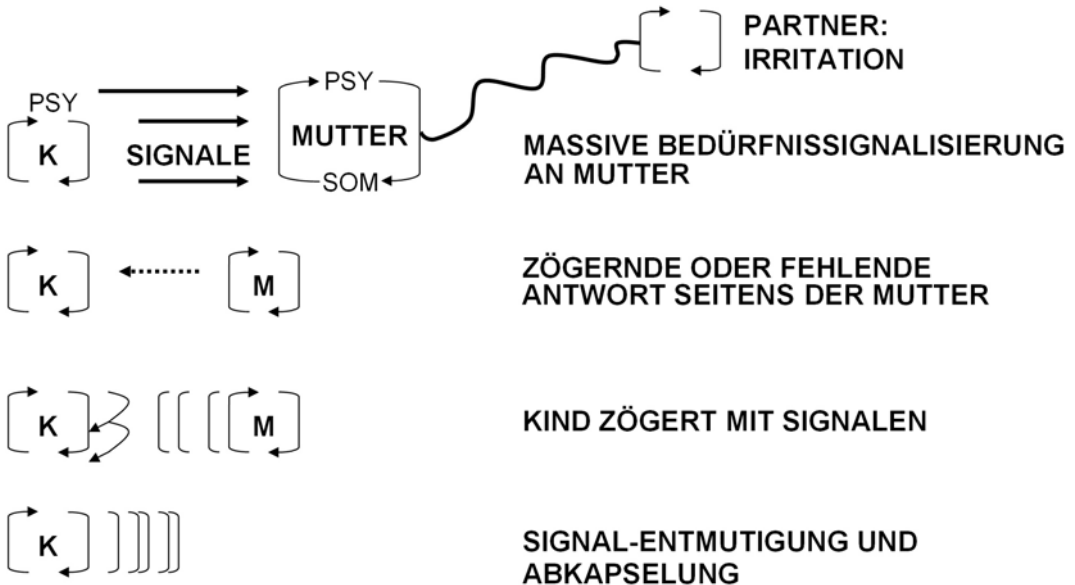


Abb. 2: „Autismustyp“ wegen der zu erwartenden „Signalisierungsentmutigung“ des Säuglings: Die Umwelt = Mutter ist kein Garant für die Befriedigung basaler Bedürfnisse. (PSY: Psyche, SOM: Soma, K: Kind, M: Mutter)

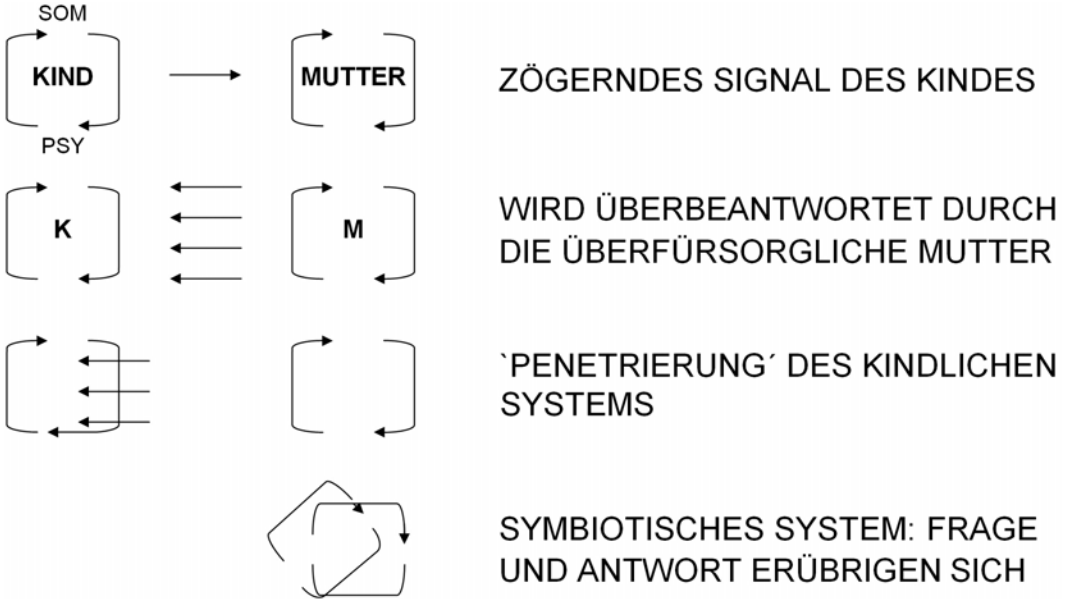


Abb. 3: „Asthmatyp“ (siehe auch Tab. 1: Neurodermatitis) wegen einer durch Überfürsorglichkeit kompensierten unbewussten Feindseligkeit der Mutter.

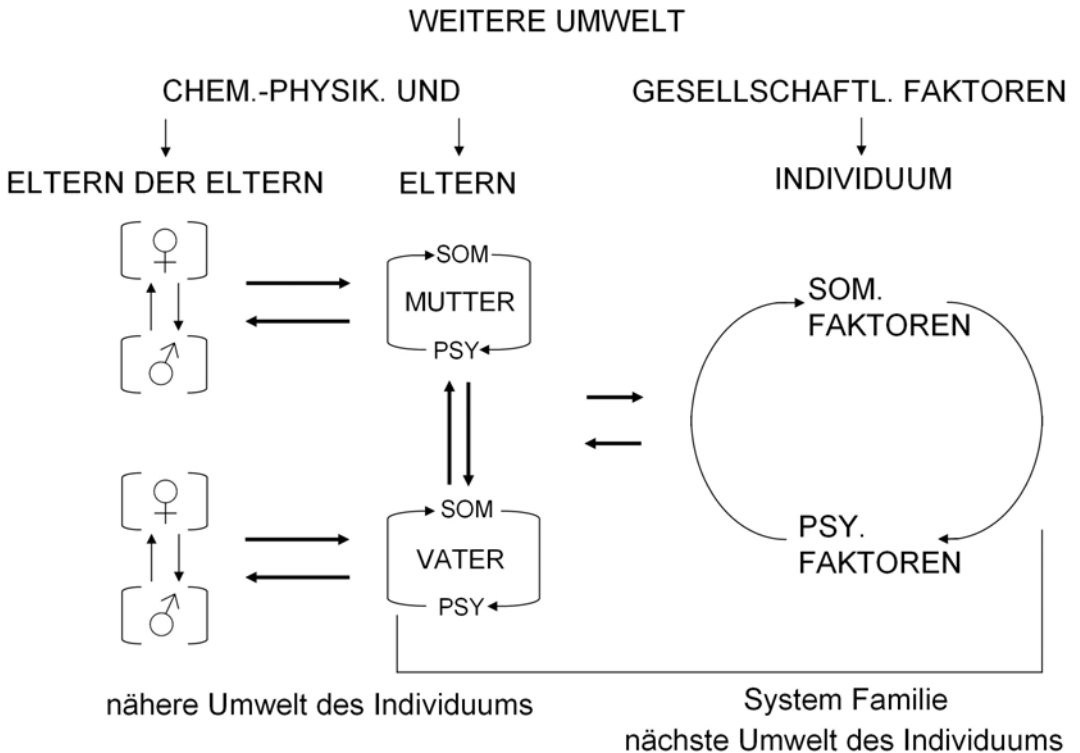


Abb. 4: Krankheitsentstehung im System Familie

Das Bio-psycho-soziale Modell

Abb. 4: Jeder Mensch wird von außen, also von der weiteren Umwelt (chemisch-physikalische, soziale Faktoren) und von innen, vom Aufeinanderwirken somatischer (som) und psychischer (psy) Faktoren beeinflusst. Jeder Mensch ist im System Familie (Mutter, Kind, Vater, Geschwister) eingebettet. Seine Eltern sind ebenfalls in je eine Familie integriert, die auf sie einwirkt, usw. Wird der Einzelne krank, sollte seine Symptomatik auch vom Aspekt der auf ihn Einfluss nehmenden Familie betrachtet werden. Dieses multifaktorielle, bio-psycho-soziale Modell (somatische, psychische Faktoren) ist ebenso trivial wie im medizinischen Alltag ungenutzt. Die Gründe dafür werden in der Analyse der Arzt-Patient Interaktion deutlich.

Aber wie steht es um den konsultierten Arzt/Ärztin, auch er/sie Sohn/Tochter einer Familie?³ Ist ihm/ihr bewusst, dass eine medizinische Intervention Teil einer heilenden Beziehung ist? Dass seine/ihre Interaktion die fehlerhaften familiären Kommunikationsmuster des Patienten zu korrigieren vermag? Und ist man dazu bereit und willens, wo einem dies im Laufe des Medizinstudiums ausgetrieben oder zumindest nicht als Thema nahe gebracht wurde? Ist der Arzt/die Ärztin bereit, die leidenschaftslose „objektive Rolle“ des Betrachters des „Objekts Patient“ („Ich weiß, was du brauchst“) zu verlassen? Ein professoraler Kollege antwortete auf die Frage nach der Arzt-Patient-Beziehung ent-rüstet: „Ich habe keine Beziehungen zu meinen Patienten...“ Das Missverständnis liegt hier offen zu Tage: Es gibt sie, die Medizin ohne Beziehung zum Patienten. Eine Medizin, die dem trivialen Modell der reparaturbedürftigen Maschine folgt. Eine Medizin, bei welcher der handelnde Arzt am Objekt Patient Daten sammelt, interpretiert und zur Basis seiner therapeutischen Reaktion werden lässt. Bei diesem Prozess bleibt der Arzt scheinbar aus der „Beziehung“ ausgespart, seine Person tut nichts zur Sache. Doch die Annahme des unbeteiligt Bleibens des Arztes stimmt schon bei den ersten Schritten des Datensammelns und Interpretierens nicht

mehr, denn es erfahren die vom Patienten gegebenen Informationen eine sehr persönliche, durch Biographie, Sozialisation etc. des Arztes beeinflusste Auswahl. Einstein weist zu Recht darauf hin, dass es unsere Theorien seien, die darüber bestimmen, was wir sehen und beschreiben.⁴

Über das Fehlen ganzheitlichen und systemischen Denkens in der Medizin

Lässt sich eine retrograde Entwicklung der westlichen Medizin von einer ganzheitlichen humoralen zu einer cartesianisch-dualistischen Medizin feststellen?

Als die Medizin im 19. Jahrhundert den Weg der Naturwissenschaft einschlug, folgte eine lange Periode eines kartesianischen Dualismus und dessen Metaphysik, die bedauerlicherweise bis heute andauert. In unserer medizinischen Ausbildung, die ja leider einer „deformation professionelle“ gleichkommt, blieben die meisten Mediziner in den die Struktur als krankheitserzeugende Ursache (Galen, Morgani, Virchow) erklärenden Modellen, stecken. Nennen wir also diese Mediziner einmal der Einfachheit halber Strukturalisten. Im Gefolge davon entstand das Paradigma der Maschine als Erklärung für Lebensvorgänge und Krankheitsentstehung. Deren Reparatoren: Die Iatromechaniker. Die Konsequenzen des Maschinenparadigmas prägen den Körperbegriff der so genannten modernen Medizin. Das Maschinenparadigma hat zwar die Entwicklung einer erfolgreich übertechnisierten Medizin gefördert; es versagt aber an zwei entscheidenden Punkten:

1. Es reicht nicht aus, um Körpervorgänge als spezifische Lebensphänomene zu beschreiben.
2. Es kann nicht psychische und soziale Faktoren mit Körpervorgängen in Verbindung bringen.

Familie und Krankheit

Als Basis dessen, was zwischen Arzt und Patient geschieht, hat das familiäre Minisystem der frühen Mutter-Kind-Beziehung, die auch die Präsenz des Vaters inkludiert, zu gelten.

Hypothese 1

Die Geburtsstunde der Familie ist lange vor der Geburt anzusetzen; die prä- und postnatale Beziehung aber muss als grundlegende prägende Kraft in den Entwicklungsprozessen des Säuglings gesehen werden. Es kann und wird auch in der Mehrzahl ärztlicher Interventionen der Kranke isoliert betrachtet und behandelt werden. Aber auch in den nicht offensichtlich kranken und/oder krankmachenden Familien erweist es sich als zweckmäßig, den einzelnen Patienten in seiner familiären Einbettung zu berücksichtigen.

Hypothese 2

Patienten haben Familien („Patients have families“ betitelt 1948 Richardson seinen Bericht zur Gesundheitsversorgung von Familien in den USA⁵), und diese beeinflussen das Gesundheits- und Krankheitsverhalten des Patienten ebenso wie ihre Kooperation (compliance!) die Behandlung ihrer Krankheiten. Hat der in Hypothese 1 und 2 für Gesundheit und Krankheit so wesentliche *Aspekt der Beziehung* (interaktioneller Aspekt) im Verständnis (sowohl beim leidenden Patienten als auch beim behandelnden Arzt) der Krankheitsentstehung, des Verlaufs und der Behandlung Eingang gefunden? Wenn das nicht der Fall ist, sind folgende Störungen zu erwarten:

a) Von Seiten des Patienten:

1. Er weiß nicht, was ihn krank macht.
2. Daher kann er nicht sagen, was er braucht.
3. Klarerweise bekommt er nicht, was er braucht, um gesund zu werden.

b) Von Seiten des Mediziners:

1. Er glaubt zu wissen, was den Kranken krank macht.
2. Er meint, dem Patienten klar zu sagen, was dieser braucht.
3. Er gibt es ihm, nur nützt es dem Patienten nichts, dieser kann es nicht gebrauchen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass der Patient die ihn krankmachende Traumatisierung, die familiären pathogenen Kommunikationsstruk-

turen in der Interaktion mit dem Mediziner „re-inszeniert“, und zwar um so stärker, je bedeutender psychische und soziale Faktoren an seinem Krankwerden mitbeteiligt waren. Er „überträgt“ den früh erlebten und krankmachenden Kommunikationsstil auf den Arzt in der Konsultationssituation.

Ist diese Re-Inszenierung nützlich?

Hypothese 3

Der Patient kann durch sie erfahren, was ihn krank macht und –

Hypothese 4

Der Mediziner kann es vom Patienten erfahren.

Hypothesen 3 und 4 setzen freilich voraus, dass der Mediziner systemisch, psychosomatisch und familienbezogen denkt und handelt.

Dazu notwendig sind:

1. ein Wissen über den Leib-Seele-Zusammenhang zu besitzen, d. h. zu verstehen, nach welchen, auch systemischen Gesetzmäßigkeiten, psycho-physische Phänomene ablaufen (psychosomatische und psychodynamische Basics);
2. dieses zunächst theoretische Wissen auf der Basis eigener Betroffenheit selbst sinnlich und bewusst zu erleben;
3. aus diesem ganzheitlichen Erlebnis dem Patienten als einmalige, unteilbare Person in einer dialogischen Beziehung zu begegnen.

In diesen drei Punkten ist subsumiert, was einen Arzt im Winnicot'schen Sinne zu einer „good enough mother“ – einer ausreichend guten Mutter – macht, nämlich zuhören, verstehen und reagieren, womit wir wieder im familiären, jetzt aber heilenden Kontext der Familie angelangt sind.

An den frühen körperlichen Störungen des Säuglings, so sie nicht organisch bedingt sind, zeigen sich unmittelbare Reaktionen auf eine gestörte familiäre Struktur und Kommunikation. Der Vater als Familienmitglied wirkt auf diese Beziehung durch seine Interaktion auf seine Frau, die Kindesmutter (dazu aus der systemischen Familienmedizin: „Do you want to make your children happy?

Make your wife happy!“).

Der Wechsel vom intra- zum extrauterinen Dasein zwingt die Mutter-Kind Symbiose zu neuen Kommunikationsmitteln. Der Säugling befindet sich bis etwa zum dritten Lebensmonat noch in der Symbiose, während die Mutter schon aus einer Ich-Du-Beziehung fühlt und handelt. In dieser frühen Mutter-Kind-Beziehung prägt ein dichter Kommunikationsprozess grundlegend bleibende vegetative Schablonen, psychische Erlebnisweisen (Lust, Unlust), sowie soziales Verhalten (Ermutigung, Mut, sozialer Beitrag bzw. Entmutigung, Minderwertigkeitsgefühl, Neurotisierung;⁶ Urvertrauen;⁷ siehe Tab. 1).

Spitz, ein früher Beobachter und Filmer der Mutter-Kind-Beziehung in ihrer potenziellen Pathogenität, korrelierte defizitäre mütterliche Haltungen mit psychophysischen Störungen des Säuglings. Diese übrigens sehr häufigen frühen psychosomatischen Reaktionsmuster reichen von dermatologischen und gastrointestinalen Funktionsstörungen (ICD-10 F45.3 somatoforme autonome, also über das Vegetativum laufende Störungen) über F9 (Verhaltens- und emotionelle Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) bis zu F54 (psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen). In der ICD-10 Kodierung F54 finden sich für den psychosomatisch Informierten, nicht aber für den noch unkundigen Studierenden verständlich, die im ICD-9 noch als psychosomatische Erkrankungen mit histologischer Substratschädigung bezeichneten Erkrankungen (im Unterschied zu den körperlichen

Funktionsstörungen psychischen Ursprungs), die als die „holy seven“ apostrophiert wurden (atopische Neurodermatitis, Ekzem, Urticaria, Ulcus ventriculi et duodeni, Colitis ulcerosa).

Eingangs wurden zwei konträre pathogene Kommunikationsstile beschrieben: Die Über- und die Mangelbeantwortung der Säuglingssignale. So wie der Säugling nicht isoliert betrachtet werden kann („There is no such thing as a baby“, unterstrich Winnicott diese Mutter-Kind-Einheit), so kann ebenso die Mutter nicht getrennt von ihrem Interaktionspartner, dem Säugling, verstanden werden. Beide, will man der Gesundheit erhaltenden und Krankheit erzeugenden Realität gerecht werden, müssen unter dem Aspekt der Familie und ihrer Interaktionen analysiert werden. Nur so kann das Odi-um der „allein krankmachenden Mutter“ und die lange als „Mutterneurosen“ überschriebenen frühen Störungen beseitigt werden. Können doch jene defizitär interagierenden Mütter sicher nicht ohne familiären Bezug, nicht ohne Berücksichtigung der Beziehung der beiden Eltern des krank werdenden Kindes verstanden werden. Hier könnten systemische Ansätze entscheidend Klärung schaffen.

Die kranke Familie und ihre Behandlung: die Familienmedizin

Auch Ärzte, die den Ausdruck Familienmedizin nie gehört haben, wissen, dass ihre Patienten zwar wegen eines oder mehrerer Symptome kommen, zugleich aber ihr soziales Umfeld, insbesondere ihre Familie zur Sprechstunde mitbringen.

Nachdem der Arzt M. Balint in „Der Arzt, der

Einstellung(en) der Mutter	Krankheit des Säuglings
Teilentzug affektiver Zuwendung	anaklitische Depression
Völliger Entzug	Marasmus
Unverhüllte Ablehnung	Neugeborenenkoma
ängstliche übertriebene Besorgnis	Dreimonatskolik
Feindseligkeit in Form von Ängstlichkeit	Neugeborenen-dermatitis
Wechsel zwischen Verwöhnung und Feindseligkeit	Hypermobilität (Schaukeln)

Tab. 1: Störungen im Säuglingsalter entsprechend mütterlicher Einstellungen (nach Spitz)

Patient und die Krankheit“ 1964 beschrieb, wie die Beziehung zwischen Arzt und Patient den Verlauf einer Erkrankung beeinflusst,⁸ war es besonders für den Allgemeinmediziner („Familiendoktor“) nahelegend, den dritten Faktor, nämlich das familiäre Umfeld in die medizinische Diagnostik und Therapie einzubeziehen. Da die Familie ein System ist, also eine Gruppe von Menschen, die als funktionales Ganzes interagieren, mussten die Grundideen des systemischen Denkens in die allgemeinmedizinische Forschung integriert werden. Dies geschah in den USA mit den Anfängen der Systemischen Familientherapie (Minuchin⁹ und Mental Research Institute Palo Alto), in Deutschland etwa ab H. E. Richters „Patient Familie“ (1971)¹⁰.

Die Wiener Psychosomatische Abteilung (Gründung Hoff/Ringel) wurde von Anfang an und vom Auftrag her (Psychotherapeutische Behandlung psychosomatischer Erkrankungen und Essstörungen) mit der Frage konfrontiert: Was macht in der Familie den Einzelnen krank? Diese Frage ist dem multifaktoriellen, biopsychosozialen Modell (siehe Abb. 4) und dem in diesem impliziten systemischen Denken verpflichtet. Man denke einfach an die junge Frau mit anorektischem Verhalten (früher: Patientin mit Anorexia nervosa; oder: „Die Anorektikerin“), die bei offensichtlich gestörter Familienbeziehung „Symptomträgerin“ und damit „Stabilisiererin“ der kranken Familie ist (eine ähnliche Patientin unserer Station: „In dieser Familie zahlt es sich nicht aus, Frau zu sein.“). Aber: Wird der zukünftige Arzt im systemischen, ganzheitlichen, psychosomatischen Denken und Handeln trainiert? Die „Psychosomatik“ ist in aller Munde – um auch dort zu verbleiben. Richtete sich der Aus- und Fortbildungswille der Psychosomatiker, leider nicht im Studium vorgesehen, postgradual (Gathmann/Springer-Kremser et al. 1987 bis heute) in den Diplomlehrgängen für Psychosoziale und Psychosomatische Medizin an alle Ärzte, blieb doch der Praktiker, der Allgemeinmediziner, wegen seiner privilegierten Stellung als „Familiendarzt“ bevorzugter Ansprechpartner und auch Ausgang für

systemische, familienmedizinische Aktivitäten.¹¹

Grosse Hoffnungen setzten die „familienorientierten Psychosomatiker“ in das neue Medizincurriculum Wien (Block 20 „Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit“). Hier sind zwar in „Psychotherapeutische Grundlagen und Anwendungen“ die systemischen, familienmedizinischen Basics enthalten,¹² der Autor bezweifelt aber, dass diese in einer 50-minütigen Vorlesung dem Studenten vermittelt werden können.¹³ Bleibt dann noch der Arbeitskreis Familienmedizin¹⁴, in dem so grundlegende Werkzeuge wie die Erstellung eines Genogramms (Familienstammbaum über drei Generationen, alle hier stattfindenden Haltungen, auch pathogene, von Eltern auf Kinder weiter gegebene Kommunikationsstile u. v. a. m.) vermittelt werden.¹⁵

Prophylaktische Vorschläge zur Beitragspflicht des Einzelnen und der Gemeinschaft

Wenn ich eingangs bemerkte, dass manche Schnittstellen zwischen Leidenden und Helfern die Zusammenhänge Familie und Krankheit besonders grell beleuchten, so sind auch deren Akteure die Hoffnungsträger für eine dringlich notwendige Veränderung. Die hauptsächlich von unbearbeiteten familiären Spannungen ausgelöste und aufrecht erhaltene Störung wird als Hilfeappell von Kindergärtnerinnen, VolksschullehrerInnen und eben ÄrztInnen zuerst wahrgenommen. An erster Stelle kommen natürlich die Mütter, und – last but not least – die Gesundheitspolitiker, in den letzten Jahren zunehmend Frauen und immer öfter spezifisch Familienministerinnen!

Gesundheitspolitik:

Zum „Mutter-Kind-Pass“ (Einführung in Österreich 1974) schlug der Autor der damaligen Gesundheitsministerin Ingrid Leodolter (1972 – 1979) vor, die mit dem Erhalt dieses Passes verbundenen Kontakte (Vater häufig dabei!) zur Vermittlung „psychosomatischer Basics“ zu nützen. In der Zeit, in der das Kind erwartet wird (man denke an alle Vorbereitungen, Zimmer, Wäsche etc.), wären

Eltern auch für eine prophylaktisch unschätzbar wertvolle psychosomatisch-familienbezogene Basisinformation offen und zugänglich. Hier könnte (Elternpass?!) die Grundlage einer gesünder kommunizierenden und Krankheit verhindernden Familie geschaffen werden.

Mediziner-Ausbildung:

In der defizitären Ausbildung der Mediziner liegt der behebbare Grund der "kranken" Ärzte, „kranken Häuser“ und der Krise einer immer unleistbareren Medizin. Abgesehen davon, dass die Aufnahmsprüfungen eine fragliche Auslese bewirken, findet danach eine Überfrachtung in Teildisziplinen statt, mit gleichzeitigem Fehlen des Kennenlernens des Patienten als Person und seiner Krankheit als Gesamtphänomen.

Ganz entscheidend aber ist ein fehlendes Training im Reflexionsvermögen des werdenden Mediziners, der weder für die meist biographisch vorhandenen Emotionen zum eigenen Krankwerden und Sterben re-sensibilisiert, noch in der Wahrnehmung und Kontrolle seiner Gefühle gegenüber seinen Patienten geschult wird. Durch die Korrektur oben genannter Mängel könnte eine Basis für ein verbessertes Lebensqualitäts-Management nicht nur des Patienten, sondern auch des Mediziners geschaffen werden. Denn die bei Medizinern üblich überhöhten, idealisierten Selbst- und Leistungsansprüche sind ebenso wenig unbeeinflussbares Schicksal wie Unreflektiertheit, mangelnde Empathie oder fehlende Sozialkompetenz.¹⁶ Dazu muss eine grundlegende Kompetenz in systemischem Denken gelten.

So könnte eine die Familie berücksichtigende Psychosomatik als ganzheitliche Haltung, Lehre und Forschungsrichtung eine Medizin der Person, eine sprechende, eine Beziehungsmedizin werden. In einer solchen Medizin ist der Arzt nicht mehr frustrierter und letztlich wirkungsloser mechanisierter Ausführer spezialisierten Dienstleistungen einer Reparaturmedizin, sondern betroffener, dialogischer Partner des Patienten.

Dieser Artikel ist H. Scheidinger & H.J. Fuchs gewidmet.

Referenzen

- 1 Huygen F. J. A. *Family Medicine*, Brunner/Mazel, Den Haag (1982)
- 2 Gathmann P., *Pathologie des psychosomatischen Reaktionsmusters*, Springer, Wien (1990)
- 3 Gathmann P., Semrau-Lininger C., *Der Verwundete Arzt. Ein Psychogramm des Heilberufes*, Kösel, München (1996)
- 4 Einstein A., Infeld L., *The Evolution of Physics*, Simon and Schuster, New York (1938)
- 5 Richardson H. B., *Patients have families*, Common Wealth Found, New York (1948)
- 6 Adler A., *Über den nervösen Charakter*, 4. Auflage, Bergmann, München (1928)
- 7 nach Erikson E. H., *Kindheit und Gesellschaft*, Ernst Klett, Stuttgart (1961) etc.
- 8 Balint M., *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, Klett-Cotta, Stuttgart (1980)
- 9 Minuchin S., *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*, Klett Cotta, Stuttgart (1991)
- 10 Richter H. E., *Patient Familie*, Rowohlt, Reinbek (1970)
- 11 Fuchs H.-J., *Ärztliche Konsultation und Patientenfeedback*; Fuchs H.-J., *Krankheit & Familie*; Hoffmann D., *Hausärzte und systemische Familientherapie*; Degn B., *Der Patient und sein familiärer Hintergrund. Grundbegriffe der Systemischen Familienmedizin*; alle in: Fuchs H.-J. (Hrsg.), *Wege zur Patientenorientierten Medizin*, ÖÄK-Verlag Wien (2002)
- 12 Scheidinger H., *Systemische Schulen*, in: Springer-Kremser M. et al. (Hrsg.), *Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit*, 4. Auflage, Facultas, Wien (2007)
- 13 Scheidinger in mündlicher Mitteilung: „kaum mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein.“
- 14 Fuchs H.-J., siehe Ref. 11
- 15 Hoffmann D., siehe Ref. 11
- 16 Gathmann P., Semrau-Lininger C., siehe Ref. 3

Weiterführende Literatur

- Bertalanffy L. v., *General System Theory*, George Braziller, New York (1968)
- Gathmann P., *Das CGS-System und die ärztliche Alexithymie*, Vortrag vor der Berufungskommission Planstelle e. O. Univ.-Prof. für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universitätsklinik Wien, 1997
- Gathmann P., *Vom gefährlichen Fehlen der Systemtheorie in*

- der Medizin, in: Edlinger K., Fleck B., Feigl W. (Hrsg.), *Interdisziplinäres Symposium der Österr. Gesellschaft für Organismisch-systemische Forschung und Theorie. Symposiumsband*, Peter Lang, Wien (1999)
- Hamm H., *Familienmedizin- als Wissensgebiet neu zu entdecken*, in: *Fortschritte der Medizin* (1997); 12
- Hegemann T. H., Asen E., Tomson P., *Familienmedizin für die Praxis*, Schattauer, Stuttgart (2000)
- Klussmann R., *Psychosomatische Medizin*, Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1992)
- McGoldrick M., Gerson R., *Genogramme in der Familienberatung*, Hans Huber, Bern (1990)
- Medawar P. B., Medawar J. S., *The Life Science*, Harper and Row, New York (1977)
- Schiepek G., *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (1999)
- Spitz R. A., *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind Beziehung im ersten Lebensjahr*, Klett, Stuttgart (1965)
- von Uexküll T., *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*, Urban und Fischer, 3. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München, Wien (1985) und 6. Auflage Urban & Fischer, München, Jena (2002)
- Wiener Curriculum & Diplomlehrgang für Psychosoziale & Psychosomatische Medizin, 1986 bis heute www.psychosomatic.at
- Wittgenstein L., *Philosophische Untersuchungen*, Suhrkamp, Frankfurt (1967)
- Winnicott D. W., *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*, Kindler, München (1974)

Markus Schwarz, Ludwig-Christoph Dóczy

Gewalt in der Familie: Ursachen und Prävention

Zusammenfassung

Familiäre Gewalt wird in ihrem Ausmaß und ihren Auswirkungen oft unterschätzt. Obwohl Gewalt in der Familie in vielfacher Form auftritt – Gewalt gegen Ehepartner, gegen Kinder oder gegen Eltern in Form von physischem, psychischem oder sexuellem Missbrauch – liegt fast allen Gewaltformen ein generelles Klima der Gewaltbereitschaft zugrunde, das aus psychosozialen und kulturellen Faktoren zusammengesetzt ist. Die Hauptformen familiärer Gewalt betreffen aber nach wie vor die Misshandlung von Kindern und Gewalt gegen Frauen. Im vorliegenden Artikel wird versucht, die Größenordnungen des Problems zu analysieren und mögliche Ursachen und daraus resultierende Präventionsstrategien für Gewalt in der Familie zu beschreiben. Besonderes Augenmerk wird auch auf die Rolle von Mitgliedern von Gesundheitsberufen im Rahmen der Aufdeckung von familiären Gewalttaten gelegt.

Schlüsselwörter: Gewalt in der Familie, Kindesmissbrauch, Interventionen bei zwischenmenschlicher Gewalt, Rolle von Gesundheitsberufen

Abstract

The extent of family violence and its burden for family members is often underestimated. Although violence has multiple forms of manifestations within a family – against intimate partners, against children or parents in the form of physical, emotional or sexual violence – most forms of violence are based on a general atmosphere of misuse of power that derives from psychosocial as well as cultural factors. The main forms of family violence remain maltreatment of children as well as violence against women. The following article tries to analyse the magnitude of the problem and potential causes and resulting strategies for the prevention of family violence in the future. Special attention is also put towards the role of health professionals in detecting acts of family violence.

Keywords: Family Violence, child maltreatment, domestic violence, intervention for interpersonal violence, role of health professionals

Dr. Markus Schwarz
Gesellschaft für Familienorientierung
Nonntaler Hauptstraße 27, A-5020 Salzburg
office@familienorientierung.at

Dr. Ludwig-Christoph Dóczy
Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
Arzt für Allgemeinmedizin
Ärztelhaus, A-6284 Ramsau 160 im Zillertal
kinderarzt@doczy.at

Vor nicht allzu langer Zeit stand Österreich und die Welt im Bann der Aufdeckung eines unvorstellbaren Inzestfalles, der unter dem Deckmantel einer vorgeschützten Idylle einer Familie ein jahrelanges Martyrium verbarg.¹ Aber auch physische Gewalt innerhalb von Familien ist heutzutage in den Medien allgegenwärtig und Berichte über Kindesmisshandlungen oder Gewalttaten an Frauen gehören schon beinahe zur alltäglichen Berichterstattung.

Oftmals scheint die Öffentlichkeit die Ungeheuerlichkeit des Geschehenen nicht erfassen zu können oder zu wollen, und es bleibt die Frage zurück: Wieso kann in der engsten menschlichen Gemeinschaft derartige Gewalt entstehen und zum Ausbruch kommen?

Der folgende Beitrag versucht, sich diesem extrem komplexen Phänomen der Gewalt in der Familie aus der Sicht der medizinischen Versorgung, aber auch der generellen Position der Familie in unserer Gesellschaft zu nähern und dabei auch die mögliche Rolle der Gesundheitsberufe in der Behandlung und vor allem der Prävention dieser Gewalttaten zu beleuchten.

Formen von Gewalt in der Familie

In der Literatur finden sich unterschiedliche Zugänge und Definitionen zum Gewaltbegriff, der einerseits durch die jeweilige Disziplin bestimmt wird, jedoch auch kulturellen und ideologischen Einflüssen unterliegt. In psychologischer Hinsicht lässt sich zwischen dem Begriff der „impulsiven Aggression“ als zielgerichtete Handlung zur Verletzung einer Person und Gewalt unterscheiden. Unter Gewalt versteht man auch den Begriff der „instrumentellen Aggression“, die den eigenen Wunsch nach Bereicherung oder Bevorteilung beinhaltet.

Definition von Gewalt in der Familie

Soziologisch zählt das Streben nach Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen zur Grundlage von Gewalt. Aus *pädagogischer* Sicht lässt sich Gewalt als eine bestimmte Art der Durchsetzung eines

Willens gegenüber anderen Personen im Sinn eines Erziehungsmittels definieren. *Medizinisch* lässt sich vor allem das Ergebnis der Gewaltausübung definieren und wird oft mit Skalen von Verletzungen gleichgesetzt. Schließlich gelten auch normative Definitionen als Leitdefinitionen, die allerdings in den letzten Jahrzehnten sehr starken Wandlungen unterzogen waren. Sowohl im Bereich der Gewaltausübung innerhalb der Partnerschaft als auch im Rahmen der Erziehung wurden Paradigmenwechsel im Rahmen der europäischen Gesetzgebungen eingeführt, die wesentlich den kulturellen Wandel des Umgangs mit Gewalt in der Familie abgebildet haben. Einige wichtige gesetzliche Novellierungen, die im Zusammenhang mit Gewalt in der Familie in Österreich stattgefunden haben, sind in Tab. 1 dargestellt.

Gerade im angloamerikanischen Raum haben sich auch unterschiedliche Begrifflichkeiten herausgebildet, die durchaus verschiedene Perspektiven ansprechen. So sprechen manche Autoren von *family violence*, während andere sich auf *domestic violence* oder *intimate partner violence* beziehen. Tatsächlich ist ein Großteil der unter dem Thema „Gewalt in der Familie“ laufenden schweren Missbrauchsfälle auf in Trennung lebende oder nicht der leiblichen Familie angehörige Täter zurückzuführen.

Die Anwendung oder Androhung von Gewalt spielt sich grundsätzlich auf drei Ebenen ab: physische, psychische und sexuelle Gewalt.

Die Ebene der physischen Gewalt nutzt primär die körperliche Kraft aus, um körperliche Verletzungen zuzufügen. Ein weites Feld stellt die psychische Gewalt dar, die von Formen der Einschüchterung bis zur laufenden Ausnutzung von Abhängigkeitsverhältnissen reichen. Eine besondere und in die aktuelle Gesetzgebung eingeflossene Form von psychischer Gewalt wird unter dem Begriff des „Stalking“ zusammengefasst, unter dem wiederholtes und penetrantes Verfolgen und Belästigen verstanden wird. Im Bereich der sexuellen Gewalt geht es um die Verzweckung des sensiblen Bereiches der Sexualität für gewalttätige Handlungen; nicht die se-

xuelle Befriedigung spielt dabei eine Rolle, sondern primär sexualisierte Gewalttätigkeit.

Eine besondere Form von Gewalt gegen Kinder stellt die Verwahrlosung von Kindern dar, die sowohl psychisch als auch physisch (Mangelernäh-

rung, hygienische Probleme) massive Folgen für die Betroffenen haben kann.³

Der Charakter der unterschiedlichen Situationen und der Umgang mit unterschiedlichen Formen von Gewalt stellen sich aber für Außenstehen-

Jahr	Gesetz/ Norm	Novellierung
1989	Strafgesetzbuch (StGB)	Einführung der Strafbarkeit von Notzucht, Schändung, Blutschande, Missbrauch eines Autoritätsverhältnisses (sexuelle Gewalt); Körperverletzung, Mord, Totschlag, Quälen und Vernachlässigen unmündiger, jüngerer oder wehrloser Personen (körperliche und psychische Gewalt) Neudefinition der „Vergewaltigung“: Erweiterung auf männliche Opfer, Einbeziehung beischlafähnlicher Handlungen, Wegfall der Voraussetzung der Widerstandsunfähigkeit
1989	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB)	Einführung des Rechtes und der Pflicht der Eltern für die Erziehung ihrer minderjährigen Kinder zu sorgen und ihr Wohl zu fördern; ausdrückliche Einführung des Verbots der Zufügung körperlichen und seelischen Leides („Züchtigungsverbot“)
1992	Beitritt Österreichs zur UN-Konvention über die Rechte des Kindes	
1993	Strafprozessordnung (StPO)	Anzeigepflicht für Betreuerinnen psychosozialer Einrichtungen wird abgeschwächt; Möglichkeit der „schonenden Einvernahme“ (Videoeinvernahme)
1994	StGB	Einführung des expliziten Verbots von Kinderpornographie
1997	Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (Gewaltschutzgesetz, GeSchG)	Einführung eines polizeilichen Wegweisungsrechtes und Rückkehrverbotes; Ausweitung der einstweiligen Verfügung: Einbeziehung weiterer Angehöriger (nicht nur Ehepartner, sondern auch Lebensgefährte, Kinder, Eltern)
1998	StGB	Begriffsänderung auf (schwerer) sexueller Missbrauch anstelle von Beischlaf mit Unmündigen
1999	Verbrechensopfergesetz	Kostenzuschuss für psychotherapeutische Krankenbehandlung
2000	Sicherheitspolizeigesetz (SPG)	Umwandlung des Rückkehrverbotes in ein Betreuungsverbot
	StPO	„Diversionsnovelle“: Möglichkeit der Diversion für milde Formen von Gewalt in der Familie
2008	GeSchG	Ausweitung der Tilgungsfrist für Missbrauchstäter

Tab. 1: Wichtige gesetzliche Novellierungen in Österreich im Zusammenhang mit Gewalt in der Familie.²

	Sexueller Missbrauch	Physischer Missbrauch	Psychischer Missbrauch	Verwahrlosung
Art der Gewalt	versteckt	versteckt/offen	manipulierend	offen
Identität des Täters	unsicher	zumeist bekannt	zumeist unsicher	bekannt
Primäre Bezugsperson (zumeist Mutter)	zumeist unterschiedlich von Täter	zumeist unterschiedlich von Täter	oft ident mit Täter	immer ident mit Täter
Akuter Handlungsbedarf	ja	zumeist	zumeist	selten

Tab. 2: Charakteristik unterschiedlicher Gewaltformen in der Familie

de durchaus unterschiedlich dar, wie Tab. 2 zeigt.

Innerhalb der Familie gibt es Gewalttätigkeit in allen zwischenmenschlichen Beziehungen: Unter Ehepartnern treten sowohl Männer als auch Frauen als Täter und Opfer auf, auch Kinder werden sowohl Opfer von Gewaltausübung, können aber auch als Täter gegen Eltern vorgehen, sowohl im Rahmen der erzieherischen Beziehung von Jugendlichen zu ihren Eltern als auch im Alter, wenn es um pflegebedürftige Eltern geht. Aber auch Gewalttätigkeit unter Geschwistern führt zu kurz- und langfristigen Folgen für das physische und psychische Wohl Einzelner. Eine besondere Form von Gewalt stellt die Gewalt gegen behinderte Menschen dar, die aufgrund ihrer dauerhaften Abhängigkeitssituation mitunter noch sensibler zu betrachten ist als kindlicher Missbrauch.

Häufigkeiten von Gewaltformen und -opfern

Natürlich sind in der Familie bestimmte Formen der Gewalt vorrangig und deshalb prioritär zu betrachten. Die häufigsten Täter sind dabei junge Männer zwischen 20 und 35 Jahren. Die häufigsten Opfer sind je nach Gewaltform unterschiedlich: Für physische Gewalt gegen Kinder sind es primär Kleinkinder bis 3 Jahre, bei sexuellem Kindesmissbrauch primär Mädchen im Alter zwischen 8 und 14 Jahren, bei Misshandlungen in der Ehe sind zum überwiegenden Teil die Frauen die Opfer.

Das Grundproblem bei allen Erhebungen zur

Häufigkeit von Gewalttaten im Familienkreis ist die Unsicherheit über die tatsächlich gemeldeten Fälle. Obwohl in Österreich sowohl alle Gesundheitsberufe als auch Mitarbeiter von sozialen Einrichtungen zur Meldung grundsätzlich verpflichtet sind, gibt es dem Eisbergprinzip entsprechend nach wie vor eine relativ große Dunkelziffer von Gewalttaten, die weder gemeldet noch in einem betreuungsadäquaten Umfeld bekannt sind (siehe Abb. 1). Die Gründe für diese bekanntermaßen hohen Dunkelziffern bei Missbrauchsdelikten sind vielfältig und beziehen sich einerseits auf die Sensibilität der Thematik und der oftmals trotz Gewalttätigkeit bestehenden persönlichen Beziehung zwischen Opfer und Täter, aber



Abb. 1: Identifizierung von Missbrauchsfällen⁴

auch durch das bestehende Abhängigkeitsverhältnis, insbesondere beim Kindesmissbrauch.

Um diese Dunkelziffer zu beleuchten gibt es mehrere Möglichkeiten: Einerseits versucht man durch retrospektive Befragungen Hinweise auf bereits in der Vergangenheit liegende Gewalttaten zu bekommen. Dies kann sowohl durch repräsentative Opferbefragungen erfolgen, als auch durch detaillierte Täterbefragungen, wobei sich diese zumeist nur auf verurteilte Täter beziehen. Darüber hinaus versucht man aus klinischen Dokumentationen, insbesondere von Notfallabteilungen, epidemiologische Hochrechnungen über das tatsächliche Ausmaß von Gewalttätigkeiten in der Familie zu bekommen.

Primäre Quelle für die Anzahl von Gewalttaten bleiben aber die Kriminalstatistiken. Die Ergänzung durch Dunkelfelderhebungen stellt aber insbesondere für die präventive Arbeit eine wertvolle Hilfe dar. Für die wichtigsten Gewaltformen in der Familie lassen sich anhand dieser Quellen folgende Prävalenzen und Inzidenzen für Opfer- und Tätercharakteristiken beschreiben:

Prävalenz- und Inzidenzzahlen für zwischenmenschliche Gewalt unter Erwachsenen wurden beispielhaft in der britischen Kriminalstatistik erhoben, die nicht nur auf gemeldete Fälle eingeht, sondern über Umfragen ergänzende Daten erhebt (siehe Tab. 3).⁵

Die Inzidenz von häuslicher Gewalt wird in verschiedenen Studien zwischen 5% für schwere Fälle und 12% für leichtere Fälle von Missbrauch angege-

ben.⁶ Jedoch ist bei der Inzidenz zu beachten, dass vor allem Frauen Opfer von Mehrfachmissbrauch sind. Ein Drittel aller weiblichen Opfer ist öfter als viermal häuslicher Gewalt ausgesetzt. Bei Männern sind dies etwa 10% der Opfer, die öfter als viermal missbraucht wurden.

Im Vergleich zu anderen Gewaltverbrechen zeigt sich aus der Kriminalstatistik vieler Länder, dass zwei Drittel aller Tötungsdelikte im nahen Familienkreis stattfinden und über 50% aller Formen von Vergewaltigung und sexueller Nötigung innerhalb der engeren Familie stattfinden. Der Begriff der engeren Familie schließt in diesen Fällen aber auch Partner aus kurzzeitigen Beziehungen und insbesondere getrennt lebende Partner mit ein.

Für Österreich gehen Schätzungen von einer Größenordnung von 10 – 20 Prozent der Ehefrauen aus, die regelmäßig sexueller Gewalt ausgesetzt sind. Die Rate für generelle Gewalterfahrung sollte damit etwa doppelt so hoch liegen.

Im internationalen Vergleich schwanken die Prävalenzzahlen für physischen Missbrauch zwischen 13 und 70 Prozent, für sexuellen Missbrauch zwischen 6 und 60 Prozent.⁷

Auch bei Kindern sind diese Zusammenhänge gegeben und zeigen sich in der Prävalenz und Inzidenz von Kindesmissbrauch, wobei die Erfassung der Zahlen aus zuvor genannten Gründen noch einmal schwieriger ist. Aus verschiedenen Berichten geht hervor, dass nur etwa 5% aller physischen Missbrauchsfälle und rund 9% aller sexuellen Miss-

	Frauen	Männer
Häuslicher Missbrauch, Gewalt oder Bedrohung	25,9	16,6
Häusliche Gewalt oder Bedrohung	20,8	10,1
Häusliche Bedrohung	18,6	9,6
Sexueller Missbrauch	16,6	2,1
Schwerer sexueller Missbrauch	4,5	0,5
Häusliche Vergewaltigung	3,6	0,4
Leichter sexueller Missbrauch	15,3	1,3
Stalking	18,9	11,6

Tab. 3: Prozentanteile an Lebenszeitopfern (älter als 16 Jahre) von zwischenmenschlicher Gewalt im Haushalt

brauchsfälle zur Anzeige gelangen.⁸ Unter den angezeigten Fällen wurde in Kanada eine ausführliche Studie über die Inzidenz von Missbrauchsfällen erstellt (siehe Tab. 4).⁹

Für Österreich gibt es nur punktuelle Erhebungen der Missbrauchsdaten. Schätzungen gehen dabei von einer Dunkelziffer von ca. 10.000 – 25.000 Opfern von sexuellem Missbrauch jährlich aus.

Sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen stellt das gemeinsame Auftreten von unterschiedlichen Gewaltformen ein durchgängiges Phänomen dar. Dieses Phänomen ist auch ein Hinweis auf die Strukturdefizite, die in gewalttätigen Familien herrschen und die das Entstehen von gewaltbereiten Situationen begünstigen.

Risikofaktoren für Gewalt in der Familie

Die Entstehungsmuster von häuslicher Gewalt

sind oftmals sehr komplex und beinhalten eine Reihe von entwicklungspezifischen und milieuspezifischen Faktoren. Allerdings lassen sich eine Reihe von Risikofaktoren darstellen, die mit dem Auftreten von häuslicher Gewalt korrelieren. Der wichtigste Risikofaktor für die Ausübung von Gewalt in der Familie ist die eigene Gewalterfahrung in der Jugend oder als Kind. Insbesondere die wiederholte oder chronische Gewalterfahrung als Zuschauer von zwischenmenschlicher häuslicher Gewalt erzeugt Verhaltensmuster, die die Hemmschwelle für den Gebrauch von Gewalt drastisch herabzusetzen scheinen.¹⁰

Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor sind Abhängigkeitserkrankungen und dabei insbesondere die Alkoholsucht, die ebenfalls Gewalteinsetz als Problemlösungsstrategie begünstigt. Oftmals führen die bereits bestehenden Partnerschaftspro-

	Gesamt	Sexueller Missbrauch	Physischer Missbrauch	Verwahrlosung	Psychischer Missbrauch
Anzeigen pro 1.000 Kinder	21,5	10%	31%	40%	10%
Davon:					
Falsch	33%				
Verdachtsfälle	22%				
Echte Fälle	45%	48%	34%	43%	54%
Hauptgewaltform (% der Fälle)		Berührung von Genitalien (68%)	Unverhältnismäßige Züchtigung (69%)	Verletzung der Obsorgepflicht (45%)	Passive Beteiligung bei Gewalt in der Familie (58%)
Prävalenz männlich	33%	4,3%	31% (11% schwer)		
Prävalenz weiblich	27%	12,8%	21% (9% schwer)		
Altersprävalenz weiblich:					
0 – 3 Jahre		1%	11%	27%	42%
4 – 7 Jahre		3%	18%	32%	30%
8 – 11 Jahre		5%	22%	28%	28%
12 – 15 Jahre		7%	32%	25%	16%

Tab. 4: Prävalenz und Inzidenz von Kindesmissbrauch in Kanada⁹

bleme zu Gewaltausübungen als Reaktion auf die eigene Problemsituation.

Auch eine Reihe weiterer psychiatrischer Erkrankungen stellt einen Risikofaktor für Gewaltformen in der Familie dar, wogegen es auch unzählige psychiatrisch erkrankte Mütter gibt, die ihre Kinder gewaltlos erziehen.

Generell stellen auch die soziale Schichtung und dabei insbesondere die Armut mit allen Co-Faktoren wie Arbeitslosigkeit und wiederum Abhängigkeitserkrankungen einen wichtigen Risikofaktor dar. Jedoch gibt es in allen sozio-ökonomischen Schichten jegliche Formen von Missbrauch. Die soziale Stellung ist niemals ein Ausschlussgrund für den Verdacht auf Missbrauch. Ein wichtiger Risikofaktor zeigt sich auch in der sozialen Inhomogenität von Partnerschaften. Die Inzidenz von Gewalt ist in Partnerschaften, die aus unterschiedlichen sozialen Schichten stammen, höher.

Wesentlich für das Entstehen von Gewaltbereitschaft sind aber vor allem die geschlechtsspezifischen Grundeinstellungen und dabei vor allem das Rollenbild der Frau. Eine Reduktion der Rolle der Frau auf körperliche oder materielle Funktionen erhöht die Wahrscheinlichkeit von häuslicher Gewalt.

Im Bezug auf bestehende Familien zeigt sich, dass die Ehe einen stark protektiven Faktor darstellt.

Die in Tab. 5 angegebenen Prävalenzzahlen wurden aus der bereits zitierten Britischen Kriminalstatistik erhoben.⁹ Das größte Risiko zeigt sich dabei für in Trennung lebende Frauen, die ein siebenmal höheres Risiko haben, physischer oder sexueller Gewalt ausgesetzt zu sein. Auch Alleinerzieherinnen bzw. allein lebende Frauen sind aufgrund ihres Lebensstandes stärker zwischenmenschlicher Gewalt ausgesetzt. Für Österreich gesehen handelt es sich dabei hochgerechnet immer noch um rund 35.000 Ehefrauen und deren Familien, die trotz des protektiven Faktors der Ehe häuslicher Gewalt ausgesetzt sind.

Insbesondere für die Gewaltformen der Verwahrlosung, aber auch des physischen Missbrauchs stellen kinderreiche Familien einen Risikofaktor dar. Dies zeigt erneut den Bedarf nach Unterstützung dieser Gruppe von Familien, die multiplen Stresssituationen ausgesetzt sind.

Relativ wenig Unterschiede zeigten ethnische und kulturelle Zugehörigkeiten im Bezug auf diese Prävalenzzahlen. Erst auf globaler Ebene zeigen sich kulturell starke Unterschiede, insbesondere in vielen unterentwickelten Regionen, in denen vor allem die Stellung der Frau noch klassischen patriarchalischen Vorstellungen unterliegt. Unterschiede in den Häufigkeitszahlen für Missbrauch lassen sich vielmehr auf die speziellen Stresssituationen

	Verheiratet	Lebensgemeinschaft	Single	Verwitwet	Geschieden	In Trennung
Frauen als Opfer...						
häuslicher Gewalt	2,0	6,2	6,9	1,3	6,8	14,5
sexuellen Missbrauchs	0,7	2,0	4,8	1,9	2,1	4,0
Stalking	6,7	7,7	8,7	8,0	10,0	15,5
Männer als Opfer...						
häuslicher Gewalt	1,8	3,9	2,3	-	4,6	3,9
Stalking	5,5	5,4	6,6	-	6,7	4,5

Tab. 5: Lebenszeitprävalenz von Missbrauchsoffern nach Stand⁹

und fehlenden sozialen Netze von Migranten zurückführen als auf kulturelle Eigenheiten.

Auswirkungen von Gewalt in der Familie

Akute Verletzungsfolgen

Zu den akuten Folgen von Missbrauch zählen direkte Verletzungen in Form von Knochenbrüchen, Hautabschürfungen und Verbrennungen. Während sich bei Frauen ein gezieltes Diagnosebild von geschlagenen oder körperlich missbrauchten Frauen relativ schwer einschätzen lässt – Schätzungen gehen davon aus, dass z. B. in den USA bis zu 30% aller Frauen, die eine Notaufnahme aufsuchen, aufgrund von Verletzungen durch häusliche Gewalt kommen¹¹ –, lassen sich Verletzungen gerade beim Kleinkind sehr gut einem Missbrauch zuordnen. Insbesondere Schlagspuren (Hämatome), Verbrennungen und Rippenbrüche sowie gewisse Formen von Subduralhämatomen oder Blutergüssen in der Netzhaut weisen auf einen Missbrauch bei Kleinkindern hin.¹² Die pädiatrischen Gesellschaften haben bereits entsprechende Standards zur Diagnose von Kindesmissbrauchsfällen entwickelt. Im österreichischen Krankenanstaltengesetz ist diesbezüglich zwingend eine Kinderschutzgruppe an jeder pädiatrischen Abteilung unter Einbeziehung von Ärzten, Pflegern, Psychologen und Sozialarbeitern einzurichten.

Sexueller Missbrauch führt insbesondere zu Erkrankungen des weiblichen Genitaltraktes. Studien haben eine dosisabhängige Korrelation von häuslicher Gewalt mit genitalen Erkrankungen – von Infektionen über Verletzungen bis zu Geschlechterkrankungen – gezeigt und ein dreifach höheres Risiko für missbrauchte Frauen gefunden. Der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch, erzwungenem Geschlechtsverkehr und der Einfluss auf das ungeborene Kind einer Schwangeren ist noch nicht endgültig bewiesen. Es zeigt sich aber eine klare Tendenz zu einer höheren Rate von frühgeborenen Kindern. Sexueller Missbrauch bei Kindern führt allerdings nur bei rund der Hälfte der Fälle überhaupt zu körperlichen Verletzungen,

wodurch die Aussage des Kindes oft der einzige Hinweis auf bestehenden Missbrauch darstellt.

Chronische Verletzungsfolgen

Wie viele stressinduzierte Erkrankungen führen auch Missbrauchserfahrungen vielfach zu gastrointestinalen sowie kardiovaskulären Krankheitsbildern. Von Reizdarm über entzündliche Darmerkrankungen, bis zu Hypertonie und Rhythmusstörungen reichen die Diagnosebilder. Aber auch generell herabgesetzte Immunkompetenz wurde bei Missbrauchsopfern nachgewiesen. Im sexuellen Bereich werden insbesondere chronische Schmerzen im Beckenbereich sowie langdauernde Harnwegsinfektionen berichtet.

Die chronischen Folgen von Kindesmissbrauch können viele unterschiedliche Organe – je nach Schädigung durch die körperliche Misshandlung – betreffen. Generell wurde gezeigt, dass misshandelte Kinder einem schlechteren Gesundheitszustand unterliegen und längere Spitalsaufenthalte, höhere Behandlungskosten benötigen und langwierigere Krankheitsverläufe aufweisen.

Psychische Verletzungsfolgen – vor allem abhängig von Häufigkeit

Neben den körperlichen Folgen zählt eine Reihe von psychischen Folgeerkrankungen zu den schwerwiegendsten Folgen von Missbräuchen. Über 60% missbrauchter Frauen berichten von mentalen Problemen in Folge von häuslicher Gewalt. Depression und post-traumatische Störungen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Erscheinungsbildern. Sekundär führt Missbrauch auch zu Substanzmissbrauch durch das Opfer. Suizidalität, Essstörungen, Schlafprobleme und generelle Beziehungsprobleme sind weitere beschriebene Symptome, die vor allem nach sexuellem Missbrauch von Frauen auftreten.

Insbesondere bei den psychischen Folgeerscheinungen besteht eine starke Korrelation zum Ausmaß, der Frequenz und der Gesamtdauer des Missbrauchs.

Auch beim Kindesmissbrauch sind psychische, emotionale und verhaltensmäßige Störungen stark verbreitet. Physischer Missbrauch führt häufig zu aggressivem Verhalten und geringem Selbstbewusstsein, während Verwahrlosung oft zu schulischem Misserfolg und Beziehungsproblemen führt. Am schwerwiegendsten in dieser Hinsicht ist sicherlich der sexuelle Missbrauch zu bewerten, der das komplette Beziehungsgerüst eines heranwachsenden Kindes und seine Bindungsfähigkeit massiv stört. Spätere unerklärliche Depressionen, Substanzmissbrauch und oftmals unangebrachtes Sexualverhalten sind als Spätfolgen anzusehen.

Soziale Folgen

Aufgrund der Beziehungsstörungen, die insbesondere dem sexuellen Missbrauch vorausgehen bzw. durch ihn induziert werden, stellen sich auch im sozialen Leben schwere Störungen ein. Während Erwachsene durch bestehende soziale Netzwerke einen Verlust ihres sozialen Lebens kompensieren können, führt dies bei Kindern jedoch zu langfristigen sozialen Folgen. Schulischer Misserfolg, Verhaltensstörungen und vor allem das eigene gewaltbereite Verhalten führen zu einer Spirale der Gewalt, der man nur mit entsprechend umfassenden Interventionen beikommen kann.

Warum gibt es Gewalt in der Familie?

Die Gründe für gewalttätiges Verhalten in Familien können einerseits auf individueller Ebene als auch auf systemischer Ebene betrachtet werden. Tendenziell versuchen moderne Therapieansätze, immer stärker die systemische Ansätze zu beachten, da es oft sehr komplexe Motivationslagen und Strukturverwerfungen gibt, die zu Gewaltausbrüchen führen.

Auf individueller Ebene gibt es einerseits Gründe der menschlichen Schwachheit und Überforderung. Insbesondere bei physischem Missbrauch von Kleinkindern durch Mütter ist sehr oft Unerfahrenheit und daraus resultierende Überforderung ein Hauptgrund. Aber auch in vielen Konfliktfällen,

für die Familien von ihrer Natur heraus anfällig sind, ist Gewalt eine leider allzu oft gebrauchte Problemlösungsstrategie. Verschärft werden diese Situationen durch weitere Stresssituationen, die sich aus dem familiären Umfeld – wie Arbeitslosigkeit, Armut, Mehrfachbelastungen, kindliches Fehlverhalten – ergeben. Dabei gilt es immer zu bedenken, dass auch sexuelle Gewalt primär einen Faktor der Machtausübung darstellt.

Auf individueller Ebene gibt es auch beschriebene Psychopathologien, aus denen heraus gewalttätige Kompensationshandlungen gesetzt werden, die die eigene Persönlichkeitsstruktur in ihrer Ich-Zentriertheit stützen. Sowohl psychopathologische Charakteristika als auch forensische Täterprofile zeigen aber keine klar erkennbaren Muster oder Vorhersagewahrscheinlichkeiten für Tätergruppen.

Sowohl in der Diagnostik als auch in therapeutischen Ansätzen wird daher immer deutlicher, dass die Gesamtfamilie als System in die Betrachtung miteinbezogen werden muss. Frühgeborene Kinder und Kinder mit frühkindlichen Beziehungsstörungen sind einem höheren Risiko von Missbrauch ausgesetzt. Auch der Befund, dass eigene Gewalterfahrung in der Kindheit ein wichtiger Faktor für Gewalttätigkeit ist, zeigt die Bedeutung von sozio-kulturellen Vermittlungen innerhalb von Familien.

Letztendlich ist aber die bestehende Gesellschaftsstruktur und deren Einstellung zu unterschiedlichen Formen von Gewalt in der Familie der wesentliche Ansatzpunkt, um langfristig Gewaltformen innerhalb der Familie einzudämmen. Nach wie vor bestehende Diskriminierungen von Frauen und Kindern in der Gesellschaft werden im Anlassfall zur emotionalen und intellektuellen Rechtfertigung herangezogen, um Gewalt als Lösungsmodell zu verwenden. Traditionelle Rollenbilder und Machtverständnisse sind auf individueller Ebene die stärksten Korrelationsfaktoren mit Gewalt in Familien, während in partnerschaftlich organisierten Familien Gewalt eine untergeordnete Rolle spielt. Auch im sexuellen Bereich zählt

die Zeugung von Nachkommenschaft in Fällen von Gewalt in der Familie leider immer noch als Machtdemonstration zur Absicherung der Stellung des Mannes. Im Gegensatz dazu zeigt das Modell einer verantworteten Elternschaft einen modernen und partnerschaftlichen Umgang mit Fragen der Sexualität und Familienplanung auf.

Für das Entstehen von extremen Fällen von Gewalt, wie am Anfang dieses Artikels beschrieben, gibt es in der empirischen wissenschaftlichen Literatur wenig Erklärungsmodelle, da aufgrund der Individualität und Abartigkeit dieser Verbrechen keine gemeinsamen Muster gebildet werden können.

Allerdings ist die Familie als eigentliche Liebesgemeinschaft die menschliche Organisation, in der alle Aspekte der menschlichen Person hervortreten und deshalb auch die menschlich unvorstellbarsten Verhaltensweisen sich gerade dort manifestieren. Dem Missbrauch und der Nötigung gehen nicht selten die Öffnung der Herzen und die damit verbundene seelische Bindung an den Misshandler voraus.

Präventive Maßnahmen

Als wichtigste Maßnahmen in der Prävention von Gewalttaten in der Familie werden daher generell Maßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene propagiert, die die Stellung der Frau als gleichrangige Lebenspartnerin einerseits begünstigen und andererseits die allgemeine Einstellung zu Gewalt verändern und Gewaltbereitschaft in allen Lebensbereichen zurückdrängen wollen. Dabei ist auch auf den Einfluss der Medien hinzuweisen, die sowohl in der Gestaltung von Unterhaltungsprogrammen bis hin zu animierten Spielen oftmals zu Gewaltverherrlichung neigen.

Andererseits kommt den Medien auch eine wichtige Funktion in der Enttabuisierung des Problems Gewalt in der Familie zu, weshalb eine seriöse und sachliche Berichterstattung über möglichst viele Missbrauchsfälle durchaus gewünscht ist, da sich damit gesellschaftliche Normen entsprechend verändern und Gewalt in der Familie auf diesem Wege gesellschaftlich geächtet wird.

Eine entsprechende Gratwanderung stellt von politischer Seite aber auch die Frage nach dem Eindringen in die Privatsphäre von Familien dar, die zu einer – allzu oft ideologisch verbrämten – Diskussion über die Grenzen des öffentlichen und privaten Raums führt. Dabei ist anzumerken, dass durch ein verstärktes Eindringen des öffentlichen Raumes in die Familie, wie es z. B. in der Schulpolitik immer wieder angedacht ist und z. T. schon praktiziert wird, das System der Familie generell geschwächt wird und damit auch pädagogisch sinnvolle Strukturen wie eine gut gelebte Autorität angegriffen werden. Durch dieses phasenweise gezielte Hintertreiben des Subsidiaritätsprinzips bezüglich der elterlichen Autorität und des folglich schleichenden Verlustes derselben kommt es auch zu einer Schwächung elterlicher und partnerschaftlicher Strukturen, sodass in vielen Fällen Gewalt als einzig mögliche Konfliktlösung zum Ausbruch kommt. Insbesondere in der Strafprozessordnung, aber auch in modernen Anleitungen zum Umgang mit der Aufdeckung von häuslicher Gewalt bzw. familiärem Missbrauch wird auf diese Umstände sehr adäquat eingegangen. Durch außergerichtliche Konfliktlösungsmöglichkeiten und durch die Abschwächung der Anzeigepflicht in bestimmten Fällen ist präventiven und systemischen Ansätzen der Therapie mehr Raum gegeben. Die vorhandenen familiären Ressourcen können damit besser zur Geltung gebracht werden.

Rolle der Gesundheitsberufe im Kampf gegen Gewalt in den Familien

Den Gesundheitsberufen kommt im Bemühen um eine Zurückdrängung von familiärer Gewalt eine Schlüsselstellung zu, da sehr oft über diese Schiene ein Aufdecken von Gewalttaten ermöglicht wird. Sowohl im Setting der Notfallaufnahme³, als auch in den Einflussphären praktischer Ärzte ergeben sich vielfach Situationen, die auf Gewalt einwirkung schließen lassen. Gerade auch in den psychosozialen Berufen sind Missbrauchsthemen Teil der täglichen Praxis.

Die Empfehlungen reichen dabei von durchgängigen Screenings auf Notfallabteilungen bis zu direkten psychischen Interventionen durch den behandelnden Arzt.¹⁴ Viele medizinische Gesellschaften haben dazu auch entsprechende Richtlinien und Standards erlassen. Das österreichische Familienministerium hat auf seiner Homepage einen eigenen Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen bereitgestellt.¹⁵

Die Hauptaufgabe der Mitarbeiter in Gesundheitsberufen besteht in der Weiterleitung der Betroffenen zu adäquaten Therapien, wobei der Schutz des Individuums vor weiterer Gewalttätigkeit sowie der Schutz weiterer Angehöriger an erster Stelle des Bemühens stehen soll.

Die wichtigsten Empfehlungen im Umgang mit potentiellen Missbrauchsoffern lassen sich wie folgt zusammenfassen:¹⁶

- unvoreingenommenes Zuhören
- stressfreie Atmosphäre mit genügend Privatsphäre schaffen
- den potentiellen Missbrauch direkt ansprechen (nicht bei Kindern!)
- mit Verständnis und Sympathie reagieren
- den Missbrauch verurteilen
- die Frau niemals beschuldigen oder sie lächerlich machen
- Sicherstellung der Vertraulichkeit und Sicherheit des potentiellen Opfers
- eigenen Informationsstand über das Thema Gewalt in der Familie prüfen
- mögliche Ansprechpartner in Institutionen für Überweisungen parat haben
- das Problem nicht mit Medikation lösen wollen
- keine Kritik, falls das Opfer seine Situation nicht umgehend ändern kann

Schlussfolgerungen

Das traurige Thema der familiären Gewalt ist leider oft viel präsenter, als es sich aus dem eigenen Erleben darstellt. Bestehende Erhebungen und Zahlen lassen aber noch immer wenige Detailkenntnis-

se zum wahren Ausmaß und den wirklichen Problemen in den Familien zu. Insbesondere der jeweilige Status der Familien und der Beziehung der Täter zu den Opfern bedarf aufgrund der bestehenden großen Dunkelziffern noch weiterer Forschungen.

Dabei bedarf es auch noch weiterer internationaler Standardisierungen von Begriffen und Kategorisierungen, um auch länderübergreifend eine Vergleichbarkeit von Daten herzustellen.

Auch bei den Möglichkeiten der Interventionen und Formen der Prävention fehlt es noch an Effektivitätszahlen, welche entsprechende Programme in ihrer Wirksamkeit beurteilen können.

Die Auswirkungen für die Betroffenen sind aber so massiv, dass sich die Sinnhaftigkeit von wirksamen Präventionsprogrammen von selbst ergibt. Allerdings handelt es sich dabei um sehr umfassende und gesellschaftlich wirkende Maßnahmen, denen eine langfristige Strategie zugrunde liegen muss.

Um Gewalt in der Familie zu bekämpfen, bedarf es aber nicht zuletzt einer stärkeren Stützung bestehender Familien und einer Stärkung des Systems Familie als der grundlegenden sozialen Einheit der Gesellschaft. Denn nur die Familie wird auch in Zukunft die wichtigste gesellschaftliche Struktur sein, die ein entsprechendes Konfliktlösungspotential als auch Gestaltungspotential für zukünftige Probleme bewirken kann.

Referenzen

- 1 http://de.wikipedia.org/wiki/Kriminalfall_von_Amstetten
- 2 nach Cizek B. et al., *Gewaltbericht 2001*, Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend, http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=C_H0560&doc=CMS1056453530966 (2001)
- 3 nach Glaser D., *Child maltreatment*, *Psychiatry* (2008); 7: 295-298
- 4 nach *Child Maltreatment in Canada*, National Clearinghouse on Family Violence, www.phac-asp.gc.ca/nc-cn
- 5 Walby S., Allen J., *Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Home Office Research Study 276 (2004)
- 6 Wathen C., *Interventions for Violence Against Women*,

- JAMA (2003); 280, 589-600
- 7 WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses, World Health Organization, Geneva (2005)
 - 8 MacMillan H. et al., *Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: Results from a community survey*, Child Abuse Neglect (2003); 27: 1397-1408
 - 9 *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final Report*, National Clearinghouse on Family Violence, Ottawa, Canada, www.hc-sc.gc.ca/nc-cn
 - 10 Jewkes R., *Intimate partner violence: causes and prevention*, Lancet (2002); 359: 1423-1429
 - 11 Campell C., *Health consequences of intimate partner violence*, Lancet (2003); 359: 1331-1336
 - 12 Dubowitz H., Bennett S., *Physical abuse and neglect of children*, Lancet (2007); 369: 1891-1899
 - 13 Olive P., *Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base*, J Clin Nursing (2007); 16: 1736-1748
 - 14 Rhodes K., *Interventions for Intimate Partner Violence Against Women, Clinical Applications*, JAMA (2003); 289: 601-605
 - 15 Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend, *Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen*, <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/o/4/4/CHo56o/CMS1069841159535/leitfaden-kinderschutzgruppen-web.pdf>, Wien (2008)
 - 16 *Reducing domestic violence ...what works? Briefing Notes*, Home Office, PRC Unit Publications, Room 415, Clive House, Petty France, London SW1H 9HD

Leonhard Thun-Hohenstein

Resilienz und Familie

Zusammenfassung

Resilienz ist ein dynamischer, interaktiver Prozess zwischen einem Individuum, seiner proximalen und distalen Umwelt und diversen Umweltbelastungen, mit dem Ziel schwere Belastungen ohne Folgen oder sogar gestärkt zu überstehen. Familie ist definiert als eine sich entwickelnde Lebensgemeinschaft von Eltern und Kindern, die heute in verschiedenen Formen beobachtbar ist. Familiäre Resilienz ist geprägt von einigen Schlüsselprozessen, deren Beobachtung diagnostisch hilfreich und deren Nutzung therapeutisch sinnvoll ist. Das Wissen um die Resilienzprozesse ermöglicht auch eine gezielte Prävention.

Schlüsselwörter: Familie, Resilienz, Entwicklung

Abstract

Resilience is meant to be a dynamic, interactive process between the individual and its proximal and distal environment. Its aim is to provide personal stability in case of stressful events without any consecutive disorders. Family is defined as a developing community, which today exists in several different formats. Familial resilience is a process which is constituted by central developments and processes. To observe those processes in a therapeutic setting is mandatory and especially helpful for prevention programs.

Keywords: Family, resilience, development

Leonhard Thun-Hohenstein, MD, PD
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Univ.-Klinik für
Psychiatrie I, Christian Dopplerklinik
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Ignaz Harrer-Straße 79, A-5020 Salzburg
L.Thun-Hohenstein@salk.at

Einleitung

Die Familie ist allen Unkenrufen zum Trotz immer noch die häufigste Lebensgemeinschaft, die Kinder in die Welt begleitet. Sie hat sich allerdings in ihrer Zusammensetzung und Haltbarkeit in den letzten Jahrzehnten dramatisch verändert und unzählige Subformen hervorgebracht: z. B. Alleinerzieherfamilien, Kleinfamilien, Einkindfamilien, Patchwork-Familien, Stieffamilien. Schon bei Primaten lassen sich verschiedene Formen von Familien beobachten: Elternfamilie (sogen. Kernfamilie) Mutterfamilien, Vaterfamilien und erweiterte Familien.¹ Die klassische, menschliche Vater/Mutter und Kinder-Familie – die so genannte bürgerliche Familie, die sich als Vorstellung v. a. in der deutschen Romantik entwickelte und eigentlich nur in wenigen Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts tatsächlich existiert hat, ist heute wieder vom Aussterben bedroht. Man kann das bedauern oder gut finden. Tatsache ist bei Scheidungsraten um 50 Prozent, dass diese Form der Familie nicht mehr mehrheitlich existiert. Die Emanzipation der Frau, insbesondere die Möglichkeit der Empfängnisverhütung und die ungestrafte Abtreibung haben die Geburtenraten drastisch reduziert. Parallel dazu haben geänderte Arbeitsbedingungen, die Verkleinerung der Haushalte, die Verlängerung der Lebenserwartung und damit die zunehmende Verlängerung der Jugendzeit sowie der damit verbundenen Erhöhung des Erstgebärenden-Alters hier wesentliche Veränderungen für die Familie nach sich gezogen. Die Eltern-Kind-Beziehung ist emotionaler, intimer und persönlicher geworden, die Ansprüche an diese Beziehung sind durch das Primat der Liebesheirat immer höher geworden. Damit sind natürlich auch die klassischen Rollenbilder von Mann und Frau, von Vater und Mutter einer deutlichen und teilweise dramatischen Veränderung unterworfen.

Neben den rechtlichen, genealogischen oder religiösen Familienbegriffen ist für unsere Zwecke wohl der psychologische interessant. Familie wird nach Schneewind² durch vier Kriterien bedingt:

Nähe, Abgrenzung, Privatheit und Dauerhaftigkeit, die sich in folgenden Merkmalen abbilden: im Prinzip des gemeinschaftlichen Lebensvollzuges sowie der interpersonellen Involviertheit und des intimen Beziehungssystems. Bei letzterem unterscheidet man (nach Wynne 1985³) vier kennzeichnende Kriterien:

- Bindung und Fürsorge
- Kommunikation
- gemeinsames Problemlösen
- Gegenseitigkeit.

Familie vermittelt Heimat, fördert Entwicklung und vermittelt Werte, das heißt die Familie produziert das sogenannte Humanvermögen, hat also eine zentrale gesellschaftliche Bedeutung.

Definition Resilienz

Resilienz – wörtlich Elastizität - wird in der Psychologie als die Stärke eines Menschen definiert, Lebenskrisen, schwere Krankheiten oder Traumata ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen. Emmy Werner beschrieb 1989⁴ als ein Ergebnis ihrer Kauai-Studie erstmals Kinder, die trotz widriger Lebensumstände und Belastungen „vulnerable but invincible“ waren. In der Zwischenzeit haben zahlreiche Forschungen diese Beobachtungen bestätigt, und die Resilienzforschung hat sich zu einem eigenen Forschungsschwerpunkt entwickelt. Resilienz ist also ein dynamisch-kompensatorischer Prozess positiver Anpassung angesichts bedeutender Belastungen und entsteht durch das Zusammenspiel genetischer, persönlicher und sozialer Variablen (Bio-psycho-soziale Genese⁵), also durch die gegenseitige Beeinflussung der Person und der Risiko- und Schutzfaktoren mit dem Ziel, die subjektive Vulnerabilität zu senken und die Anpassungsfähigkeit zu erhöhen.⁶ In Abb. 1 habe ich einen Ansatz des Verständnisses der Komplexität der Resilienzentwicklung in Familien anhand des biopsychosozialen Modells⁷ im zeitlichen Entwicklungsverlauf vom Individuum zur Familie dargestellt.

Jedes Individuum bringt seine genetische und biologisch determinierte Grundausstattung als

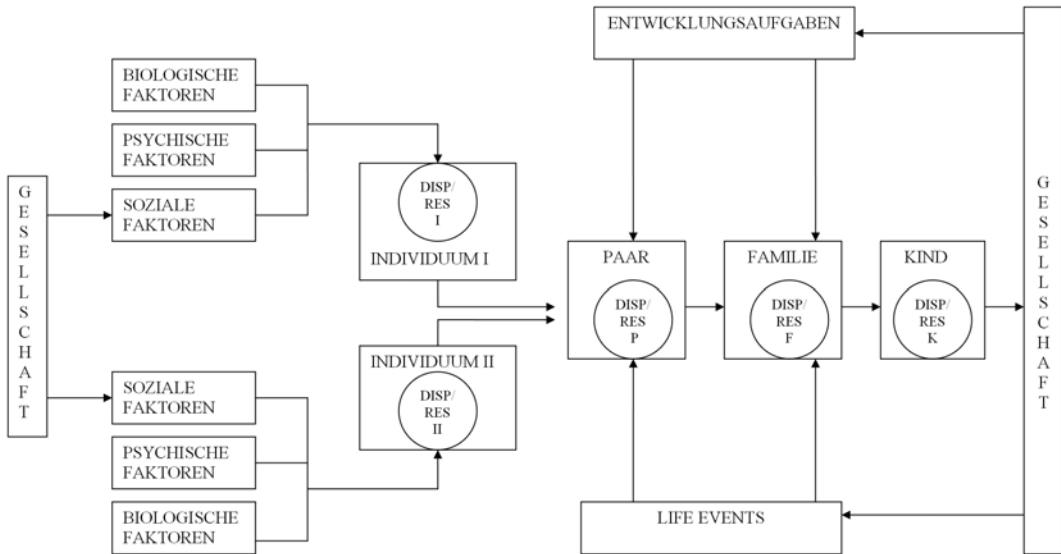


Abb. 1: Übersicht Einflussfaktoren auf Paar-, Familien und Resilienzentwicklung; Erklärung siehe Text
DISP/RES Disposition/Resilienz; I Individuum 1; II Individuum 2; P Paar; F Familie; K Kind

Entwicklungsbasis mit auf die Welt. Im Zusammenspiel mit seiner proximalen und distalen Umwelt (Familie etc.) erfährt er Belastungen, bewältigt mannigfaltige Situationen und entwickelt so eine gewisse Disposition als Ausdruck seiner Vulnerabilität und Adaptivität. Diese beiden Faktoren bilden die Basis für die Resilienzentwicklung. Im Moment der Paarwerdung treffen zwei Individuen mit unterschiedlichen, bio-psycho-sozial geprägten Dispositionen/Resilienz aufeinander und müssen nun eine gemeinsame Disposition/Resilienz entwickeln, die nun die Basis der Resilienz des Paares darstellt. Entwickelt sich dieses Paar zur Familie, entsteht eine familiäre Disposition/Resilienz. Diese wiederum ist die Basis der Entwicklung der jungen Individuen aus dieser Familie. Familiäre Resilienz ist ein interaktiver Zyklus gegenseitiger Beeinflussung, Lehrens und Lernens, der unmittelbar nach dem Entstehen der Familie beginnt. Dieser Kreisprozess ist die Basis der emotionalen Entwicklung, der Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung und jeder Beziehungsgestaltung im späteren Leben. So wie das Individuum durchläuft auch die Familie verschiedene Entwicklungsphasen und bewältigt dabei be-

stimmte Entwicklungsaufgaben und Life Events.

In Tab. 1 sind diese familiären Lebensphasen mit ihrem Ziel und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben aufgeführt.

Welche Faktoren beeinflussen nun die Entwicklung familiärer Resilienz?

Die Resilienz und ihre Wirkfaktoren sind für die Familie noch nicht so gut untersucht wie die Resilienz in der Persönlichkeitsentwicklung von Einzelpersonen. Das hat mit unterschiedlichen Ansätzen der Untersucher von Erwachsenen und Kindern zu tun. Jene Forscher, die sich mit Erwachsenen beschäftigen, gehen von einer in der Person zugrunde gelegten Resilienz aus, sozusagen als persönliches Merkmal, wohingegen die Kinder-Forscher Resilienz eher als das Resultat eines interaktiven Prozesses betrachten. Weiters werden bei Studien an Kindern die umgebenden Personen befragt (Eltern, Lehrer etc.), bei Erwachsenenstudien in der Regel die Probanden selbst.⁹ Trotzdem können wir einiges über Einflussfaktoren sagen, die auf genetischer, biologischer und sozialer Ebene zu jedem Zeitpunkt der Familien-Entwicklung zu finden

Phase	Anforderung	Entwicklungsaufgaben
Paarbildung	Sich auf eine neue Beziehungsstruktur einlassen	Sich über Rollen und Ziele einigen; Intimität erlernen; bisherige Beziehungen neu gestalten; gemeinsames Leben und Partnerschaft entwickeln
Elternschaft	Neue Mitglieder integrieren	Rollenanpassung an die verschiedenen Anforderungen: Vater, Mutter, Partner etc.; gemeinsame Vorstellung von Familie und Erziehung entwickeln; Akzeptanz des neuen Mitgliedes – Annahme „so wie es ist“; Versorgung und Fürsorge
Das Leben mit jungen Kindern	Kind(er) versorgen	Bindungsentwicklung, Entwicklungsförderung und -begleitung; gemeinsame Welt entwickeln; Aufmerksamkeit betreffend der verschiedenen Ebenen (Eltern, Partnerschaft, Kind); Containerfunktion – emotionale Kontrolle – Empathieentwicklung, gemeinsam Regeln und Werte entwickeln; Leistungsfähigkeit und -bereitschaft fördern; Streitkultur entwickeln und Auseinandersetzungen pflegen
Das Leben mit Jugendlichen	Flexible Grenzen	Unabhängigkeit und Kontrolle ausbalancieren; gemeinsames Durchstehen einer turbulenten Zeit; Wechsel zwischen Innen und Außen tolerieren; Experimentieren und Fremdheit ertragen und ermutigen
Die Kinder loslassen	Kinder eigene Wege gehen lassen	Beziehungen neu aushandeln, Toleranz von Unabhängigkeit, Neudefinition der Eltern-Kind-Beziehung und der Partnerschaft, Neuausrichtung der Partnerschaft
Gemeinsam alt werden	Veränderte Generationsrolle akzeptieren	Unterstützung der jungen Generation, dort wo nötig; den eigenen Weg neu/umdefinieren und in partnerschaftlicher Toleranz gehen; Übergang in Pension und neuen Lebensabschnitt aktiv gestalten; Beziehungsverluste verarbeiten

Tab. 1: Familiärer Lebenszyklus⁸

sind, wenn auch unterschiedlich bedeutsam. Zu den genetischen Faktoren gehören die Persönlichkeitsmerkmale, das subjektive kognitive und emotionale Potential des einzelnen Familienmitgliedes sowie die somatische Disposition. Die biologischen Faktoren sind neben der Ernährung und den direkten Umweltbedingungen (Klima, Landschaft etc.) in verschiedenen Noxen oder Krankheitsfaktoren (Behinderungen etc.) zu suchen. Der Hauptfaktor des Einflusses auf die familiäre Resilienz ist jedoch die Gruppe der sozio-ökonomischen Faktoren. Allen voran ist die Armut (dies gilt insbesondere für die Industriestaaten) der zentrale Faktor, der zahlreiche sekundäre Folgen (fehlende oder erschwerte

Partizipation, mangelnder Zugang zu Bildung und Hilfssystemen) nach sich zieht. Life Events sind die häufigste akute Ursache familiärer Krisen im Krankheits- oder Todesfalle eines Familienmitgliedes, bei Scheidung oder anderen einschneidenden Erlebnissen. Bei Vorliegen mehrerer Stressoren nimmt das Risiko, den Belastungen nicht mehr stand zu halten, signifikant zu.

Familiäre Resilienz

Familiäre Resilienz ist ein Prozess (siehe Abb. 1), den die Familienmitglieder gemeinsam durchlaufen in Auseinandersetzung mit sich, den Familienmitgliedern und mit ihrer Umwelt sowie deren

positiven wie negativen Einflüssen. Versteht man Resilienz als einen Prozess, werden folgende notwendigen Komponenten der familiären Resilienz deutlich,¹⁰ um mit all diesen Fähigkeit, aus Belastungen/ Traumata für das weitere Leben zu lernen:

- Gemeinsame Selbstreflexion und Attribution (Bewertung von Ereignissen)
- Fähigkeit, Symptome, Risiken und Probleme zu nutzen, um die Eigenmotivation zu verbessern
- die Fähigkeit zur Reflexion ausbauen
- mit neuen Gedanken und Verhaltensweisen zu experimentieren
- Erfolg und Sicherheit in Bildung und Beschäftigung.

Weiters zeigt sich auch die Fähigkeit, sich in Beziehungen konstruktiv einzubringen, als Resilienz-fördernd, genauso wie das Vorhandensein und die Akzeptanz von sozialem Support.¹¹

Insbesondere die oben angeführten Qualitätskriterien eines intimen Beziehungsgefüges sind von grundlegender Bedeutung für die Entwicklung familiärer Resilienz. Bindung und Fürsorge bedingen einander. Durch die Interaktion mit den primären Bezugspersonen bindet sich das Kind an diese und entwickelt einen bestimmten Bindungstyp,¹² zum Großteil in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Eltern, besonders der Mutter. Eine sicher gebundene Mutter zeigt eher einen „autoritativen“ Erziehungsstil im Gegensatz zu unsicher oder desorganisiert gebundenen Müttern, die eher einen „laissez faire“ Stil oder autoritäre Erziehungsstile pflegen.¹³ Bindung und Fürsorge ermöglichen die Entwicklung des ersten „Inner Working Models“¹⁴, der Früh-Repräsentanzen mit entsprechenden Attributionen, die grundlegend für die Entwicklung der menschliche Beziehungsfähigkeit sind. Gelingt eine sichere Bindung und ein guter Aufbau primärer Repräsentanzen, wirkt sich dies auf den Beitrag des Kindes (Interaktion, Verhalten etc.) zur Familie aus, was wiederum wesentliche Auswirkung auf die elterliche Gelassenheit und Sicherheit nach sich zieht. Ganz wichtig ist für diese Entwicklung die erlebte Unterstützung der näheren (Verwand-

schaft, Freunde) und fernerer (Gesetzgebung, allgemeine Werte, Familienförderung, Kindergeld und -zeit etc.) Gesellschaft, insbesondere während Schwangerschaft und Säuglingszeit.

Familiäre Kommunikation findet auf verschiedenen Ebenen statt, altersentsprechend der Entwicklung der Kinder und Eltern angepasst, umfasst die emotionale und inhaltliche Aussage, ermöglicht dadurch den Austausch der inneren Welten im Rahmen einer gemeinsamen „Sprache“, an gemeinsamen Orten, in gemeinsamen Strukturen der Kommunikation. Diese Fähigkeit ist weiters wieder grundlegend nötig für das gemeinsame Problem-löseverhalten einer Familie, welches empathisches Verstehen der jeweils anderen Position sowie den Vergleich mit der eigenen, den Austausch darüber und das Ermöglichen eines phantasievollen und experimentierfreudigen Umganges mit Differenzen und Problemen beinhaltet. Dieses Experimentieren muss natürlich unter elterlicher Anleitung und Kontrolle passieren, mit dem gemeinsamen Ziel, als Familie aus Erfahrung zu lernen und sich gemeinsam neu zu orientieren. Gegenseitigkeit als Familienmerkmal ist die Grundvoraussetzung der Individuation der einzelnen Familienmitglieder. Nur wo ein Du dem Kind begegnet, kann sich das Ich entwickeln und Gegenseitigkeit entstehen. Verbunden damit sind das Erlernen von Werten, Regeln im sozialen Umgang, Rücksichtnahme und Hilfsbereitschaft mit der gleichzeitigen Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse nicht zu vernachlässigen. Froma Walsh (siehe Tab. 2) beschreibt diese angeführten Qualitäten familiärer Qualitätsmerkmale als Schlüsselprozesse familiärer Resilienz,¹⁵ welche die Fähigkeit einer Familie, Belastungen zu ertragen und zu bewältigen, deutlich verbessern können und auch hervorragend im therapeutischen Setting nutzbar sind.

Man kann sich nun leicht vorstellen, dass gerade diese vier grundlegenden Kriterien von verschiedensten Faktoren bedroht sind: Armut, Doppelberufstätigkeit, abweichende Persönlichkeitsfaktoren, psychische Erkrankung der Eltern,

Überzeugungen der Familie

- In widrigen Lebensumständen einen Sinn finden
- Optimistische Einstellung
- Transzendenz und Spiritualität

Strukturelle und organisatorische Muster der Familie

- Flexibilität
- Verbundenheit
- Soziale und ökonomische Ressourcen

Kommunikation und Problemlösung

- Klarheit schaffen
- Gefühle zum Ausdruck bringen
- Gemeinsam Probleme lösen

Tab. 2: *Familiale Schlüsselprozesse der Resilienz*¹⁶

intrafamiliäre Gewalt, Misshandlung und Missbrauch. Aber auch im Falle intrafamiliärer Gewalt finden sich Resilienzfaktoren, die trotzdem eine positive Entwicklung ermöglichen. In der Isle of Wight Studie¹⁷ konnten M. Rutter und Mitarbeiter zeigen, dass erstens der Mangel an familialer Resilienz (niedrige soziale Klasse, Familiengröße > 4 Kinder, Scheidung, Trennung von der Mutter etc.) mit der Wahrscheinlichkeit intrafamiliärer Gewalt hoch korreliert und andererseits aber 14/44, also 31 Prozent der in der Kindheit misshandelten oder missbrauchten Probanden als „resilient“ eingestuft wurden. Sie unterschieden sich signifikant hinsichtlich ihrer persönlichen Schwierigkeiten, ihrer Kriminalitätsrate, ihres Gesundheitsstatus und der Partnerschaftsstabilität von den übrigen in ihrer Kindheit misshandelten oder missbrauchten Probanden. Die Raten dieser Schwierigkeiten waren sogar niedriger als in der Vergleichsgruppe.

Weitere Einflussfaktoren auf die Resilienzentwicklung vonseiten des Kindes sind bei von den elterlichen Erwartungen abweichender Ausprägung des kindlichen Äußeren oder seines Verhaltens zu erwarten oder, wenn sowohl elterliche und kindli-

che Probleme vorliegen. Ganz wesentliche Einflussfaktoren sind die gemeinsam zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben und insbesondere eventuelle Life Events (Todesfälle, Katastrophen etc).

Zusammenfassung und Ausblick

Familiale Resilienz ist ein dynamischer, interaktiver Prozess der familiären Individuen mit dem Ziel, die Entwicklung der Familie zu stärken und sie „vulnerable but invincible“ zu machen. Verschiedenste Einflussfaktoren wirken dabei zusammen und beeinflussen die verschiedenen Schlüsselprozesse intrafamiliärer Resilienz. Dieses Wissen um die Resilienz und ihre Einflussfaktoren lässt sich einerseits therapeutisch, aber auch präventiv nutzen, wie dies in verschiedenen Studien, z. B. spezifische Programme zur Depressionsvorbeugung¹⁸ oder Vorbeugung von Misshandlung¹⁹ oder einer generellen Prävention von Partnerschaftsproblemen²⁰ und konsekutiven Auffälligkeit bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Kindern²¹ mittlerweile gut dokumentiert ist. Vor allem die letzten zwei Studien sind im Sinne der generellen Prävention speziell interessant. Die Studien von Cowan & Cowan²² konnten zeigen, dass durch eine wöchentliche Gruppenintervention für Paare in der Zeit um die Geburt (3 Monate vor und nach der Geburt) die Partnerschaftszufriedenheit hoch gehalten werden konnte, was sich z. B. in einer signifikant niedrigeren Scheidungsrate nach 18 (0% vs. 12,5%) Monaten und 3,5 Jahren (4% vs. 16%) niederschlug. Gleichzeitig konnte diese Intervention auch nachweisen, dass die Kinder nach 10 Jahren weniger Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen. Einen etwas anderen Ansatz haben die Nurse Family Project-Studien,²³ die den Effekt wöchentlicher Besuche einer Krankenschwester in Risikofamilien untersuchten. Dabei konnten sie zeigen, dass die Kinder aus diesen Interventionsfamilien signifikant bessere Schulleistungen aufwiesen, ein geringeres Risiko aufwiesen, an vermeidbaren Todesursachen zu sterben, und dass die Mütter wesentlich längere Partnerschaften erleben konnten.

Die Politik sollte sich dieses Wissen nutzbar machen. Zuallererst muss die politische Öffentlichkeit Familie als die Zelle des Humankapitals verstehen – in welcher Form sie sich in Zukunft auch entwickeln möge – und neben einer intensiven Armutsbekämpfung gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von Familien überlegen bzw. gezielte Präventionsprogramme nach internationalem Vorbild planen. Hier geht es um Verbesserung der Förderung von Kindern auf individualisierter Basis, vermehrte Einbeziehung der Väter bzw. Männer in die Betreuungsprozesse, einen egalitären Zugang zur Bildung und Gesundheit, ausreichende soziale Unterstützung für jene Familien, die diese nicht aus ihrem Umfeld erfahren (Multiproblemfamilien, MigrantInnen, AlleinerzieherInnen etc.) können.

Referenzen

- 1 Heymann E. W., *Biologische Grundlagen von Familien – Familien bei Primaten*, in: Resch F., Schulte-Markwort M., *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie: Schwerpunkt Familie*, Beltz Verlag, Weinheim (2007)
- 2 Kramlinger K., *Gegenstands und Begriffsdefinition der Familienpsychologie*, in: Werneck H., Werneck-Rohrer S., *Psychologie der Familie – Theorien, Konzepte, Anwendungen*, WUV Universitätsverlag, Wien (2000)
- 3 Werner E. E., *A longitudinal study from birth to 32 years*, *Am J Orthopsychiatry* (1989); 59: 72-81
- 4 Werner E. E., siehe Ref. 3
- 5 Thun-Hohenstein L., *Soziale Einflüsse auf die Entwicklung von Kindern*, *Imago Hominis* (2005); 12: 291-297
- 6 Rutter M., *Resilience, competence, and coping*, *Child Abuse & Neglect* (2007); 31: 205-209
- 7 Thun-Hohenstein L., siehe Ref. 5
- 8 mod. nach Hegemann T., Asen K. E., Tomsom P., *Familienmedizin für die Praxis*, Schattauer, Stuttgart, New York (2000)
- 9 Luthar S. S., Brown P., *Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: prevailing paradigms, possibilities and priorities for the future*, *Dev Psychopathol* (2007); 19: 931-955
- 10 Noam G. G., Herrmann C. A., *Where education and health meet: developmental prevention and early intervention in schools*, *Dev Psychopathol* (2002); 14: 861-875
- 11 Borst U., *Von psychischen Krisen und Krankheiten, Resilienz und „Sollbruchstellen“*, in: Welter-Enderlin R., Hildenbrand B., *Resilienz – gedeihen trotz widriger Umstände*, Carl-Auer-Systeme, Heidelberg (2006)
- 12 Gloger-Tippelt G., *Transmission of binding by mothers and their children in the preschool age*, *Prax Kinderpsychol Psychiatr* (1999); 48: 113-128
- 13 Kainz S., *Grundlagen der Bindungstheorie*, in: Werneck H., Werneck-Rohrer S., *Psychologie der Familie*, Universitätsverlag, Wien (2000)
- 14 Fonagy P., *The human genome and the representational world: the role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretative mechanism*, *Bull Menninger Clin* (2001); 65: 427-448
- 15 Walsh F., *Family resilience: a framework for clinical practice*, *Family Process* (2003); 42: 1-18
- 16 Walsh F., siehe Ref. 15
- 17 Collishaw S. et al., *Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample*, *Child Abuse Neglect* (2007); 31: 211-229
- 18 Riley A. W. et al., *Development of a family-based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: theoretical basis and program description*, *Clin Child Fam Psychol Rev* (2008); 11: 12-29
- 19 Geeraert L. et al., *The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical abuse and neglect: a meta-analysis*, *Child Maltreatment* (2004); 9: 277-291
- 20 Cowan C. P. et al., *Promoting healthy beginning: a randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood*, *J Consult Clin Psychol* (2006); 74: 20-31
- 21 Olds D. L. et al., *Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age 9 follow-up of a randomized trial*, *Pediatrics* (2007); 120: e832-e845
- 22 Cowan C. P., Cowan P. A., *Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do*, *Family Relations* (1995); 44: 412-423
- 23 Olds D. L. et al., siehe Ref. 21

Christian R. Noe

Lebenswissenschaften und Ethik

Anmerkungen zu einer neuen Kategorisierung in den Naturwissenschaften und zu ihren ethi- schen Implikationen

Zusammenfassung

Die derzeit ablaufende „industrielle Revolution der Denkmaschinen (Computer)“ bedingt eine weitgehende Umgestaltung der Wissenschaften und ihres Betriebes. In diesem Beitrag wird am Beispiel der Lebenswissenschaften der Versuch gemacht, anhand der Abfolge „Wahrnehmen – untersuchen – wissen – mit Geschick umsetzen“ aufzuzeigen, dass alle Phasen wissenschaftlicher Tätigkeit mit ethischen Fragen intrinsisch verknüpft sind. Eine „ethische Krise der Wissenschaften“ kann vermieden werden, wenn es gelingt, ein neues Selbstverständnis der Naturwissenschaftler und einen gesellschaftlichen Konsens über die Bedeutung verantwortungsbewussten Handelns in den Wissenschaften herbeizuführen.

Schlüsselwörter: Integrative Lebenswissenschaften, Ethik, Revolution der Denkmaschinen

Abstract

The presently ongoing „industrial revolution of computers (thinking machines)“ has caused a comprehensive reshaping of science and scientific undertaking. This contribution refers to the field of life sciences. Along the sequence “to notice – to investigate – to know – to act skillfully” the attempt will be made to demonstrate that all phases of scientific activities are intrinsically connected with ethical implications. An “ethical crisis of science” can be avoided if a new self-conception of scientists can be achieved together with a societal consensus on the importance of responsible conduct in science.

Keywords: Integrative Life Sciences, Ethics, Computer Revolution

o. Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Mag. Dr. Christian R. Noe
Departement für Pharmazeutische Medizinische
Chemie der Universität Wien
Althanstraße 14, A-1090 Wien
Christian.Noel@univie.ac.at

Einleitung

„Bioethik“ ist heute ein großes Thema: „Grüne, rote und weiße Gentechnologie“ mit speziellen Themen wie „gentechnisch veränderte Lebensmittel“, „Präimplantationsdiagnostik“, „Mensch-Tier-Chimären“ oder „Forschung mit embryonalen Stammzellen“ seien beispielhaft für eine Reihe von brisanten Fragen genannt, welche in der Gesellschaft heiß diskutiert werden. In diesem Beitrag werden allerdings nicht ethische Probleme im Einzelnen behandelt. Es wird vielmehr – ausgehend von der Situation der Universitäten – der Versuch gemacht, aufzuzeigen, dass es in Anbetracht der Dynamik der wissenschaftlichen Entwicklung nicht ausreichen wird, die jeweils neu auftretenden ethischen Fragen einzeln „abzuarbeiten“. Herausgefordert durch die „industrielle Revolution der Denkmachines (Computer)“² befindet sich die Welt der Wissenschaften insgesamt in einem fundamentalen Umgestaltungsprozess, welcher mehr und mehr eine „ethische Krise der Wissenschaften“ bedingen wird, falls es nicht gelingt, ein neues Selbstverständnis der Naturwissenschaftler und in der Folge einen gesellschaftlichen Konsens herbeizuführen, bei dem ethische Implikationen in allen Phasen des wissenschaftlichen Handelns einen gebührenden Stellenwert erhalten.

Von der „Biologie“ zur „Lebenswissenschaft“

Europaweit werden derzeit Universitäten reformiert. Mit dem Universitätsgesetz des Jahres 2002³ wurde eine Reform des österreichischen universitären Systems mit weitreichenden Konsequenzen in die Wege geleitet. Dabei wurden auch die bestehenden Fakultäten der Universität Wien einer Neuordnung unterzogen. Im Zuge der Maßnahmen wurde ein großer Teil der bisherigen Fakultät für Naturwissenschaften und Mathematik in eine „Fakultät für Lebenswissenschaften“ zusammengeführt. Der Begriff „Lebenswissenschaften“ wurde bewusst an Stelle einer „klassischen“ Bezeichnung wie „Biologie“ gesetzt, um auch durch die Namensgebung der Fakultät jener fortschreitenden Ent-

wicklung der wissenschaftlichen Welt Rechnung zu tragen, bei der sich die Grenzen der bisherigen wissenschaftlichen Disziplinen auflösen und an ihre Stelle große Fragestellungen des Menschen und der Gesellschaft treten. „Heraus aus dem Elfenbeinturm!“ oder „Life Science in Society“⁴ sind Schlagworte, die diese Tendenzen illustrieren. Im Falle der Lebenswissenschaften eröffnen vor allem auch Fragen zur Ernährung, Gesundheit, Umwelt, zur Vielfalt des Lebens und zum Verständnis der „Systeme des Lebendigen“ („systems biology“) große Felder mit bedeutenden Zielsetzungen. Damit sind im Übrigen auch die großen Forschungsthemen der neuen Fakultät für Lebenswissenschaften der Universität Wien benannt.⁵

Die industrielle Revolution der „Denkmachines“

Natürlich fragt man sich, warum sich gerade jetzt die Wissenschaften neu orientieren und die Universitäten weltweit oder zumindest europaweit reformiert werden. Tatsächlich sind wir seit etwa 50 Jahren inmitten einer sehr dynamisch verlaufenden Entwicklung, die verkürzt als das „Wachsen der Computerwelt“ bezeichnet werden kann. Mehr und mehr haben Computer Aufgaben übernommen, die bisher von Menschen erledigt wurden. Aus einer „in vivo“⁶-Denkwelt des Menschen ist eine virtuelle „in silico“⁷-Welt mit einer eigenen Dynamik erwachsen. Natürlich ist diese Entwicklung gerade für die Wissenschaften mit ihren „Kopfarbeitern“ von besonderer Relevanz. Es ist jedoch bemerkenswert, dass in den Reformdiskussionen der akademischen Welt die Brisanz dieser Entwicklung relativ wenig wahrgenommen und kaum unmittelbar angesprochen wird. Bücher wie „Brave New World“⁸, „1984“⁹ oder „Fahrenheit 451“¹⁰, die noch vor dreißig Jahren viel diskutiert waren, kennt unter den jüngeren Generationen kaum noch jemand, und doch sind die dort voraus gedachten Szenarien heute aktueller denn je. Die Ursache, die eine Umgestaltung der wissenschaftlichen Welt im Allgemeinen und der Universitäten im Speziellen bedingt, ist so-

mit klar. Ihre unausweichlichen und potentiellen Konsequenzen sind jedoch derzeit noch zu wenig thematisiert und beeinflussen die Entscheidungen höchstens unterschwellig.

Wissenschaft als „produzierender“ Vorgang

Zur Analyse der Auswirkung der „*in silico*“-Revolution¹¹ auf die Wissenschaften bedarf es zunächst einer Konvention, was Wissenschaft überhaupt ist. Diese wird ja in verschiedenster Weise definiert. Eine besonders originelle Interpretation, was Wissenschaft sein kann, lässt sich aus dem Deckenfresko im Festsaal der Alten Universität in Wien – jetzt der Festsaal der Österreichischen Akademie der Wissenschaften – ableiten, die die Allegorie der Wissenschaften darstellt.¹² An den vier Seiten des Gemäldes finden sich bemerkenswerte Abbildungen der vier Fakultäten: „*Divinarum Rerum Notitia*“ steht für die Theologische Fakultät geschrieben. Unter der Abbildung der Philosophischen Fakultät findet sich der Schriftzug: „*Causarum investigatio*“. „*Iusti atque iniusti scientia*“ steht für die Juridische Fakultät. Die Medizinische Fakultät schließlich ist mit „*Ars tuendae et reparandae valetudinis*“ bezeichnet.¹³ Die Begriffe „*Notitia*“ – „*Investigatio*“ – „*Scientia*“ und „*Ars*“ sind zwar jeweils mit einer der Fakultäten verbunden, für welche sie vom Künstler als besonders charakteristisch empfunden wurden, dennoch treffen sie grundsätzlich für jede der Fakultäten zu. Die Abfolge „*Notitia*“ – „*Investigatio*“ – „*Scientia*“ und „*Ars*“ kann zugleich auch mit den einzelnen Schritten im Prozess des Erkenntnisgewinnes gleich gesetzt werden: „Wahrnehmen – untersuchen – wissen – mit Geschick umsetzen“:

Neue Schwerpunkte in den Aufgaben der Wissenschaftler

„Wahrnehmen – untersuchen – wissen – mit Geschick umsetzen“ bedeutet zugleich eine sehr umfassende Sicht über das, was unter Wissenschaft zu verstehen ist. Gerade diese Definition kann sehr hilfreich sein, um den Wissenschaftsbegriff aus der Enge mehr oder minder ausgetretener

Pfade von Klassifizierungen herauszuführen. Zu sehr sind die Naturwissenschaftler heutzutage in der „*causarum investigatio*“ – der Erforschung der Ursachen – verhaftet, die nicht zuletzt auch das fundamentale Motiv der Grundlagenforschung ist. Es besteht kein Zweifel, dass der Siegeszug der Naturwissenschaften in den vergangenen 300 Jahren auf der Zuverlässigkeit der Ergebnisse einer im Wesentlichen reduktionistischen Experimentalforschung beruht. Die Abfolge „neue Erkenntnisse – experimentelle Techniken – industrielle Technologien“ hat zudem eine Rückkoppelung gefunden und zu einer atemberaubend komplexen Großgeräteforschung geführt, die es erlaubt, mit Hilfe immer aufwendigerer Instrumente immer tiefer in die Geheimnisse der Natur einzudringen. Der Forscher ist dann „nichts“ ohne sein Gerät. Hand in Hand mit der industriellen Technologisierung der Wissenschaften ist der Utilitarismus zur treibenden Kraft des Fortschrittes geworden.

So wie die Instrumentalforschung nicht zuletzt ein Produkt der „mechanischen“ industriellen Revolution ist, wird die Forschung heutzutage immer mehr durch die Technologien der „*in silico*“ Revolution bestimmt.¹⁴ Es ist zu erwarten, dass die Auswirkungen der „Denkmaschinen“ naturgemäß für die Wissenschaft – natürlich auch für die Gesellschaft insgesamt – ganz besonders gravierend sein werden und heute noch in ihrem Ausmaß kaum absehbar sind.¹⁵

Wenn also die Felder „*investigatio*“ und „*scientia*“ in Zukunft mehr und mehr von maschineller Tätigkeit, sozusagen „enthumanisiert“, determiniert sein werden, so bedeutet das keineswegs, dass der typische Wissenschaftler der Zukunft primär ein „Bediener“ von Maschinen sein wird. Die Steigerung der Effizienz in diesen Bereichen durch Maschinen und Instrumente wird vielmehr den Freiraum für einen neuen Typ von Wissenschaftler schaffen, dessen Augenmerk vor allem auf „*notitia*“ und „*ars*“ gerichtet sein kann. Das Finden und Aufgreifen von wichtigen Fragestellungen und die „kunstvolle“ Umsetzung neu gewonnenen

Wissens sind jene faszinierenden Bereiche der Wissenschaft, in welchen diese sich mit ihrer Tätigkeit unmittelbar in die Gesellschaft einbringt: „Life Science in Society“¹⁶ heißt die große Herausforderung für die besten Köpfe.

„Integrative Lebenswissenschaften“

Was sind nun die Fragen der Gesellschaft, zu deren Lösung die Lebenswissenschaften beitragen können? Große Themen wurden bereits vorher genannt. Wenn man nun als spezielle Themen, etwa „der gläserne Mensch“¹⁷, Bewusstsein oder Altern erwähnt, so wird unmittelbar die neue Dimension der Wissenschaft der Zukunft evident: Die Perspektive einer Forschung über das Altern reicht vom Genetiker und Zellbiologen bis hin zum Soziologen. Nicht umsonst wurde mittlerweile der Begriff „integrative Lebenswissenschaften“¹⁸ geprägt. Zu integrieren – auf dem Weg des Dialogs und der konstruktiven Zusammenarbeit – sind nunmehr die verschiedensten Wissenschaften, manchmal sogar die theologische Wissenschaft. Im „Age of the Brain“ gilt es vor allem das Schisma zwischen Geistes- und Naturwissenschaften zu überbrücken und umfassende Ansätze zur Lösung der großen Fragen zu finden.

Typischerweise würde heute ein Wissenschaftler das Thema „Ethik“ nicht als intrinsisch mit seiner Arbeit verbunden sehen. Akut auftretende ethische Fragen werden in bestehende Ethikkommissionen „outgesourct“. Der Wissenschaftler hofft, dass diese sein Tun billigen mögen, und fühlt sich primär – wenn er ein tüchtiger Wissenschaftler ist – seiner Suche nach neuer Erkenntnis verpflichtet. Wenn man allerdings vom Biologen der Zukunft erwartet, dass er ein „integrativer Lebenswissenschaftler“ sein möge, dann wird ein Selbstverständnis, das alleine der logischen Erkenntnis verpflichtet ist, selbst unmittelbar zu einer reduktionistischen Einschränkung des eigenen Tuns. Wenn er dem Anspruch einer integrativen Wissenschaftlichkeit gerecht werden will, darf er seine Bemühungen nicht auf die wunderbare Welt der Logik der Na-

turwissenschaften beschränken. Vielmehr muss er sich viel unmittelbarer als bisher mit einer Reihe weiterer Themen – darunter auch die Ethik – befassen, welche man – besonders im 20. Jahrhundert – lieber der Theologie, der Philosophie und den Gesellschaftswissenschaften überlassen hat.

Eine kurze Revue ethischer Probleme

Tatsächlich gibt es fast keinen Bereich des wissenschaftlichen Handelns, in dem ethische Fragestellungen nicht von Bedeutung wären. Nur exemplarisch und cursorisch sollen in der Folge einige Beispiele für grundsätzliche Probleme entlang der Linie: „Notitia“ – „Investigatio“ – „Scientia“ und „Ars“ angedeutet werden.

Ad „notitia“

Kaum etwas verlangt ein größeres Gespür für die eigene Wissenschaft als die Wahrnehmung eines neuen Problems und die Schaffung der Rahmenbedingungen für dessen zuverlässige Bearbeitung. So haben Millionen von Menschen im Lauf der Geschichte Graugänse beobachtet. Und doch blieb es Konrad Lorenz vorbehalten, aus solchen Beobachtungen eine Wissenschaft zu machen. Allerdings kommt es in diesem Zusammenhang nicht nur auf die „Kunst“ der Wahrnehmung eines Problems und in der Folge der Formulierung einer Themenstellung für eine Forschungsarbeit an. Es müssen auch die Voraussetzungen für die Umsetzung gegeben sein.

- „Sire geben Sie Gedankenfreiheit“ heißt es in Don Carlos.¹⁹ Die Freiheit des kritischen Denkens ist zweifelsohne ein unverzichtbares Element einer offenen Gesellschaft. Das sollte stets bedacht werden. In gleicher Weise muss jedoch klar sein, dass „Freiheit des Denkens“ keinesfalls zwangsweise die „Freiheit zum Handeln“ bedingt. Seit Menschengedenken wogt der Streit über die Frage, was überhaupt gedacht, gesprochen, geforscht oder getan werden darf. Auf der einen Seite stehen Tabuisierung und gewünschte oder verhängte Verbote von be-

stimmten Forschungen. Auf der anderen Seite werden die Freiheit der Forschung oder das Primat der intellektuellen Neugier ins Treffen geführt, um das jeweilige Tun zu rechtfertigen. Von religiösen Verboten bis hin zur „politischen Unkorrektheit“ spannt sich ein weiter Bogen von heftig diskutierten Themen von hoher ethischer Relevanz.

- Das für die tägliche Arbeit des Wissenschaftlers eigentlich größte Problem hängt primär damit zusammen, dass – wie erwähnt – naturwissenschaftliche Forschung immer aufwendiger und kostspieliger wird. Ob ein Projekt durchgeführt wird oder nicht, ist daher vor allem eine Frage der Finanzierung. Man muss also naturwissenschaftliche Forschung nicht verbieten. Es genügt, wenn man keine Mittel zur Durchführung von Projekten bereitstellt. Die Zuteilung von Geldmitteln bestimmt wie kein anderer Parameter nicht nur die industrielle Forschung, sondern ganz besonders auch den Lauf der sogenannten „Grundlagenforschung“, also jener Forschung, welche vorwiegend aus Mitteln der öffentlichen Hand gespeist wird.
- In der Regel wird heute erwartet, dass ein Forscher an einer Universität die Mittel für seine Forschung als „Drittmittel“ einwirbt. Die Anträge werden meist von „peers“, also Kollegen, welche ihre Tätigkeit anonym im Auftrag der Förderinstitution durchführen, auf Förderungswürdigkeit geprüft.²⁰ Der Antragsteller muss somit seine Idee, also sein „intellektuelles Eigentum“, preisgeben, bevor er überhaupt den Wert seiner Idee experimentell überprüfen und seine Priorität dafür sichern konnte. Die „peers“ müssen sich daher schon alleine beim Lesen der Anträge unbedingt ganz besonders hohen ethischen Standards verpflichtet fühlen, um sich nicht im (unbewussten) „conflict of interest“ dann und wann am „intellektuellen Eigentum“ der originellen Idee eines Kollegen zu „bedienen“. Zugleich stehen sie in einer Zeit der knappen Ressourcen für öffentlich geför-

derte wissenschaftliche Forschung (in der Regel Bewilligungsraten weit unter 50 Prozent) beim Kampf um Drittmittel manchmal vor einer fast unlösbaren Aufgabe, wenn sie die Mittel objektiv gerecht zuteilen wollen. Also ist die derzeitige Modalität die Finanzierung der öffentlichen Forschung eigentlich ethisch, organisatorisch und legistisch im Prinzip bedenklich.

Ad „investigatio“

- „Fraud in Science“, also „Betrug in der Wissenschaft“, ist ein Thema, das ganze Bücherregale füllt,²¹ mit zum Teil skurrilen Fällen, wie jenem des Nobelpreisträgers, in dessen Labor das Fell einer Maus mit schwarzem Filzstift eingefärbt wurde, um einen gelungenen Gentransfer vorzutäuschen. Die Antwort auf das Überhandnehmen von Malversationen in der Experimentalforschung – besonders auch in sehr renommierten Forschergruppen – heißt „GLP“ („good laboratory practices“).²² Es sind dies strenge und überprüfte regulatorische Vorschriften, welche bei der Arbeit einzuhalten sind. Verordnungen und Gesetze werden hier sozusagen zu einer „Technologie der Ethik“. Die Einführung solcher Bestimmungen sind eigentlich zugleich auch ein Einbekenntnis, dass man davon ausgeht, dass ein „normaler“ Forscher sich wohl nicht ohne weiteres an materiellen Gütern vergreifen mag, dass er aber das Schönen, Fälschen oder Erfinden von Ergebnissen nicht als Unrecht begreifen könnte. Hier sollte man besser zu einem Selbstverständnis kommen, bei dem gilt: „Kontrolle ist gut, aber Vertrauen ist besser.“

Ad „scientia“

- „Wissen ist Macht!“, „Monopolisierung der Information“ oder „Manipulation durch Desinformation“ sind klassische Schlagworte des 20. Jahrhunderts mit bedeutenden ethischen Implikationen. Auch auf diesem Feld hat die Digitale Revolution die Akzente verschoben.

„Wissen ist Macht“ gilt mit Sicherheit auch heute noch, jedoch mit der Einschränkung „nicht öffentliches“ Wissen.

- Wer heute schnell eine Information haben will, der geht ins Internet und „googelt“.²³ Das meiste, was an Daten ins Internet gelangt, ist indes unüberprüft. Vieles ist widersprüchlich und manches ist evident falsch. Hypothesen lassen sich beinahe nach Belieben mit Bezug auf entsprechend ausgewählte „Referenzen“ konstruieren. Desinformation beschränkt sich heutzutage keinesfalls nur auf Propaganda und Methoden wie „Neusprech“²⁴, sondern kann aus der Überfülle an verfügbaren Daten leicht konstruiert werden. Es ist nicht weiter überraschend, dass die Digitale Revolution²⁵ gerade im Bereich der Wissenskommunikation eine Vielzahl von ethischen Problemen erzeugt.²⁶
- Es geht allerdings auch in steigendem Ausmaß um Datenschutz. Der „gläserne Mensch“ steht zur Disposition.²⁷ Gläsern wird bald jeder Bürger sein, weil diejenigen, die die Mittel in der Hand haben, jederzeit bei Bedarf mehr über ihn an Wissen abfragen können, als er selbst über sich weiß.
- Die Leistung eines Naturwissenschaftlers wird heute in der Regel vorwiegend über seine Publikationen mittels „metrischer“ Faktoren, wie Impaktpunkten oder Zitationsfaktoren erhoben, quantitativ vermessen und bewertet. Es werden Statistiken erstellt und vergleichend in „rankings“ ausgewertet, die dann die Karriere des Forschers dominant mitbestimmen.²⁸ Obwohl die Fehlerhaftigkeit dieses Systems erkannt und offen diskutiert wird²⁹, geht – zumindest für jüngere Naturwissenschaftler – kein Weg an dieser Methode vorbei. Allerdings reagieren mittlerweile geschickte Forscher auf diese Scheinobjektivierung ihrerseits durch gezielte Taktiken und Absprachen beim Publizieren und Zitieren. Letztlich sollte die Bewertung einer wissenschaftlichen Leistung vor allem auf

einer ernsthaften Befassung mit den wissenschaftlichen Inhalten der Arbeiten beruhen. Denn wissenschaftliche Leistungen sind, wie künstlerische und andere kulturelle Leistungen, kaum mit einigen mäßig objektiven Faktoren voll erfassbar. Die derzeitige Praxis der Überbewertung der „metrischen Faktoren“ ist eigentlich in einer lebendigen „scientific community“ zumindest fragwürdig und sogar unethisch, wenn der sachliche Inhalt und die tatsächliche Leistung des Forschers bei Evaluierungen ausgeblendet bleiben.

- Die Fülle der weltweit geleisteten Forschung ist phantastisch. Es ist begrüßenswert, dass die vielen Ergebnisse von wissenschaftlichen Arbeiten heute in der Regel gespeichert und systematisch erfasst werden. Die Techniken der naturwissenschaftlichen „Datenerzeugung“ sind jedoch mittlerweile derartig effizient, dass man beim besten Willen wissenschaftlicher Arbeit nicht „per se“ Sinn und Nützlichkeit zuerkennen kann. Viele erzeugte und erfasste Daten sind letztlich Datenmüll, weil sie nie abgefragt werden. Ein Ergebnis ist nicht automatisch ein Stein beim Bau des Gebäudes des „universellen Wissens“. Die Beurteilung der Relevanz eines Forschungsthemas sollte daher nicht mehr alleine der speziellen „scientific community“ mit ihren einschränkenden Paradigmen³⁰ obliegen, sondern vielmehr in einem möglichst weiten Kontext gesehen werden.
- Es wird angesichts der „Datenexplosion“ überdies eine große Aufgabe für die Forschenden und Lehrenden insgesamt und für die Universitäten im Speziellen sein, aus der immensen Fülle der verfügbaren Daten jene Informationen herauszudestillieren, welche es verdienen, als allgemeiner Wissenskanon oder spezieller Kanon einer Wissenschaft im menschlichen Gehirn Teil der menschlichen Geisteskultur zu sein. Diese Aufgabe ist noch kaum wahrgenommen. Ihre Bedeutung kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Ad „ars“

- Ethische Probleme treten naturgemäß gerade bei der Umsetzung des Wissens mit besonders gravierenden Folgen auf. So gab es trotz mehr als 20jähriger intensiver Forschung wahrscheinlich deshalb bis vor kurzem keine Gentherapie,³¹ weil von den Forschern – auch um leichter an Finanzierungen für ihre Arbeiten zu gelangen – unrealistische Erwartungshaltungen geweckt wurden und so mancher der Beteiligten unbedingt der Erste sein wollte, welcher eine erfolgreiche Gentherapie beim Menschen durchführt. Mit den ersten Todesfällen in den vorschnell angesetzten klinischen Studien kam die große Ernüchterung. Obwohl die Gentherapie – im Sinne einer „Genchirurgie“ – zumindest aus theoretischer Sicht nach wie vor als „perfekte Lösung“ von genetisch bedingten Krankheiten erscheinen mag, so macht sie heute – nicht zuletzt wegen der ursprünglichen Überbewertung – bedeutend langsamere Fortschritte als erhofft.
- Vergleichbar stellt sich die heutige Stammzelldiskussion dar: Bei Medikamenten werden zwingend Tierversuche im Zuge der präklinischen Prüfung vor der Anwendung am Menschen verlangt. Bisher ist jedoch keine erfolgreiche Stammzelltherapie einer tierischen Erkrankung bekannt geworden, aus welcher man bestimmt sehr viel lernen könnte, bevor man sich an Menschen wagt. Dennoch müssen es für einige Forscher offenbar unbedingt embryonale Stammzellen des Menschen sein, mit welchen sie forschen wollen. Die spezielle ethische Frage, die sich automatisch ergibt, wenn es sich um menschliches Leben handelt, wird beiseite geschoben, als ob es für den „Fortschritt der Wissenschaft“ keinen anderen Weg gäbe, als mit zerteilten menschlichen Embryonen zu arbeiten. Das ist nicht nur aus ethischer Sicht äußerst bedenklich.³² Auch aus logischen Gründen sind eigentlich Forschungen mit adulten Stammzellen, die bereits jetzt bei

diversen Erkrankungen zum Einsatz kommen, eher förderungswürdig. Mit diesen Stammzellen könnten Konzepte erarbeitet werden, bei denen der Patient mit Zellmaterial aus seinem eigenen Genom therapiert wird. Therapien mit embryonalen Stammzellen, für die vor kurzem die ersten Zulassungsanträge erstellt wurden,³³ hat hingegen den inhärenten Nachteil, dass dabei ein Fremdgenom in den Körper des Patienten eingebracht wird.

- Vor allem sollte stets bedacht werden, dass diese und ähnliche Diskussionen über futuristische Therapien in beträchtlichem Maße vom Wettbewerb der Forschergruppen – sowohl im akademischen Umfeld als auch in der „Biotech“-Industrie – um finanzielle Förderungs-mittel beziehungsweise um Bereitstellung von Risikokapital bestimmt sind. Wichtige wissenschaftliche Fächer, die keine spektakulären Ergebnisse vorweisen können und außerhalb des „mainstreams“ der Lebenswissenschaften stehen, sind im Angesicht knapper Ressourcen durch diesen Wettbewerb von der finanziellen Austrocknung bedroht.
- Das menschliche Genom ist entziffert. Genomanalysen geben Aufschluss über die Unterschiede in der Physiologie einzelner Menschen. Durch immer weitergehende Analysen werden Krankheiten zu Syndromen, die sich in ihrem Erscheinungsbild gleichen, aber andere molekulargenetische Ursachen haben. Unter dem Titel „individualisierte Medizin“ beziehungsweise „personalisierte Medizin“ wird es bald möglich sein, Therapien abgestimmt auf die individuelle Genausstattung eines Patienten durchzuführen.³⁴ Zugleich aber stehen wir inmitten einer Krise in der Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Sozialversicherungen schränken die Vergütungen für Medikamente immer weiter ein und können nicht mehr gewährleisten, dass jeder Patient das beste Arzneimittel bekommen kann. Eine Zweiklassenmedizin ist nicht mehr nur eine zukünftige

Bedrohung, sondern mancherorts – auch in Ländern mit hoch entwickeltem Sozialsystem – bereits Realität.³⁵

- Im „age of the brain“ lernen wir immer mehr über physiologische Vorgänge im menschlichen Gehirn. Wird das vielleicht eines Tages dazu führen, dass man das psychische „Normalsein“ des Menschen aufgrund von genetischen und metabolischen Parametern definiert? Man könnte dann allerdings zugleich versucht sein, Abweichungen von der Norm als Krankheit zu bezeichnen und den „Patienten“ mittels Medikamenten auf das passende „Soll-Verhalten“ einzustellen.
- Bereits heute ist die Frage der Hinauszögerung des menschlichen Sterbens mittels der Apparatemedizin zu einem komplexen Thema mit etlichen Implikationen geworden. In engem Bezug dazu steht auch die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Transplantationsmedizin.³⁶ Die Anzahl der ethischen Probleme in der medizinischen und pharmazeutischen Forschung ist schier unerschöpflich.

Die „drei Fragen“ des Menschen

Die genannten Beispiele sollen die Vielfalt und Komplexität der ethischen Probleme aufzeigen, die in den Wissenschaften im Allgemeinen und in den Lebenswissenschaften im Speziellen auftreten. Woran kann sich nun ein Wissenschaftler in Zukunft orientieren, wenn er sich den großen Fragen der Wissenschaft gebührend widmen will? Die Antwort auf diese Frage ist bereits längst gegeben: „Was können wir wissen? – Was sollen wir tun? – Was dürfen wir glauben?“ Die Suche nach einer Antwort auf diese drei Fragen hat nach eigener Aussage das Lebenswerk Immanuel Kants bestimmt.³⁷ Er beschreibt damit auch kurz und bündig eine Art Programmatik, die für jeden Menschen gelten sollte, der nach Wissen und Weisheit strebt. Es sind letztlich die großen Fragen, die seit Aristoteles die Philosophie bewegt haben. Sie stimmen weitgehend mit der Begriffstria „Logik“, „Ethik“

und „Metaphysik“ überein, die seit der Antike als eine der klassischen Definitionen der Philosophie herangezogen wird.³⁸

„Was können wir wissen?“: In einer sehr allgemeinen Definition kann Wissenschaft als ein System verstanden werden, dessen Ziel es ist, auf sprachlicher Logik basierende Wahrheiten neu zu generieren, zu kommunizieren und zu tradieren. Sie ist eine systematische, zutiefst im Neurobiologischen wurzelnde Vorgangsweise und somit ein Element der „logischen“, also sprachlichen Welt des Menschen. In diesem Kontext bedeutet „Sprache“ nicht nur die Vielfalt der menschlichen Sprachen, sondern auch die Sprachen der Mathematik – Arithmetik und Geometrie –, die chemische Formelsprache, den genetischen Code und andere Formen der systematischen Codierung der sinnlich erfahrbaren Wirklichkeit.

„Was sollen wir tun?“: Kants Frage nach dem richtigen Handeln lässt sich als eine Art verkürzter Definition von „Ethik“ auffassen. Es ist bemerkenswert, dass einer solchen Interpretation des Begriffes Ethik durchaus nichts Esoterisches anhaftet. Ein gebührender Umgang mit anderen Menschen, also ein im ethischen Sinne richtiges Verhalten, birgt in sich auch eine beträchtliche „Logik“ im Sinne einer Nützlichkeit für das Dasein. Selbst ein strikter Materialist wird diese Auffassung teilen.

„Was dürfen wir glauben?“: Diese Frage erschließt letztlich die metaphysische Dimension der Ethik. Bei Kant wäre es der „kategorische Imperativ“, der in der Folge zum richtigen Handeln führt.³⁹ „Glauben“ in diesem Zusammenhang lässt sich vielleicht ganz allgemein als das verstehen, was die „Basis für die persönliche Überzeugung“ bildet, aus der heraus ein denkender Mensch handelt. Diese sehr weit gefasste Definition gilt für den Atheisten ebenso wie für den gläubigen Menschen. Was immer ein denkender Mensch tut, steht in Bezug zur Basis seiner individuellen Überzeugung, also der für ihn gültigen Werte. Diese dritte Frage ist zugleich auch eine Frage nach der Position des Menschen zur Sinnhaftigkeit seines eigenen Lebens.

Die ethische Krise der Wissenschaft

Die Welt der Wissenschaft ist globalisiert. Naturwissenschaftliche Ergebnisse werden in der Regel von der „scientific community“ (das sind alle einschlägig arbeitenden Wissenschaftler) im Rahmen ihrer jeweils gültigen Paradigmen⁴⁰ ungeachtet der Weltanschauung des Einzelnen als zutreffend empfunden. Mit dieser weitgehenden Übereinstimmung wird die Wissenschaft somit geradezu zum „Triumph der Logik“. Auch die Ethik des Handelns ist über weite Bereiche durch Logik bestimmt. Das Ziel der wissenschaftlichen Arbeit soll in aller Regel ein positives Ergebnis sein. Das Problem taucht erst mit der Frage auf: Für wen positiv? Für den Wissenschaftler selbst? Für seine Familie? Seine Firma? Seine Freunde? Sein Volk? Seine Glaubensgenossen? Die ganze Menschheit? Die belebte Natur? Die Erde? Das Universum? Das „Cui bono?“ bedingt alles wissenschaftliche Handeln – von der „notitia“ bis zur „ars“. Was ethisch richtig ist und logischerweise Gegenstand von Forschungsarbeit sein sollte, hängt von diesem „Wem nützt das?“ ab. Zugleich liegt auch hier die Wurzel der ethischen Krise der Wissenschaft. Was sind denn eigentlich die wichtigsten Paradigmen, nach welchen sich das *Cui bono* heute weltweit richtet? Zunächst ist es die derzeit alles dominierende scheinbare Logik der virtuellen Welt des Finanzkapitalismus, welcher selbst die größten produzierenden Industriebetriebe und ganze Volkswirtschaften zum Spielball seiner Spekulationen macht.⁴¹ Dann ist es das Streben nach Gewinn aus produktiver Arbeit, die selbstverständlich das Motiv der Industrien sein muss, die aber auch ein berechtigtes Anliegen jedes Einzelnen ist. Weiters ist es die ureigenste Faszination des Wissenschaftlers an seiner Forschung oder aber sein Traum, mit seiner Forschung der Menschheit Gutes zu tun. Es ist ebenso das Streben nach Ruhm und Einfluss, das vor allem die „egozentrischen“ akademischen Wissenschaftler treibt. Manche der genannten Motive sind aus Sicht einer kultivierten und verantwortungsbewussten Gesellschaft zutiefst unethisch,

andere äußerst ehrenwert. Es gibt tatsächlich keine einfache und einheitliche Sicht darüber, was ethisches Handeln in der Wissenschaft bedeutet. Die ethische Krise der Wissenschaft ist somit eigentlich die ethische Krise einer Gesellschaft, die dringend notwendige Klarlegungen in Bezug auf akzeptable Motive des Handelns unterlässt. Eine Voraussetzung zur Lösung dieser Krise wird es sein, dass man zur Kenntnis nimmt, dass Logik, Ethik und Metaphysik grundsätzlich in einer Aporie untrennbar mit einander verbunden sind.

Sehr viele Wissenschaftler sind Individualisten und bezeichnen sich als unreligiös. Sofern ihnen nicht Freiräume eingeräumt werden,⁴² tun sie, was ihnen aufgetragen ist, wenn sie in der Industrie forschen; und sie tun, was ihnen wichtig erscheint und was sie fasziniert, wenn sie im akademischen Umfeld arbeiten. Sie wollen – und können – darüber hinaus als Einzelne in der Regel – mit wenigen Ausnahmen⁴³ – nur wenig bewirken. Und dennoch können sie sich bei ihrem Tun dem *Cui bono* nicht völlig entziehen. Menschen, die eine gefestigte individuelle Weltanschauung haben oder einer Religion verbunden sind, haben es grundsätzlich leichter, die ethischen Konsequenzen des eigenen Handelns zu bedenken. So ist das „Caritas“-Gebot eines gläubigen Christen diesem sicherlich eine große Hilfe und Richtschnur bei der ethischen Bewertung seiner Arbeit. Es ist jedoch für verantwortungsbewusste Wissenschaftler in Anbetracht stets neuer Fragestellungen und komplexer Sachverhalte nicht immer leicht, sich ein klares Bild als Basis für die richtige Entscheidung zu verschaffen. Sie sind für Orientierungshilfen durch eine lebendige Diskussion dankbar.

Was sollen wir tun?

Die Umsetzung des Konzeptes der integrativen Lebenswissenschaften setzt voraus, dass sich die zivilisierten Gesellschaften der Welt weit mehr als bisher grundsätzlich und intensiv in detaillierter Sachkenntnis mit der ethischen Frage befassen: „Welche wissenschaftliche Arbeit wäre gut für die

Menschen in unserem Land?“ „Was ist gut für die Menschen in der Welt?“ Diese Fragen sollten in Politik und Gesellschaft gestellt und diskutiert werden.

Das Anliegen ist im Grundsatz keineswegs neu. Bereits in der Antike haben die Philosophen der Stoa und ähnlicher Richtungen ethische Probleme umfassend behandelt. Es ist eigentlich wenig überraschend, dass sich auch Cicero, der große römische Staatsmann, zu diesem Thema klar geäußert hat: „*Ergo omne officium, quod ad coniunctionem hominum et ad societatem tuendam valet, anteponendum est illi officio, quod cognitione et scientia continetur.*“⁴⁴

Ethisches Bewusstsein muss in der Gesellschaft – als ein ureigenstes Anliegen – massiv gefördert werden. „Life Science in Society“⁴⁵ bedeutet in diesem Zusammenhang nichts Anderes, als dass sich auch die Lebenswissenschaftler ihrer Verpflichtung bewusst werden, sich aktiv einbringen und am gesellschaftspolitischen Diskurs über solche Fragen mit ihrem Sachverstand mitwirken. Die Erziehung junger Menschen zu verantwortungsbewusstem Handeln sollte in der Familie beginnen und in der Schule konsequent weitergeführt werden. Die Information über den Fortschritt der Wissenschaft sollte das Leben lang anhalten.

Universitäten und Akademien wiederum sind als wichtige Bildungsinstitutionen zur Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema „Wissenschaft und Ethik“ prädestiniert. Sie sollten sich nicht einfach im „mainstream“ dem Wettlauf um die „schicksten“ und „aktuellsten“ Forschungsgebiete anschließen, sondern lieber abwägen, wie sie – mit ihrem eigenen besonderen Profil – ihre gesellschaftliche Aufgabe am besten erfüllen können und die ohnedies knappen Ressourcen für die Forschung richtig einsetzen. Zweifelsohne gehört zu den für die Universitäten und Akademien bedeutenden Themen auch die Bemühung um eine Vertiefung des grundlegenden Verständnisses über Mensch und Natur. Vor allem ist es jedoch ihre große zukünftige Aufgabe, den Kanon des menschlichen Wissens zu pflegen, zu entwickeln und zu tradieren.

Auch für die Religionen gilt es, sich der großen Fragen der Wissenschaft aus ihrer primär religiösen und ethischen Sicht anzunehmen. Im Sinne der erwähnten untrennbaren Trias von Logik, Ethik und Metaphysik sind integrative Lebenswissenschaften inhärent mit einer theologischen/metaphysischen Komponente verbunden. Es müssen im Strom der Wissenschaft allerdings nicht primär fundamentale Glaubensinhalte „defensiv“ vertreten werden. Schwierige Situationen erzeugen vielmehr die immer wieder plötzlich auftretenden komplexen wissenschaftlichen Fragen mit unvorhersehbaren und ungewissen ethischen Implikationen. Solche Probleme sind früh zu erkennen und aufzugreifen. Sie müssen im Detail analysiert und verstanden werden. Darauf aufbauend kann man sich ein objektivierbares Bild machen und einen eigenen Standpunkt aus solider Sachkenntnis heraus entwickeln. Die Religionen sollten dabei keinesfalls die Basis ihres Glaubens verlassen, um irgendwelche Kompromisse zu erzielen. Ihre Sperrigkeit kann manchmal eine bessere Orientierungshilfe für einen verantwortungsvollen Wissenschaftler sein, als ein verwaschener Standpunkt. So besitzt die katholische Kirche hervorragende Voraussetzungen, sich aktiv mit den großen Fragen der Lebenswissenschaften zu befassen. Mit der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften verfügt sie über einen der besten „brain trusts“ auch für Naturwissenschaften, dessen Mitglieder in der Lage sind, selbst komplexeste Fragestellungen auf höchstem wissenschaftlichen Niveau zu behandeln.⁴⁶ Sie hat auch ansonsten keinen Mangel an Institutionen und Menschen, welche zum Thema „integrative Lebenswissenschaft“ kompetent beitragen können.

Bei allen Bemühungen zur Bewusstmachung der Bedeutung von ethischem Handeln in der Wissenschaft müssen, können und sollen nicht immer gleich fertige Antworten bereitgestellt werden. Vor allem gilt es, einen Konsensus über möglichst viele unstrittige sachliche Inhalte so herauszuarbeiten, dass sich nicht nur Spezialisten der jeweiligen „scientific community“ seriös äußern können. Ethik-

sche Probleme sind herauszuziselieren und für einen breiten gesellschaftlichen Diskurs gebührend aufzubereiten. Die Arbeit wird sich lohnen: Es gibt mehr als 6 Milliarden Menschen, die von einer Besinnung der Gesellschaft auf eine von allgemeiner Verantwortung getragenen ethischen Haltung zu den großen Fragen des Lebens profitieren könnten.

Für kritische Lektüre und wertvolle Kommentare dankt der Autor Frau Dr. Dr. Marion Noe, Herrn Prof. Dr. Enrique Prat und Frau Dr. Inge Schuster.

Referenzen

- 1 Die Anwendung der Gentechnologie in der Landwirtschaft/Botanik wird als grüne Gentechnologie bezeichnet und jene in der Medizin/Zoologie als rote Gentechnologie. Die Herstellung von Biokatalysatoren (für die industrielle Anwendung) durch gentechnische Veränderung von Mikroorganismen wird als weiße Gentechnologie bezeichnet.
- 2 Jeremy Rifkin spricht in diesem Zusammenhang auch von der 3. industriellen Revolution: Rifkin J., *Das Ende der Arbeit und ihre Zukunft*, Campus, Frankfurt/Main (2004), S. 80 ff.
- 3 Universitätsgesetz 2002, Bundesgesetzblatt I Nr. 120/2002
- 4 Novotny H., *Life Sciences and the Humanities*, in: The European Commission, *Modern Biology and Visions of Humanity*, Multiscience Publishing, Brentwood (2004)
- 5 Entwicklungsplan der Universität Wien, durch den Universitätsrat genehmigte Fassung vom 14. März 2008; <http://public.univie.ac.at/index.php?id=6172>
- 6 „In silico“ bezieht sich auf das Element Silizium, das wichtigste Material der Computerchips. „In vitro“ = „im Reagenzglas“ und „in vivo“ = „im lebenden Organismus“ werden heute in der pharmazeutischen Forschung mit „in silico“ = „im Computerexperiment“ ergänzt.
- 7 siehe Ref. 6
- 8 Huxley A., *Brave New World*, Chatto and Windus, London (1932)
- 9 Orwell G., 1984, Ullstein Verlag, Frankfurt/Main (1949)
- 10 Bradbury R., *Fahrenheit 451*, Ballantine Books (1953)
- 11 Die Begriffe „in silico“-Revolution und Digitale Revolution bringen zum Ausdruck, dass es ganz besonders die gewaltige Leistungssteigerung der Computerchips ist, welche die Revolution der Denkmaschinen vorantreibt.
- 12 Noe C., *Die wissenschaftliche Pharmazie in Europa*, Pharm. Unserer Zeit (2006); 6(35): 55-59
- 13 Theologie: „Die Wahrnehmung des Göttlichen“, Philosophie: „Die Erforschung der Ursachen“, Rechtswissenschaften: „Das Wissen über Recht und Unrecht“, Medizin: „Die Kunst, die Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen“.
- 14 Mainzer K., *Computerphilosophie*, Junius Verlag, Hamburg (2003)
- 15 z. B. Heidenreich S., *FlipFlop. Digitale Datenströme und die Kultur des 21. Jahrhunderts*, Hanser Verlag, München (2004)
- 16 Novotny H., siehe Ref. 4
- 17 „Gläserner Mensch“: In Diskussionen über Datenschutz seit einigen Jahren als Metapher für den „durchleuchteten“ Menschen in einem überwachenden Staat gebräuchlich.
- 18 Formale Etablierung des Begriffes durch die Forschungsinitiative der Humboldt Universität Berlin („Institut für Integrative Lebenswissenschaften“) im Zuge der Exzellenzinitiative 2007; www.exzellenz.hu-berlin/zukunftskonzept/iris-html
- 19 Friedrich von Schiller, *Don Carlos*, 1. Akt, 10. Auftritt
- 20 Kassirer J. P., Peer review. *Crude and understudied, but indispensable*, JAMA (1994); 272: 96-97
- 21 Finetti A., Himmelrath A., *Der Sündenfall, Betrug und Fälschung in der Deutschen Wissenschaft*, Dr. Josef Raabe Verlag, Stuttgart (1999)
- 22 Good Laboratory Practice; Zusammen mit GMP (good manufacturing practices) und GCP (good clinical practices) vor allem im Bereich der pharmazeutischen Industrie etabliertes, behördlich überwachtes Qualitätssicherungssystem.
- 23 Lehnwort für „Suchen im Internet“, benannt nach „Google“, der wichtigsten Internet-Suchmaschine
- 24 Orwell G., siehe Ref. 9
- 25 siehe Ref. 23
- 26 Klawki R., *Fakt oder Fiktion – wer betrügt wen?*, Imago Hominis (2008); 15: 39-43
- 27 siehe Ref. 17
- 28 „Web of Science“, „Scopus“ und „Google Scholar“ sind die bekanntesten einschlägigen, auf Internet Suche basierenden Recherchesysteme.
- 29 z. B. Wenneras C., Wold A., *Nepotism and sexism in peer-review*, Nature (1997); 387: 341-343
- 30 Quitterer J., *Der Einfluss wissenschaftsexterner Faktoren auf den Fortschritt der „hard sciences“ nach Thomas S. Kuhn*, Imago Hominis (2008); 15: 11-19
- 31 GendicnewurdevonSiBionoGeneTech2003zurgenthe-rapeutischenBehandlungvonTumorenimHals-Nasen-Ohren Bereich in der Volksrepublik China zugelassen Wilson J. M., *Gendicine: the first commercial gene therapy product*, Human Gene Ther (2005); 16: 1014-1015

- 32 Prat E. H., Stejskal J., *Forschung mit humanen embryonalen Stammzellen; Argumente Für und Wider*, Imago Hominis (2008); 15: 6-8
- 33 Am 14. Mai 2008 wurde von der FDA die Zustimmung zum Antrag der Geron Corp. zur Durchführung der ersten klinischen Studie zur Behandlung von Rückenmarksverletzungen mit humanen embryonalen Stammzellen zurückgestellt.
- 34 „Individualisierte Medizin“, besser „personalisierte Medizin“, wird durch die Gendiagnostik ermöglicht. Sie erlaubt es, die Therapie auf bestimmte genetisch bedingte Parameter des Patienten abzustimmen.
- 35 Der Begriff „Zweiklassenmedizin“ bezeichnet die Ungleichbehandlung von Patienten aufgrund sozialer Unterschiede (Privatpatient gegenüber Kassenpatient).
- 36 Sanchez Sorondo M. (Hrsg.), *The Signs of Death*, Pontificiae Academiae Scientiarum Scripta Varia, Band 110, Vatikan Stadt (2007)
- 37 Ingensiep H. W., Baranzke H. Eusterschulte A. (Hrsg.), *Kant-Reader. Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen?*, Königshausen und Neumann, Würzburg (2004)
- 38 Zum Begriff „Philosophie“ als eines von vielen Beispielen: Wikipedia: „Als Kerngebiete der Philosophie können die Logik (als die Wissenschaft vom folgerichtigen Denken), die Ethik (als die Wissenschaft vom rechten Handeln) und die Metaphysik (als die Wissenschaft von den ersten Gründen des Seins und der Wirklichkeit) betrachtet werden.“
- 39 Kant I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 1785
s. a. Schönecker D., Wood A. W., *Immanuel Kant, „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“. Ein einführender Kommentar*, 2. Auflage, Schöningh, Paderborn (2004)
- 40 Qwitterer J., siehe Ref. 30
- 41 Schulmeister S., *Kleines Organon des Finanzkapitalismus*, Dreiteilige Serie in der österreichischen Tageszeitung „Standard“ vom 24., 26. und 27. Mai 2006
- 42 „Serendipity“ bezeichnet eine zufällige Beobachtung von etwas ursprünglich nicht Gesuchtem, das sich als neue und überraschende Entdeckung zeigt. Sie war und ist eine Quelle der Innovation. Daher räumen manche Firmen ihren Forschern bewusst kreative Freiräume ein.
- 43 Paradoxerweise sind es jedoch gerade einzelne Personen, welche in der Regel „Großes“ bewirken. Z. B.: Bill Gates hat ein gesamtes Zeitalter revolutioniert.
- 44 „Daher ist jeder Dienst, welcher zur Bewahrung des menschlichen und gesellschaftlichen Zusammenhalts dient, jedem Dienst vorzuziehen, welcher sich auf Erkenntnisgewinn und Wissenschaft beschränkt...“, Marcus Tullius Cicero, *De Officiis* 1/157
- 45 Novotny H., siehe Ref. 4
- 46 Als Beispiel für eine das Thema betreffende Publikation: Sanchez Sorondo M. (Hrsg.), siehe Ref. 36

Stammzellen: Vorsitzende der Österreichischen Bioethikkommission will Liberalisierung

Wird sich Österreich eigene Gesetze zum Thema Stammzellenforschung zulegen? Die Meinungen, ob dies nötig sei, gehen innerhalb der österreichischen Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt auseinander. Die Herstellung von embryonalen Stammzellen, etwa aus IVF-überzähligen Embryonen, ist durch das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG, § 9 Abs. 1) verboten, die Forschung mit bestehenden, im Ausland hergestellten ES-Zelllinien jedoch prinzipiell erlaubt. Eine Situation, mit der Christiane Druml, Vorsitzende der Bioethikkommission, offenbar keine rechte Freude hat. Die Juristin sprach sich anlässlich der Technologiegespräche beim Forum Alpbach für klare gesetzliche Vorgaben im Sinne von mehr Rechtssicherheit für die Wissenschaftler aus. Persönlich wünscht sich Druml eine Liberalisierung bei der Forschung an ES, betonte aber gegenüber der Nachrichtenagentur APA (online, 21. 08. 2008), dass das keine Kommissions-Meinung ist. Ihr schwebt das Schweizer Modell vor, das die Forschung mit IVF-überzähligen Embryonen erlaubt. Im Rahmen der Alpbacher Technologiegespräche berichtete der japanische Wissenschaftler Shinya Yamanaka von der Universität Kyoto über seine Entdeckung der so genannten Induzierten Pluripotenten Stammzellen (IPS), durch die er zum Nobelpreiskandidaten avancierte. Yamanaka selbst gibt sich bescheiden, er will am Boden der Tatsachen bleiben, die Technologie soll weder über- noch unterbewertet werden. Man sei keinesfalls derzeit in der Lage, Menschen damit heilen zu können, betonte der Wissenschaftler. In der Diskussion stellte Yamanaka fest, dass es seiner Ansicht nach nicht notwendig sei, neue Stammzelllinien für Forschungszwecke herzustellen (und damit weitere Embryonen zu zerstören). Die mehr als 100 bereits bestehenden Stammzelllinien reichten für die Forschung aus. Sowohl das Forscherteam um Yamanaka als auch die Wissenschaftler um James Thomson hatten als Vergleichsmaterial für die neuen ethisch sauberen IPS-Zellen die weltältesten, seit 1998 bei den National Institutes of Health (USA) registrierten menschlichen embryonalen Stammzellen verwendet.

APA online, 21. August 2008

Sterbehilfe: OGH erklärt Nahrungsentzug aus Mitleid für versuchte Tötung

Darf man den Tod von schwerkranken Patienten, bei denen keine Aussicht auf Heilung besteht, aus Mitleid herbeiführen, in dem man ihnen Nahrung und Flüssigkeit entzieht? Diese Frage hat nun der Oberste Gerichts-

hof (OGH) in Wien mit einem klaren Nein beantwortet. Es habe keinen Beleg für den Sterbewunsch jener 88-jährigen künstlich ernährten Salzburgerin gegeben, der im Jahr 2001 nach Aufforderung ihres Gatten und mit Einverständnis des Arztes die Zufuhr von Wasser und Nahrung entzogen wurden. Nach Anzeige der Tochter bei der Staatsanwaltschaft hatte die Seniorin dann wieder per Sonde zu essen und zu trinken bekommen. Sie starb nach einem halben Jahr eines natürlichen Todes. Ermittlungen wegen versuchten Mordes wurden eingestellt, die Tochter versuchte im Zivilprozess ihren Vater für erbunwürdig erklären zu lassen – Voraussetzung dafür wäre, dem Pensionisten eine vorsätzliche Straftat gegen seine Frau nachweisen zu können. In ihren Urteilen erklärten das Landesgericht Salzburg und das Oberlandesgericht Linz jedoch, es habe keine strafbare Handlung stattgefunden, berichten die Salzburger Nachrichten (online 28. 08. 2008). Der Arzt habe lediglich wegen des „Leidenszustandes der Patientin“ lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen und damit „straflose passive Sterbehilfe“ versucht. Niedere Motive seien weder Ehemann noch Arzt vorzuwerfen – es sei anzunehmen, sie hätten aus Mitleid gehandelt, argumentierten die Gerichte. Nun entschied der OGH in diesem brisanten Fall von möglicher Sterbehilfe jedoch anders: Das Abstellen der Nahrung hätte „wohl in weiterer Folge zum Tod“ der Frau geführt. Dies war laut Höchststrichter eine verbotene, versuchte Tötung (6 Ob 286/07 p, 07. 07. 2008). Es gab weder eine Aussage der Frau noch eine Patientenverfügung, dass sie hätte sterben wollen. „Im Zweifel für das Leben“ sei der „normale ärztliche Heilauftrag“, hält der Entscheid fest. Der Fall geht nun ans Erstgericht zurück. Sollten die Beklagten nachweisen können, dass die Salzburgerin tatsächlich nicht mehr hat leben wollen, sei die Tat nicht als versuchter Mord, sondern als versuchte fahrlässige Tötung zu werten.

Entscheid des OGH, 6 Ob 286/07 p, 7. Juli 2008

Salzburger Nachrichten online, 28. August 2008

Public Health: Anti-Rauch-Programme sparen Milliarden

Tabakkontrollprogramme schützen nicht nur Nichtraucher, sie entlasten auch die Krankenkassen. Nach Berechnungen in PLoS Medicine hat das California Tobacco Control Program (CTCP) in 15 Jahren rund 86 Milliarden US-Dollar an Gesundheitskosten eingespart. Das 1989 initiierte CTCP zielte nicht auf Jugendliche, sondern von Anfang an auf Veränderungen sozialer Normen bei Erwachsenen. Rund 1,8 Milliarden US-Dollar ließ sich Kalifornien bis 2004 den Nichtraucherschutz kosten. In einer groß angelegten Öffentlichkeitskampagne wurde die

Tabakindustrie als Lügner entlarvt, Nikotin als Suchtmittel erkannt und Passivrauchen zu einem allgemeinen Gesundheitsrisiko erklärt. Zwei Jahrzehnte bevor in Westeuropa das Rauchen an öffentlichen Orten eingeschränkt wurde, mussten Raucher in Kalifornien sich in engen Räumen mit speziellen Abzugsanlagen für Tabakrauch zurückziehen oder andere soziale Stigmata ertragen, berichtet das Deutsche Ärzteblatt. Das CTPC zeigte Wirkung. Innerhalb von fünf Jahren wurden 3,6 Milliarden Schachteln Zigaretten weniger geraucht, der Umsatz an Zigaretten ging um 9,2 Milliarden US-Dollar zurück. Gleichzeitig stiegen die Einsparungen im Gesundheitswesen, von Krankenhauskosten bis Arzneimitteln.

PLoS Medicine doi:10.1371/journal.pmed.0050178

Dt. Ärzteblatt online, 26. August 2008

Studie: Verdachtsfälle von Forschungsbetrug werden zu selten gemeldet

Geschönte Bilder, unterschlagene Daten, getürkte Ergebnisse: Wie reagieren Forscher, wenn gegenüber einem Kollegen der Verdacht von wissenschaftlichem Betrug auftaucht? Dieser Frage ging eine im Juni 2008 *Nature* veröffentlichte US-Studie nach. Fazit: In mehr als einem Drittel würde den beobachteten Verdachtsfällen niemals nachgegangen, schreiben die Autoren des Gallup-Instituts, die die Umfrage im Auftrag des Office of Research Integrity durchführten. Das ORI ist eine dem US-Gesundheitsministerium zugehörige Behörde, die den biomedizinischen Wissenschaftsbetrieb prüft. Gründe dafür, die „schwarzen Schafe“ nicht zu nennen, sind die Angst, dem Kollegen zu schaden bzw. eigene Projektgelder zu gefährden. Die Umfrage wurde unter 4.298 Wissenschaftlern in 605 Forschungseinrichtungen durchgeführt. 2.212 Wissenschaftler hatten den „Mumm“, auswertbare Fragebögen zurückzuschicken. 192 von ihnen (8,7%) gaben an, innerhalb von drei Jahren (2002 – 2005) in 265 Fällen tatsächliches oder mögliches Fehlverhalten von Kollegen innerhalb der eigenen Abteilung beobachtet zu haben. In 201 dieser Fälle trafen die offiziellen Kriterien für Fehlverhalten zu, wie das Erfinden oder Fälschen von Daten, Plagiatsfälle etc. Mehr als ein Drittel der Verdachtsfälle (37 Prozent) wurde jedoch nie gemeldet. Nach einer sehr konservativen Schätzung auf Grundlage dieser Daten folgern die Autoren, dass dem Office of Research Integrity innerhalb des Dreijahreszeitraums 1.350 Fälle hätten gemeldet werden müssen – tatsächlich waren es nur 24 Fälle pro Jahr. Die Autoren schlagen mehrere Strategien zur „Reparatur“ der Integrität wissenschaftlicher Forschung vor: 1. Null Toleranz gegenüber diejenigen, die Fehlverhalten bege-

hen und diejenigen, die darüber wissen aber schweigen; 2. Schutzmaßnahmen für Personen, die Fehlverhalten anderer öffentlich machen; 3. klare Vorgehensweisen in den Einrichtungen mit expliziter Benennung der Verantwortlichen bzw. der Ansprechpartner 4. Schulungen der Vorgesetzten, ihre Vorbildfunktion zu erfüllen; 5. gezielter Einsatz von Methoden, um Fehlverhalten zu identifizieren, wie Überprüfung von Unterlagen durch Dritte (Audit) sowie 6. ein vorbildliches ethisches Verhalten der Führungskräfte.

Nature (2008); 453: 980-982

Österreich: Ungeborenes behindertes Kind klagt Republik

Der Vorarlberger Bub Emil ist der erste Ungeborene, der die Republik Österreich wegen der Diskriminierung behinderter Menschen geklagt hat. Hintergrund ist ein OGH-Urteil, in dem ein behindertes Kind gewissermaßen als „Totalschaden“ für seine Eltern gewertet wurde. „Emil hat zwar einen Schaden, ist aber kein Schaden“, halten seine Eltern entgegen. Während der Schwangerschaft wurde durch Pränataldiagnostik festgestellt, dass das Kind mit einem offenen Rücken (Spina bifida) geboren wird. Die 33-jährige Mutter und ihr Mann haben eine Abtreibung ihres Kindes abgelehnt, der Bub kam Anfang August zur Welt.

Dieselbe Behinderung hat auch jener mittlerweile sechsjährige Bub aus Kärnten, der Anlass für ein umstrittenes „Kind als Schaden“-Urteil des Obersten Gerichtshofs (OGH) gewesen ist (vgl. *Imago Hominis* 3/2007: OGH-Urteil „Das Kind als Schaden“). Der OGH hatte damals Eltern erstmals eine Entschädigung für die gesamten Lebenshaltungskosten des Kindes zugesprochen, das sie hätten abtreiben lassen, wäre die Behinderung während der Schwangerschaft erkannt worden. Dieses OGH-Urteil verletze Emils Recht auf Leben, sein Recht auf Ehre und Achtung der Menschenwürde und das Recht auf Nichtdiskriminierung, sagen die Vorarlberger Eltern und ihr Anwalt. Es werte Kinder mit Behinderung als „Schaden“. Ziel der Klage sei, „gesellschafts- und sozialpolitisch etwas in Bewegung zu bringen“, betonte Rechtsanwältin Paul Sutterlüty, es gehe nicht um Geld. Der Gesetzgeber sei gefordert, hier Klarheit zu schaffen. Die bisherige Untätigkeit der Legislative hatte auch der OGH bereits ausdrücklich kritisiert.

Die Tendenz, Österreich „behindertentfrei“ zu machen, ist deutlich: Während im Jahr 1989 noch 612 Kinder mit Missbildungen und 34 Kinder mit Down-Syndrom das Licht der Welt erblickten, waren es im Jahr 2006 nur noch 269 Kinder mit Fehlbildungen und zehn Down-Kinder. Das heißt, dass sich die Zahlen innerhalb

von nicht einmal zwei Jahrzehnten halbiert haben beziehungsweise um rund 70 Prozent gesunken sind, so die Grünen- Behindertensprecherin Theresia Haidlmayr.

Vorarlberger Nachrichten online, 10. Juli 2008

Salzburger Nachrichten online, 4. August 2008

Post-Abortion-Syndrom: Lancet fordert Maßnahmen-Paket für Frauen

Eines der führenden internationalen medizinischen Journals, Lancet, fordert mehr psychologische Hilfe für Frauen nach Abtreibungen. Im Editorial (2008; 372: 602) relativieren die Autoren die Aussagen eines Berichts der American Psychological Association. Diese hatte Mitte August einen Bericht vorgelegt, wonach es keinerlei wissenschaftlich gesicherte Daten gebe, dass Frauen, die innerhalb des ersten Trimesters abtreiben, ein größeres Risiko hinsichtlich mentaler Gesundheit eingingen als solche, die ihr Kind zur Welt brächten. Dem widerspricht Lancet und warnt vor einer Verniedlichung des Problems: Die Tatsache, dass Frauen nach einer Abtreibung psychische Probleme hätten, dürfe nicht banalisiert werden. Stattdessen fordert Lancet ein Maßnahmen-Paket zur Nachbetreuung von Frauen nach Abtreibungen. Erst jüngst hat eine im Scandinavian Journal of Public Health publizierte Langzeitstudie in Norwegen ergeben, dass vor allem junge Frauen, die abtreiben ließen, später stärker zu Depression neigen als andere (2008; 36(4): 424-428). Die Ergebnisse der Studie, bei der der Soziologe Willy Pedersen an der Universität Oslo 11 Jahre hindurch 768 Frauen im Alter zwischen 15 und 27 Jahren wissenschaftlich begleitet hat, zeigten außerdem, dass das Suchtverhalten (Alkohol und Drogen) bei jungen Frauen nach einer Abtreibung signifikant höher war als bei jenen, die sich für ihr Kind entschieden haben (Addiction 2007; 102(12): 1971-1978).

Lancet (2008); 372: 602

ScandJ Public Health (2008); 36(4): 424-428

Euthanasie: Deutscher Ex-Senator leistet gesunder Frau Beihilfe zum Selbstmord

Der ehemalige Hamburger Justizsenator Roger Kusch hat nach eigenen Angaben einer körperlich und geistig weitgehend gesunden 79-jährigen Frau Ende Juni 2008 zum Suizid verholfen. Der Fall hatte bei Vertretern aus Politik, Kirche und Gesellschaft scharfen Protest ausgelöst. Kusch, der erst vor wenigen Monaten mit dem von ihm entwickelten so genannten „Tötungsautomaten“ Aufsehen erregte, habe „nach Klärung der Rechtslage in Deutschland“ erkannt, dass Sterbewillige für einen „assistierten Suizid“ nicht in die Schweiz fahren müssten,

wo aktive Sterbehilfe erlaubt sei. Das Motiv für die Selbsttötung der 79-Jährigen ehemaligen Krankenschwester sei die „grauenvolle panische Horrorvision“ der Einsamkeit in einem Pflegeheim gewesen, sagte Kusch. Sie habe sich nach Rücksprache mit ihm die nötigen Medikamente besorgt und selbst eingenommen. Als die Frau schon im Sterben lag, habe Kusch die Wohnung verlassen, während des Sterbens aber eine Videokamera mitlaufen lassen.

Nach dem Skandal um den Ex-Justizsenator wollen die deutschen Bundesländer gewerbliche und organisierte Sterbehilfe verbieten. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) nannte Kuschs Vorgehen „makabere Propaganda“ und sprach sich gegen Euthanasie aus. Der richtige Weg seien Hilfsangebote für sterbende Menschen. Unterdessen wurde bekannt, dass der Fall vorerst ohne rechtliche Konsequenzen bleibt. Die Staatsanwaltschaft Würzburg schließt eine „rechtlich relevante Fremdbeteiligung“ im Zusammenhang mit der verstorbenen Frau aus. Nach dem derzeitigen Ergebnis des Todesermittlungsverfahrens habe es sich um einen „normalen Suizid“ gehandelt. Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) will nach der umstrittenen Sterbehilfe durch Kusch eine Verschärfung rechtlicher Vorgaben prüfen lassen. Sie sei „absolut gegen jede Form der aktiven Sterbehilfe, in welchem Gewand sie auch immer daherkommt“, berichtet das Deutsche Ärzteblatt. Dem ehemaligen CDU-Senator (2001 – 2006), der die Partei vor zwei Jahren verlassen hatte, droht eine Kürzung oder Aberkennung seiner Pension.

Dt. Ärzteblatt online, 3. Juli 2008

Studie: Kosten bremsen Ärzte bei Umstellung auf elektronische Krankenakte

Die Einstellung niedergelassener Mediziner zur elektronischen Krankenakte ist gespalten. Viele lehnen sie ab oder sind sehr zurückhaltend bis widerstrebend, auch in den USA. Dort sind nach einer größeren Umfrage von Catherine DesRoches vom Massachusetts General Hospital in Boston nur neun Prozent der niedergelassenen Ärzte mit einer Ordination zumindest teilweise auf die elektronische Datenverarbeitung umgestiegen, gerade einmal vier Prozent der 2.758 befragten Ärzte nutzen die technischen Möglichkeiten der elektronischen Krankenakte voll aus. Als Ursache für die geringe Akzeptanz geben die Ärzte vor allem wirtschaftliche Nachteile an, wie DesRoches im New England Journal of Medicine berichtet. Die Einführung des Systems sei kosten- und vor allem zeitintensiv. Niemand zahle den Verdienstausschlag, der bei der Einarbeitung in das System entstehe. Das sind für mehr als die Hälfte der Ärzte Gründe, die Ein-

führung erst einmal hintanzustellen. Diejenigen allerdings, die ihre Tätigkeiten am Computer dokumentieren, berichten überwiegend positive Erfahrungen. Wer den Umstieg geschafft hat, war mit den elektronischen Krankenakten sehr zufrieden: Die Ärzte meinten, die Qualität ihrer klinischen Entscheidungen habe sich verbessert, sie bewerteten die Vereinfachung der Verlängerung von Rezepten positiv und meinten, dass sie weniger Fehler bei ihren Verordnungen machten. Etliche schätzten auch die Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation mit den Patienten. In der öffentlichen Diskussion stehen weiterhin Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit im Vordergrund. Hacker könnten auf das System zugreifen, Viren es verseuchen, Staatsanwälte bei Patientenklagen schnell fündig werden. In der US-Befragung gaben jedoch weniger als 20 Prozent der Ärzte diese Gründe als wesentliche Barrieren gegen die Einführung der elektronischen Krankenakte an.

N Engl J Med (2008); 359: 50-60

Dt. Ärzteblatt online, 19. Juni 2008

Stammzellen: Deutsche Forscher verjüngen adulte Stammzellen ohne gefährlichen Gen-Cocktail

Hans Schöler vom Max-Planck-Institut für molekulare Biomedizin in Münster scheint ein weiterer Schritt zur Erzeugung neuer Stammzellen mit embryonalen Eigenschaften gelungen zu sein, ohne dafür die ethisch umstrittenen embryonalen Stammzellen verwendet zu haben, berichtet die Frankfurter Allgemeine Zeitung. Es handelt sich dabei um aus Hoden gewonnene und in der Kulturschale reprogrammierte Keimbahn-Stammzellen, so genannte „Germline derived pluripotent stem cells“ (gPS). Allerdings gelang es bereits im Jahr 2006 einer Arbeitsgruppe in Göttingen, pluripotente Stammzellen aus adultem Hodengewebe zu gewinnen (Nature 2006; 440: 1199-1203), weshalb Schölers Kollegen auf dessen Ausführung irritiert reagierten, so die Süddeutsche Zeitung. Schöler hatte Anfang Juli auf einem Internationalen Stammzellenkongress in Dresden seine noch unpublizierten Forschungsergebnisse an diesen Stammzellen präsentiert, die vor allem hinsichtlich der Einfachheit ihrer Herstellung und ihrer Sicherheit möglicherweise alle bisher künstlich reprogrammierten Zellen übertreffen. Bislang wurden mindestens zwei bis vier Gene benötigt („Gen-Cocktail“), die den Reprogrammierprozess zur Verjüngung der Zellen anstoßen und Körperzellen in pluripotente Stammzellen umwandeln. Diese in die Zellen eingebauten Steuerungsgene können allerdings fatale Programmierfehler mit sich bringen und bedeuten ein erhebliches Krebsrisiko. Demgegenüber lassen sich

die neuen gPS-Zellen nach Angaben der Forscher völlig ohne Gen-Eingriff und Viren gewinnen – allerdings bisher nur bei Zellen der Maus. Die Gewinnung von Alteskänner-Zellen ohne Gen-Cocktail bedeutet wegen des geringeren Krebsrisikos einen Fortschritt gegenüber den vom japanischen Forscher Yamanaka erzeugten, ebenfalls ethisch sauberen induzierten pluripotenten Stammzellen (ipS).

FAZ online, 9. Juli 2008

Süddt. Zeitung online, 11. Juli 2008

Persona y Bioética

Universität de la Sabana
 Trimestrale Zeitschrift in Spanisch
 Volume 11 No. 29, 2007
 Gilberto A. Bamboa Bernal: Editorial;
 José Nel Carreño R.: Psicocirugía, estimulación cerebral profunda y cirugía para enfermedades psiquiátricas: el riesgo del neurodeterminismo;
 Milagrosa Hernández García: La neutralidad terapéutica del psicólogo;
 Nora Riani-Llano: Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal;
 Cecilia Orellana Peña: La actitud médica ante el dolor ajeno;
 Ramón Córdoba Palacio: El elemento ético-religioso en la relación médico paciente;
 Andrés Salazar, Luisa Fernanda Rodríguez, Rodrigo Antonio Daza: Embarazo y maternidad adolescente en bogotá y municipios aledaños. consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida;
 María de la Luz Casas, Luz María Pichardo, María del Carmen Manzano, Julio C. Torres, José Gómez Sánchez: Encuesta piloto comparativa de opinión de médicos, enfermeras y estudiantes de medicina sobre el suicidio asistido en un hospital privado del distrito federal.

Acta Medica Catholica Helvetica

Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz
 10. Jahrgang, Heft Nr. 1/2008 (Mai 2008)
 Otto Jungo: Cannabis;
 Josef Bättig: Für meine Grosskinder;
 Rudolf Ehmann: Tatsächliches oder propagandistisch gewolltes Missverständnis? Kommentar zum Artikel von Luc Bovens „The rhythm method and embryonic death“, J Med Ethics 2006; 32, 355-356;

Christoph Casetti: Heilig an Seele und Leib durch Christus und die Kirche; Geistheilung – Unterscheidung der Geister. Vortrag an der 19. Internationalen Theologischen Sommerakademie 27.-29.5.2007 in Aigen i. M., Österreich;
 Peter Ryser: Kommentar im Rahmen der Vernehmlassung betr. SAMW Richtlinienentwurf „Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung“;
 Peter Ryser: Kommentar im Rahmen der Vernehmlassung betr. SAMW Richtlinienentwurf „Lebenspende von soliden Organen“;
 Otto Jungo: Abstract zu „Wie frei ist der Mensch?“ von Eberhard Schockenhoff;
 Walter Gut: Zur Angelegenheit der röm.kath. Kirchengemeinde Röschenz – bitte das Grundrecht der Religionsfreiheit beachten!.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
 15. Jahrgang, Heft 3, 2008
 Ferdinand Kerschner, Bernhard Raschauer: Editorial;
 Beiträge:
 Erika Wagner: Umschwung in der Judikatur: Beseitigungsanspruch bei Überhang;
 Wolfram Schachinger, Stefanie Grafenauer: Zur Antragslegitimation und Vertretungsbefugnis von Bürgerinitiativen.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
 16. Jahrgang Heft 2, 2008
 Leitartikel:
 Gerd Grübler. Institutionen der Nutzlosigkeit. Für eine kulturalistische Neuausrichtung der ökologischen Ethik;
 Jochen Sautermeister: „Carpe diem?!“ Positionen philosophischer Lebenskunst aus Antike und Gegenwart;

Andreas Kött: Vertragstheoretische Grundlegung der Nachhaltigkeit basierend auf einem Modell der stetigen Mitgliederfluktuation einer moralischen Gesellschaft.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
 Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
 Band 20, Heft 2, 2008
 Markus Zimmermann-Acklin: Editorial;
 Originalarbeiten:
 Friedrich Heubel, Arne Manzeschke: Kants kategorischer Imperativ als Management-Technik und Marketing-Strategie?;
 Daniel Strech, Kirstin Börchers, Daniela Freyer, Anja Neumann, Jürgen Wasem, Georg Marckmann: Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie;
 Christof Oswald: Die „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ im Krankenhaus. Auswirkungen einer hausinternen Leitlinie auf die Kommunikation und Transparenz im Behandlungsteam;
 Klaus Kobert, Margarete Pfäfflin and Stella Reiter-Theil: Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Hintergrund, Konzepte und Strategien zur Evaluation.

Medicina e Morale

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch
 2008/3
 Editoriale: La risoluzione sull'aborto del consiglio d'europa. Un'affermazione contraria ai diritti umani;
 Articoli: M. P. Faggioni: Problemi morali nel trattamento della preeclampsia e della problematiche bioetiche;
 A. G. Spagnolo, V. Daloiso: Oltre il visibile. Le nanotecnologie e la nanomedicina: definizioni e problematiche bioetiche;

J. Valiquette: Medically assisted nutrition and hydration in end-stage dementia: burdens and benefits of surgically-placed gastrostomy tubes;

A. Lavazza: Neuroscienze e persona. Nuova prospettiva o minaccia?;

M. Casini: Il dibattito in bioetica: Novità delle nuove linee guida rispetto al divieto di diagnosi genetica preimpianto?.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

54/3, 2008

Abhandlungen:

Hanfried Helmchen: Ethik in der Psychiatrie;

Dietrich von Engelhardt: Geisteskrankheit im Medium der Literatur; Gunther Klosinski: Kinder und jugendpsychiatrische Brennpunkte. Perspektiven am Anfang des 21. Jahrhunderts;

Dirk Schwerthöffer, Alexander Drzega, Josef Bäuml, Hans Förstl: Verwirrtheit, eine zerebrale Manifestation des Rechts auf Nicht-Wissen?;

Adrian Pilatz, Carsten Ziegert: Sterilisation Einwilligungsunfähiger: Ethische Anmerkungen anhand eines Case-Reports;

Daniel Strech: Wie faktisch wollen wir die Fakten? Zu den Herausforderungen an eine verantwortungsvolle empirische Ethik.

Hastings Center Report

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 38 No. 4, 2008

From the Editor: Getting Out of Dodge;

Another Voice: Harald Schmidt: Childhood Obesity and Parental Responsibilities;

In Practice: Ana Blohm: House Calls;

At Law: Carl Schneider: Jestig Pilate;

Policy & Politics: Virginia A.

Sharpe: "Clean" Nuclear Energy? Global Warming, Public Health, and Justice;

Essays: Hilde Lindemann, James Lindemann Nelson: The Romance of the Family;

Stephen Bates: Prenates, Postmorts, and Bell-Curve Dignity;

Mark R. Mercurio: A Day Too Long: Rethinking Physician Work Hours; Articles: Erika Blacksher: Children's Health Inequalities: Ethical and Political Challenges to Seeking Social Justice;

Gregory E. Kaebnick: Reasons of the Heart: Emotion, Rationality, and the "Wisdom of Repugnance";

Review: Walter Glannon: Altering the Brain and Mind;

Perspective: Daniel Callahan: The Blame Game: How to Evade the Cost Problem.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch

15. Jahrgang, Heft 4, 2008

Wolfgang Mazal: Editorial;

Beiträge:

Gerhard Aigner: Organersatz – Ökonomie und Allokation;

Burkhard Grundtner: Zur Anrechenbarkeit im Inland absolvierter ärztlicher Tätigkeiten auf ärztliche Ausbildungen;

Magdalena Thöni, Verena Stühlinger, Roland Staudinger: Rechtliche Rahmenbedingungen zum Off-Label-Use in Österreich.

Der Eid des Hippokrates: Griechischer Urtext, Übersetzung, Interpretation, Wirkungsgeschichte, Heutige Problemlage und moderne Dokumente

Manfred Balkenohl
 Derschneider Verlag, Abtsteinach 2007
 88 Seiten
 ISBN 978-3-930533-07-7

Eines der größten Projekte der frühen Antike, der Bau des Turmes von Babel, scheiterte an der Sprachverwirrung. Analog lässt sich die Beherrschung der belebten Natur als das wahrscheinlich größte Projekt der Moderne betrachten. Die Debatten der letzten Jahrzehnte zeigen, dass auch bei diesem Projekt die Phase der Sprachverwirrung bedrohliche Ausmaße angenommen hat. Es gibt keinen Konsens und eigentlich keine Verständigung mehr darüber, was auf diesem Gebiet wirklich sinnvoll ist. Auf der Ebene der Ethik gibt es wenig Verbindlichkeit, und Autorität wird fragwürdig definiert. Auf der einen Seite rekurriert man zwar darauf, dass nur die besseren Argumente zählen sollen und entsprechende Autorität haben. Auf der anderen Seite weist aber der vorherrschende postmoderne Relativismus genau jenes Kriterium, das für die Qualität der Argumente ausschlaggebend ist, zurück: den Wahrheitsanspruch.

Diese Sprachverwirrung in der Bioethik und in der Biopolitik ist für die praktische Ausübung der Medizin bedrohlich, d. h. für die medizinische Versorgung der Menschen. Hier sind klare ethische Kriterien von höchstem öffentlichem Interesse. Dies erklärt auch, warum sich kein anderer Berufsstand schon seit dem Altertum so intensiv mit seinem eigenen Ethos beschäftigt hat – eine Besinnung, die von jeher mit dem Namen Hippokrates verbunden ist. Im ärztlichen Berufsstand spielt das *Gewissen* eine ganz besondere Rolle. Für den Arzt war immer schon neben der *Kultivierung des Wissens* die *Kultivierung des Gewissens* ein ernstes Anliegen.

Der Konsens im Fall des medizinischen Ethos ist heutzutage stark gefährdet. Dies dürfte auch der katholische Moralthologe *Manfred Balkenohl* vor

Augen gehabt haben, als er das schmale, sehr leicht lesbare Bändchen über den Eid des griechischen Arztes Hippokrates von Kós (460 – 377 v. Chr.) verfasste. Nach Balkenohl soll es sich bei dem Eid um ein Gebet gehandelt haben, das Hippokrates seine Schüler sprechen ließ, bei dem sie schworen, die ärztliche Kunst ausschließlich zum Nutzen und niemals zum Schaden von Patienten einzusetzen. Die in diesem Zusammenhang entscheidende Passage übersetzt Balkenohl folgendermaßen: „Nie werde ich jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen; gleicherweise werde ich keiner Frau ein fruchtbar-treibendes Mittel geben: Heilig und fromm werde ich mein Leben bewahren und meine Kunst.“ Der Eid setzte sich im 4. Jh. vor Christus in einer Welt durch, die von einer weit verbreiteten Tötungspraxis gekennzeichnet war: „Der Eid, den Hippokrates seine Schüler schwören ließ, stand sicherlich nicht repräsentativ für die Antike, machte aber deutlich, dass sich ethische Instanzen Gehör verschaffen und sich schließlich durchsetzen konnten. Er zeigt aber auch die Wirksamkeit der Gewissensinstanz und insbesondere, dass diese weder an eine bestimmte Religion noch an eine Konfession gebunden ist“ (S. 3).

Für den Moralthologen Balkenohl, der eine Neu-Übersetzung des griechischen Urtextes (der in dem Büchlein ebenfalls abgedruckt wurde) verfasste, ist der Eid ein Zeugnis kultureller Reife und ein Beweis für den geschichtlichen Durchbruch des Geistes. Als ein Beispiel für die Wirkungsgeschichte des Hippokratischen Eides führt Balkenohl den berühmten deutschen Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (1762 – 1836), einen Freimaurer und Illuminaten, Leibarzt der Königin Luise von Preußen, an, der 1806 im „Journal der praktischen Arzneikunde und Wundarzneikunst“ festhielt: „Der Arzt soll und darf nichts anderes tun, als Leben erhalten – ob es ein Glück oder ein Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, das geht ihn nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate.“

Der Eid des Hippokrates inspirierte eine Berufsethik und darüber hinaus eine allgemeine Ethik, die für Jahrhunderte unumstrittener Bezugspunkt des jeweils aktuellen ärztlichen Ethos wurde. Der objektive Wert des Menschen und der absolute Respekt vor dem Leben und vor der Person sind unverzichtbare Grundsäulen dieses Ethos, das den Menschen vor jeglichem Fremdinteresse, aber auch vor seinen eigenen Tötungswünschen bzw. -forderungen in schwerer Krankheit schützt.

Manch moderne Kritik und Ablehnung des Eids beziehen sich auf den Passus „Ich werde niemals Kranke schneiden, die an Blasenstein leiden, sondern dies den Männern überlassen, die mit diesem Gewerbe vertraut sind“. Diese Kritik sei aber vordergründig, erläutert der Autor: „Erst über zwei Jahrtausende später, im 18. bzw. im 19. Jahrhundert, war man in der Chirurgie fähig, Blasensteine einigermaßen komplikationslos zu entfernen“ (S. 32). Dem Verbot liege aber eine Botschaft inne, die nach wie vor gültig ist: Der Arzt soll sich vor Grenzüberschreitungen in seiner ärztlichen Kunst hüten, er soll nur das tun, was er wirklich kann und darf. Dass sich die Grenzen des Könnens und daher des Dürfens mit dem wirklichen Fortschritt verschieben können, stellt keinen Widerspruch dazu dar.

Im Grunde geht es in der Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Ethos um das Berufsbild des Arztes. Der Arzt ist Anwalt des Lebens und hat es als solches immer zu schützen. Der Eid schließt das Töten als eine Therapiealternative kategorisch und zugleich sehr differenziert aus. Wie der Autor hervorhebt, wird jede Möglichkeit ausgeschlossen, sich durch Berufung auf besondere Situationen oder besondere Umstände aus der übernommenen Verpflichtung herauslösen. „Der Arzt darf als berufener Wahrer und Verteidiger des Lebens niemals zum Täter oder doch Mittäter bei Mord, Selbstmord oder Abtreibung werden. Er würde allsogleich aufhören, Arzt zu sein.“ (S. 17) Balkenohl bringt es auf den Punkt: „Töten oder zum Tode zu verhelfen, also Beihilfe zu begehen, kann nämlich niemals Therapie sein“ (S. 17), weder im Fall der

Euthanasie noch der Abtreibung.

Im Anhang bringt der Autor eine Zusammenstellung einiger moderner Dokumente des ärztlichen Ethos: das Genfer Gelöbnis (Genf, 1948; revidiert 1968 und 1983); die Internationale Ärztliche Standesordnung (Weltärztebund, London 1949, revidiert 1968 und 1983); Principles for Those in Research and Experimentation (Weltärztebund, 1954); Draft Code of Ethics on Human Experimentation (Ethikausschuss des Weltärztebunds, 1961); die beiden Helsinki-Deklarationen (Weltärztebund, Helsinki 1964 sowie Weltärztebund, Tokyo 1975; revidiert Venedig 1983) und die Deklaration von Lissabon über die Rechte des Patienten (Weltärztebund, Lissabon 1981). Eindrucksvoll spiegeln all diese Dokumente den Geist des Hippokratischen Ethos wider. Trotz der gewaltigen Umbrüche in der ärztlichen Tätigkeit ist die Kontinuität im Berufsbild und -ethos des Arztes über 25 Jahrhunderte erstaunlich stringent. Woher also die „Sprachverwirrung“ in unseren Tagen?

Im Allgemeinen ist es nicht die Ärzteschaft, die das tradierte Berufsethos in Frage stellt. Unter den Ärzten haben nur die Gynäkologen dem Druck der Gesellschaft nachgegeben und das Töten der Leibesfrucht als ihre Aufgabe angesehen. Noch leisten die Ärzte fast überall Widerstand, als Ausführungsorgane von Euthanasie oder als Selbstmordhelfer eingesetzt zu werden. Aber der Druck auf die Ärzte wird immer stärker und die Debatten verwirrender. Denn – wie gesagt: Es geht dabei nicht um die Wahrheit, sondern meistens nur um vordergründige Nützlichkeitskalküle, die ideologisch motiviert sind.

Daher plädiert Balkenohl in seinem Ausblick für eine Sicht der medizinischen Ethik, „die deutlich werden lässt, was der gegenwärtige Zeitgeist in Wahrheit ist, nämlich eine Verweltlichung des Geistes im Sinne der Entgöttlichung des Bewusstseins und der Abkehr vom Menschen“ (S. 46). Kaum jemand will zugeben, dass zutrifft, was Dostojewski schrieb: „Wenn es Gott nicht gibt, ist alles erlaubt“. Alles erlauben? Das will auch niemand.

Eine gewisse Ordnung ist unverzichtbar. Aber welche, wenn alles erlaubt sein muss? Da beginnen die Sprachverwirrung und die verzweifelnde Suche nach Regeln, die den Bau aber nicht mehr halten können, weil ihm die Fundamente fehlen.

E. Prat

Grundlegung der Ethik. Ein theologischer Entwurf

Eberhard Schockenhoff
Herder Verlag, Freiburg/Breisgau 2007
584 Seiten
ISBN 978-3-451-28938-5

Gleich zu Beginn: Die Einschätzung des Klapptextes, einen „großen Entwurf“ in Händen zu halten, „der das Verständnis von Ethik verändert“, kann man nach Lektüre und Studium des Buches guten Gewissens teilen.

Dem Freiburger Moralthologen Eberhard Schockenhoff ist es gelungen, eine auf Vernunft und Glauben gestützte Sicht der Ethik vorzulegen, die den Leser frisch und froh durchatmen lässt. Der Autor unterteilt sein Buch in zwei große Teile, die in etwa den gleichen Umfang besitzen: Tugendlehre und Normtheorie. In dieser Unterteilung kommt eine grundsätzliche Einsicht zum Ausdruck: Tugend und Norm brauchen einander. Jeder Teil wiederum wird gegliedert in einen ersten Abschnitt, der der philosophischen Perspektive, und in einen zweiten, der der theologischen Perspektive gewidmet ist. Die Rezension folgt im Wesentlichen dem Aufbau des Buches, dabei werden die für die Bioethik besonders relevanten Themen hervorgehoben...

Im ersten Teil des Buches (S. 131 f.) umreißt der Autor selbst das Ergebnis des ersten philosophischen Abschnittes in der Tugendlehre: „[Eine Tugendethik] handelt deshalb nicht allein von äußeren Verhaltensregeln oder den Gerechtigkeitspflichten, die sich aus unseren Beziehungen zu den Anderen ergeben. Über den Kreis äußerer Gerechtigkeitspflichten hinaus fasst sie auch diejenigen Aspekte des guten Lebens ins Auge, die nur mittelbare Folgen für andere haben. Sie unterstellt auch unsere inneren Mo-

tive, unsere Gedanken und Wünsche sowie das weite Feld unserer sinnlichen Strebungen dem Maßstab der praktischen Vernunft, durch den diese auf das Ziel eines guten Lebens hingeeordnet werden. Wie in einem Grundriss umschreiben die vier Grundtugenden der Klugheit und der Gerechtigkeit, des Starkmuts (Tapferkeit) und der Besonnenheit (Mäßigung) ein Leitbild gelungenen Menschseins, das uns dazu befähigt, dem Anspruch der Wirklichkeit nicht nur in unserem äußeren Handeln, sondern auch in unserem inneren Denken und Fühlen gerecht zu werden. Eine Tugendethik dieses Typs unterscheidet sich nach dem Ausgangspunkt und der Reichweite ihres Anspruchs von allen anderen Stilformen der Moral: Sie lehrt nicht nur, *was* die Vernunft befiehlt, sondern sie lehrt auch so zu handeln, *wie* es ihr in allen Lebensvollzügen entspricht.“ (S. 131-132). Dem Autor gelingt es, klassische philosophische Erkenntnisse in moderne Begriffe zu übertragen, z. B. Klugheit als „personale Kompetenz“ (S. 116) darzustellen. Als für die gegenwärtige Situation der westlichen Wohlstandsgesellschaften besonders relevant sei auf die Tugend der Besonnenheit hingewiesen (S. 130-131).

Im anschließenden theologischen Abschnitt (S. 133 ff.) wird zunächst der Transformationsprozess des heidnischen philosophischen Tugendbegriffs durch dessen Rezeption in das christliche Glaubensleben beschrieben. Christen glauben, dass Gott an ihnen handelt und meiden den Gedanken der Selbstrechtfertigung aus eigener Kraft mit dem Ziel der Selbstvervollkommnung. Deshalb erfolgte die Rezeption des heidnischen Tugendbegriffes durch Transformation, d. h. durch eine theologische Umformung seines Gehalts: Im Mittelpunkt steht nicht mehr die Eigenaktivität des Menschen, sondern das Heilshandeln Gottes an uns, in dessen Wirkungsbereich wir durch die Taufe versetzt werden (S. 148). Zwei klassische christlich-theologische Sichtweisen des aristotelischen Tugendbegriffs werden vom Autor gegenübergestellt: Martin Luther, der den aristotelischen Tugendbegriff ablehnte, und Thomas von Aquin, der ihn übernahm und korrigierte. Diese Zusammenschau ergibt

auch eine ökumenische Perspektive (S. 148 ff.). Bei Luther und Thomas finden sich erstaunliche Parallelen im Ansatz. Beide erkennen die Unzulänglichkeit der aristotelischen Zirkeldefinition „nur der Tugendhafte kann tugendhaft handeln“. Beide verlegen den Erstanstoß zum Guten, zur tugendhaften Handlung, in Gottes Handeln an uns (Gnade). Luther jedoch lehnt in weiterer Folge Aristoteles zur Gänze ab, Thomas hingegen fragt sich nach dem Wie des Wirkens der Gnade an uns. Er versteht die Gnade von der schöpferischen Macht Gottes her und korrigiert dabei auch die augustinische Tugendauffassung.

Die Entfaltung der „Trias Glaube, Hoffnung und Liebe“ (S. 169 ff.) beginnt mit einer exegetischen Einleitung, die von 1 Kor 13 ihren Ausgang nimmt. Indem der hl. Paulus einen höheren Weg des Christseins in Glaube, Hoffnung und Liebe zeigt, lehnt er zugleich den Exklusivitätsanspruch extremer Lebensformen ab, wonach Nachfolge Jesu authentisch nur in der Imitation seiner Wanderpredigerexistenz, elitären Mysterienzirkeln oder in der Sehnsucht nach dem Martyrium gelebt werden könne. „Nachfolgeethik“ und „Gemeindeethik“ sind komplementäre Lebensformen, die aber durch eine Existenz gemäß den christlichen Grundkategorien Glaube, Hoffnung und Liebe zusammgeführt werden.

Anschließend wird jede der drei göttlichen Tugenden einzeln nach dem gleichen Schema bearbeitet: Zuerst werden die Strukturen des biblischen Begriffs dargelegt, danach das theologisch-ethische Verständnis. Es werden dabei sowohl protestantische Positionen als auch moderne theologische Strömungen berücksichtigt. Der durchgehende Bezug auf Thomas von Aquin wirkt nicht reduktiv, sondern orientierend und klärend.

Der zweite Teil des Buches (S. 303 ff.) über die Normtheorie ist etwas kürzer als der erste Teil über die Tugendlehre. Etwa 200 Seiten hievon sind der philosophischen Perspektive der Normtheorie gewidmet, ca. 70 der theologischen Perspektive.

Den zweiten Teil einleitend, rechtfertigt der Au-

tor den systematischen Aufbau des Buches. Moderne Ethik verstehe sich als Regelethik bzw. als normative Ethik. Im Gegensatz dazu wurden im ersten Teil vom Autor die Vorzüge der Tugendethik dargestellt. Durch diese gelingt es vor allem Handlungen als Bestandteile einer Lebensführung zu beurteilen. Dennoch bliebe eine Tugendethik ohne Normen unvollständig. Die normative Dimension der Ethik darf nicht ausgeblendet werden. Tugendethik bedarf der Ergänzung durch Normen. Aus zwei Gründen ist dies so. Erstens artikuliert die Normethik die sittliche Einsicht einer tugendhaften Person in satzhafter Form. Sie ist das Ergebnis der Reflexion über Praxis. Zweitens sind unsere Tugenden nicht stark genug, und die lasterhaften Neigungen wirken weiter. Deswegen können wir uns für die Erkenntnis des Guten nicht allein auf unsere eigenen Tugenden verlassen. Moralische Gebote besitzen eine subsidiäre Funktion, weil die tugendhafte Überformung des menschlichen Strebens oftmals zu schwach ist. Deshalb verbindet die thomanische Ethik Tugendethik und Gesetzeslehre (Normethik).

Das erste Prinzip der praktischen Vernunft (*bonum faciendum, malum vitandum*) ist keine Leerformel, sondern die Grundstruktur moralischen Handelns überhaupt. Das moralische Sollen ist keine Ableitung, sondern ein Bewusstwerden einer Gegebenheit der moralischen Erfahrung.

Im folgenden Abschnitt über die Begründung moralischer Normen (S. 357-447) versteht es der Autor, in wohltuend unpolemischer Weise scheinbare Gegensätze zwischen Methoden der Normbegründung aufzulösen. Dies betrifft vor allem den Gegensatz zwischen teleologischer und deontologischer Methode, der zum Teil deshalb so heftig geführt wurde, weil es jeweils um das Anliegen der Bewahrung bzw. der Veränderung traditioneller katholischer Positionen zu moralischen Einzelfragen geht (z. B. Empfängnisverhütung, Abtreibung,...). Zu diesem Prinzipienstreit meint Schockenhoff, vielleicht werde man in der Zukunft über den Ertrag dieser Kontroversen ein ähnliches Urteil fällen wie der Tübinger Moraltheologe Linsenmann über den

Streit zwischen Probabilisten und Probabilioristen des 17. Jahrhunderts: Man könne diesen Traktat aus den Morallehrbüchern ausschneiden, ohne dass ein Tropfen Blut nachfließen würde (S. 447).

Eigene Erwähnung verdient die Position des Autors zu Fragen der Sexualmoral. Er behandelt sie immer wieder verstreut im Buch, aber schwerpunktmäßig auf den Seiten 411-418 und 437-444. Nach einer knappen, inhaltlich völlig korrekten Darstellung der Position des katholischen päpstlichen Lehramts zu Fragen der Sexualmoral erfolgt eine „kritische Würdigung“ derselben. Die klassischen Argumente der „Naturwidrigkeit“ und der „mangelnden Berechtigung“, die traditionell herangezogen wurden, um die katholische Sexualmoral ethisch zu begründen, werden als untauglich abgelehnt: Der Naturbegriff sei zu vieldeutig und setze sich dem Vorwurf des naturalistischen Trugschlusses aus. Das Argument der „mangelnden Berechtigung“ zu einer Handlung wiederum sei zirkulär, d. h. tautologisch: Es setze voraus, was es zu beweisen vorgibt.

Auch die Begründungsversuche für den von vielen Moraltheologen (vor allem der Vergangenheit) angenommenen Ausschluss der *parvitas materiae in sexto* stoßen auf Ablehnung. Zwei Gründe seien es gemäß Schockenhoff gewesen, die dazu geführt hätten, dass eine überwiegende Mehrheit von Moraltheologen der Meinung gewesen sei, dass jede Sünde im Bereich des sechsten Gebots von der Materie her schwere Sünde sei: erstens die Auffassung von der Eigendynamik sexueller Handlungen (schon jede Zärtlichkeit suche vollständige Befriedigung des Geschlechtstriebes); zweitens die Annahme, dass der männliche Same ein „*homo in potentia*“ sei. Der Autor bezieht nicht ausdrücklich selbst zu dieser Frage Stellung, aber es wird deutlich, dass er die traditionellen Argumente ablehnt. Auch mir scheint die Klassifizierung jeder Sünde (innerer und äußerer) gegen das sechste Gebot als materiell schwere Sünde diskutabel und eher unwahrscheinlich zu sein. Ich frage mich aber, ob die vom Autor angeführten Argumente wirklich die einzigen sind, die redlicherweise zur Stütze der

herkömmlichen Lehre angeführt werden können. Man könnte etwa nach der „hermeneutischen Methode“ des Autors bedenken, dass die Sexualität die körperliche Dimension der Tugend der Liebe ist. Jede Beziehung zur körperlichen Dimension der wichtigsten aller Tugenden kann wiederum nur sehr wichtig sein. Das will m. E. die traditionelle Lehre zu Recht unterstreichen.

Auf den Seiten 415-418 lehnt der Autor die personalistische Begründung und Vertiefung des Verbots der künstlichen Empfängnisverhütung ebenso wie die Erklärung der *new-natural-law-theory* der *basic goods* als unzureichende Erklärungen ab, ohne dass er selbst eindeutig zu diesen Fragen Stellung bezieht. Allerdings scheint der Satz: „Im konkreten Leben, das den Ernstfall der Ethik ausmacht, muss dagegen häufig ein verantwortlicher Ausgleich zwischen ihnen (den Basisgütern) gesucht werden.“ (S. 418), darauf hinzudeuten, dass der Autor die traditionellen sexualethischen Verbotsnormen als Verbote in sich schlechter Handlungen (*intrinsece malum*) nicht aufrechterhält. Zu den in sich schlechten Handlungen im Bereich der Sexualmoral zählt Schockenhoff Vergewaltigung, Vergehen gegen die sexuelle Selbstbestimmung, Ehebruch. Diese Handlungen verletzen unmittelbar die Personwürde des anderen (S. 445). Es ist schade, dass der Autor die Arbeit von Martin Rhonheimer, *Sexualität und Verantwortung* (1995) nicht erwähnt. Er hätte dort jene schlüssige ethische Begründung gefunden, die er bei anderen Autoren vermisst.

Auch im Rahmen der hermeneutischen Normbegründung behandelt der Autor die menschliche Sexualität (S. 437-444). Er erkennt ein Junktum von Sexualität und Liebe. Der Geschlechtstrieb unterscheidet sich von anderen menschlichen Trieben dadurch, dass er sich auf andere menschliche Personen richtet. Er ist nicht durch „unterpersonale Objekte“ zu befriedigen (wie Hunger, Durst,... es sind). „Eine hermeneutische Begründung einzelner sexualethischer Verhaltensnormen muss daher deren Zusammenhang mit der Einsicht aufzeigen, dass Sexualität nicht in Analogie zu Hunger und

Durst, sondern nach dem Modell von Sprache und Mitteilung zu verstehen ist.“ (S. 439) Sie steht daher unter dem Gebot der Wahrhaftigkeit. So wird deutlich, dass Sexualität in die Ehe gehört.

Sehr gut gelingen dem Autor m. E. die Begründungen des deontologischen Verbots der Folter (S. 401-411) und der Selbsttötung (S. 428-433). Schockenhoff erklärt in diesem Zusammenhang Thomas besser als Thomas sich selbst.

Auf den Abschnitt über die Normbegründung folgt das dritte Kapitel über die moralische Beurteilung von Handlungen. Es geht um die klassische Problematik der Anwendung des allgemeinen Gesetzes auf den Einzelfall. Schockenhoff hält sich in Aufbau und Inhalt an die klassische Lehre von den Quellen der Moralität: Motiv – Objekt – Umstände. Allerdings vertieft er diese drei Aspekte auf originelle Weise und bezeichnet sie als „Rechtfertigung der Ziele“ – „Wahl der Mittel“ – „Verantwortung für die Folgen“. Vorrang genießt dabei die innere Willensbestimmung des Menschen zu einer Handlung (S. 451). Der inzwischen gängigen Terminologie gemäß bezeichnet der Autor diese innere Willensbestimmung als „Intention“. Die so verstandene Intention ist nicht mit dem „Motiv“ der Handlung zu verwechseln. „Intention“ ist im eigentlichen Sinn *das, was wir tun*. Auch die Wahl der Mittel wird von der inneren Handlungsentscheidung mitumfasst, prägt also konstitutiv die Güte oder Bosheit eines Tuns mit. Bei der Frage nach der Zuordnung von Handlungsfolgen verwendet der Autor das klassische Prinzip der Handlung mit Doppelwirkung (PDW). Die Einwände gegen dieses Prinzip entkräftet er nicht so sehr auf theoretischer Ebene, sondern anhand von Anwendungsbeispielen (indirekte Euthanasie, Tötung von Non-Kombattanten und Notwehrtötung: S. 464 ff.), die verdeutlichen, dass das PDW Kriterien zur (Selbst-)Prüfung der Handlungsintention liefert.

Auf den Seiten 490 ff. erarbeitet der Autor die Unterschiede zwischen Handeln und Unterlassen. Er kommt unter anderem zum Ergebnis, dass eine Analyse unangemessen ist, in der die Tötung auf

Verlangen und das Sterbenlassen als gleichermaßen absichtliches Bewirken des Todes interpretiert werden (S. 495).

Der letzte große Abschnitt des Buches ist der theologischen Perspektive der Normtheorie gewidmet. Um den biblischen Sinn der göttlichen Gebote, Weisungen und Ermahnungen exegetisch richtig zu verstehen, muss zunächst der Gegensatz überwunden werden, der in das Verhältnis von Tora und Evangelium hineingelesen wurde. Die Bergpredigt und Gebote Jesu übertreffen die Tora an Radikalität, sind aber keine radikalisierten Toragebote. In der urchristlichen Gemeinde sei es zur Adaptation der Jesusgebote an veränderte Umstände gekommen im Sinn einer Veralltäglichen ihres Glaubens (S. 517). Als Beispiele führt Schockenhoff auf den Seiten 519 f. Stellen aus Paulus und Mt an, beide im Zusammenhang mit Scheidung und Wiederverheiratung. Mt 5, 32 und 19, 9 werden vom Autor im Sinn einer Ausnahme für die Zulässigkeit von Ehescheidung und Wiederverheiratung für den unschuldigen Partner bei Ehebruch des anderen ausgelegt. Hierzu muss vom Rezensenten kritisch vermerkt werden, dass eine solche Aussage vom Autor exegetisch nicht ausreichend begründet wird. Ebenso steht einer solchen Auslegung eine jahrhundertalte Auslegungs- und Lehrtradition entgegen, die ihre guten Gründe hat, die jedoch hier unterschlagen werden.

Auf Seite 520 führt Schockenhoff aus: „Wo die ausnahmslose Befolgung einer Weisung Jesu mit seiner Aufforderung zur Barmherzigkeit kollidieren würde, kann das bedeuten, dass die Forderung Jesu eingeschränkt wird, um sie durch die Gewährung von Ausnahmen in ihrem grundsätzlichen Anspruch praktikabel zu halten.“ Die urkirchlichen Verkündiger hätten einen Übertragungsprozess vornehmen müssen, um einen „verantwortlichen ethischen Kompromiss“ zu erzielen, der sowohl den Zielbestimmungen der eschatologischen Ethik Jesu wie auch den begrenzten Kräften und Möglichkeiten des Einzelnen gerecht werde (S. 525). Diesen Aussagen kann so nicht zugestimmt werden, weil

sie Jesu Botschaft in die Nähe einer utopischen Lehre rücken, die die Kräfte des Menschen übersteigt. Erst die Gemeinde hätte dann die Verkündigung Jesu auf ein rationales Maß zurückgeschraubt und „an die Wirklichkeit angepasst“. Außer Acht gelassen wird vom Autor an dieser Stelle das Wirken des Hl. Geistes, ohne das der seinen eigenen Kräften überlassene Mensch in der Tat zu einem Leben der Heiligkeit unfähig ist. Die Ethik Jesu ist lebbar – allerdings nur mit Hilfe der heiligmachenden und aktuellen Gnade. Eine Trennung zu ziehen zwischen Jesus- und Gemeindeethik legt den Verdacht nahe, dass es eigentlich darum geht, in der Gegenwart die Lehre der Kirche an die Welt anzupassen, besonders in jenen Aspekten der Sexual- und Ehemoral, der Sakramentenpastoral, etc. die dem modernen Zeitgeist zuwider sind. Ich unterstelle dem Autor keinesfalls, dass er das tun will, aber es wäre eine deutlichere Abgrenzung zu exegetischen Modeströmungen wünschenswert gewesen.

Zuzugeben ist freilich, dass in der Rezeption des Christentums im Laufe der Jahrhunderte das Verhältnis zwischen Evangelium und Gesetz spannungsreich war und ist. Schon in der Lehre Jesu findet diese Spannung einen Ausdruck im Nebeneinander der zwei Begriffe „kerussein“ und „didasken“. Die Botschaft Jesu kreist um die beiden Pole der befreienden Verkündigung des Evangeliums und der bevollmächtigten Auslegung des Gesetzes. Kirchliche Moralunterweisung habe - Jesus folgend - primär die Gestalt der Handlungsermächtigung: Sie ist Ermutigung und Anleitung zum rechten Tun (S. 530 f.), und - so können wir hinzufügen - die Gnade ist auch Befähigung dazu.

In keinem Grundriss katholischer Moraltheologie darf der Begriff der *lex nova* fehlen. Der Autor führt auf 544 ff. aus, dass das Gesetz Christi ein Gesetz der Freiheit vor allem deshalb ist, weil es die Gnade des Hl. Geistes ist, die zum Handeln aus Liebe befähigt. Das Gesetz Christi, die *lex nova*, ordnet nicht nur an, sondern befähigt auch zur Ausführung des Angeordneten. Die Offenbarung transponiert die Moral insgesamt auf eine neue Ebene: auf

die Ebene der freien Antwort auf die Liebe Gottes. Wie das menschliche Gesetz die bürgerlich-politische Freundschaft der Menschen untereinander zum Ziel hat, so ist die Freundschaft des Menschen mit Gott Intention des göttlichen Gesetzes.

In einem kurzen Kapitel (S. 549 ff.) wird auf die Wertung des Gesetzes in der protestantischen Theologie eingegangen, nachdem schon im ganzen Buch immer wieder die protestantische Position wiedergegeben wurde. Der Autor hebt hervor, dass die thomanische Identifikation der *lex nova* mit der Gnade des Hl. Geistes und Luthers konsekutives Verständnis der Rechtfertigung des Menschen durch Gott nicht weit auseinander liegen.

M. Schlag

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Österreich

Bettina Schabel

Verlag Österreich, Wien 2007

170 Seiten

ISBN 978-3-70465042-9

Ein medizinischer Eingriff, der zwar *lege artis*, aber ohne Einwilligung des Patienten erfolgte, wird in Deutschland als Körperverletzung geahndet. In Österreich erfüllt ein derartiger Sachverhalt den Tatbestand eines Sonderdelikts, und zwar den der „Eigenmächtigen Heilbehandlung“. Die Einordnung der Heilbehandlung als Körperverletzung, die nur durch Einwilligung des Patienten gerechtfertigt werden könnte, wird von der deutschen Lehre als unsachgemäße „Gleichstellung mit dem Messerstich des Raufbolds“ kritisiert. In Österreich wurde mit der Schaffung eines Sondertatbestandes eine sachgemäßere Regelung gefunden. Der materiell-rechtlich betrachtet bessere Schutz der Patientenautonomie in Österreich scheitert in der Praxis jedoch sehr rasch an der prozessualen Durchsetzung. Während in Deutschland der Patient sein Recht sehr wohl ohne gröbere Hindernisse strafprozessual geltend machen kann, stellt sich ihm in Österreich die Hürde des Privatanklageverfahrens entgegen.

Zu dieser ernüchternden Beurteilung gelangt

die Autorin Bettina Schabel am Ende ihrer Publikation zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Österreich. Dem geht eine detaillierte Untersuchung des strafrechtlichen Schutzes der Patientenautonomie voraus, sowie ein aktueller Überblick über die zivilrechtlichen Rechtsformen in diesem Zusammenhang.

Ausgangspunkt der Arbeit ist das Selbstbestimmungsrecht des volljährigen, einwilligungsfähigen Patienten in Bezug auf Zulassung oder Ablehnung von Heilbehandlungen. Die Rechtslage bei minderjährigen und untergebrachten psychiatrischen Patienten und andere spezifischere Themenkreise wurden ebenso ausgeklammert wie Maßnahmen, bei denen es sich nicht um Heilbehandlungen im strafrechtlichen Sinn handelt, wie etwa Schwangerschaftsabbruch, Fortpflanzungsmedizin und Euthanasie. Die Arbeit konzentriert sich so auf den grundlegenden Fall, gewinnt dadurch an Klarheit und Übersichtlichkeit in der Strukturierung und behandelt ihren Gegenstand umfassend. In Bezug auf die genannten nicht behandelten Aspekte wird auf einschlägige Untersuchungen verwiesen.

Die Autorin klärt zunächst die Frage, was unter dem Begriff der Heilbehandlung im strafrechtlichen Sinn zu verstehen ist. Eine ausdrückliche Definition dessen, was der Gesetzgeber unter einer „Heilbehandlung“ im strafrechtlichen Sinne versteht, bleibt er schuldig. Die Autorin folgt einem weiten Begriffsverständnis und subsumiert sämtliche diagnostischen, therapeutischen, prophylaktischen oder schmerzlindernden Maßnahmen darunter. Denn all diese stehen im gleichen Spannungsfeld von ärztlicher Fürsorge einerseits und Selbstbestimmungsrecht des Patienten andererseits. Davon unterscheidet sie kosmetische Eingriffe, medizinische Eingriffe mit experimentellem Charakter und die Entnahme von Blut, Gewebe und Organen, deren strafrechtliche Beurteilung sie in weiterer Folge auch jeweils gesondert untersucht.

Anschließend wird der strafrechtliche Schutz des Selbstbestimmungsrechtes nach der deutschen und österreichischen Rechtslage ausführlich erör-

tert. Die Diskussion, wie ärztliche Heilbehandlungen strafrechtlich zu beurteilen seien, geht historisch auf Urteile aus dem 19. Jahrhundert zurück. Erst in dieser Zeit wurde das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als weiterer Faktor neben den medizinischen Möglichkeiten und der ärztlichen Fürsorgepflicht relevant.

Obwohl sich Vertreter der Lehre von Beginn an gegen die Rechtsansicht der Gerichte aussprachen, bei einer Heilbehandlung ohne rechtsgültige Einwilligung liege eine Körperverletzung vor, etablierte sich diese Ansicht in Deutschland zur ständigen Rechtssprechung. Die deutsche Lehre entwickelte Theorien, die Abhilfe schaffen sollten, dabei blieben jedoch Strafbarkeitslücken offen. Gleichzeitig wurden regelmäßig Vorschläge für eine sachgerechtere gesetzgeberische Lösung erbracht. Keiner der Entwürfe schaffte aber den „Sprung“ vom Reformvorhaben zum Gesetz. Es kommen daher weiterhin die Bestimmungen über die Körperverletzung, allenfalls einer qualifizierten oder fahrlässigen Körperverletzung beziehungsweise über die (fahrlässige) Tötung zur Anwendung. Stellt sich etwa nach Abschluss einer Behandlung heraus, dass der Patient vor Behandlungsbeginn nicht umfassend aufgeklärt wurde, so ist der Aufklärungsmangel als Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht zu beurteilen und als fahrlässiger rechtswidriger Eingriff in die körperliche Unversehrtheit zu werten.

Nach deutscher Rechtslage hat der Verletzte bei Körperverletzungen ohne besonderer Vorwerfbarkeit drei Monate Zeit, einen Antrag auf Strafverfolgung zu stellen. Hält es die Staatsanwaltschaft wegen des besonderen öffentlichen Interesses für geboten, kann sie von Amts wegen die Strafverfolgung einleiten. Bei fahrlässiger Körperverletzung steht dem Verletzten außerdem die Möglichkeit zur Verfügung, ohne Anrufung der Staatsanwaltschaft Privatanklage einzubringen.

Anders als in Deutschland ist nach österreichischem Recht eine medizinisch indizierte, *lege artis* von einem Arzt durchgeführte Heilbehandlung nicht als Körperverletzung strafbar. Heilbe-

handlungen, die medizinisch indiziert waren und kunstgerecht durchgeführt, jedoch ohne Einwilligung des betroffenen Kranken vorgenommen wurden, fallen unter § 110 StGB. Dieser Tatbestand entspricht dem 1937 geschaffenen speziellen Tatbestand „Eigenmächtige Heilbehandlung“. Die Bestimmung ist seit ihrem Inkrafttreten 1975 unverändert geblieben. Die Anwendung der Körperverletzungsdelikte ist somit nicht notwendig, um die Selbstbestimmung von Patienten zu schützen. Die „Breitenwirkung“ dieser neuen Regelung war allerdings von Anfang an nicht sehr groß.

In der österreichischen Strafrechtswissenschaft ist umstritten, ob § 110 StGB nur für einwilligungslose Heilbehandlungen oder auch für sonstige ärztliche Eingriffe, die ohne Zustimmung des Patienten vorgenommen wurden, gilt. Die Autorin schließt sich einer extensiven Interpretation des Behandlungsbegriffes an. Auch Maßnahmen mit geringfügigen realen Auswirkungen, wie Handauflegungen oder das Verabreichen von nach schulmedizinischer Ansicht unwirksamen Mitteln, bedeuten ohne Einwilligung des Patienten eine tatbildliche Missachtung der Selbstbestimmung und seien daher nach dieser Bestimmung strafbar. Die Folgen und Wirkungen auf den Körper seien hingegen für die Subsumtion unter den Tatbestand der „Eigenmächtigen Heilbehandlung“ irrelevant.

Da nach § 110 StGB ausdrücklich strafbar ist, „wer einen anderen ohne dessen Einwilligung behandelt“, schließt die Einwilligung des Patienten die Anwendung des Tatbestandes aus. Die Autorin stellt die Voraussetzungen zur Wirksamkeit einer Einwilligung äußerst ausführlich und praxisnah dar. Auch hier verliert sich die Autorin nicht in Details oder Meinungsverschiedenheiten, wobei weitere praktische Beispiele etwa zur Wirksamkeit von Einwilligungserklärungen nicht überflüssig wären.

Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist eine Behandlung gerechtfertigt, wenn der mit der Einholung der Einwilligung verbundene Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des

Behandelten ernstlich gefährden würde. Allerdings hat – so Schabel – auch hier das Selbstbestimmungsrecht des Patienten Vorrang. Die Ablehnung einer Behandlung durch den Patienten ist auch dann gültig, wenn sie sich für den Arzt oder einen Dritten als unvernünftige Entscheidung darstellt und es sich um eine für den Patienten lebensbedrohliche Situation handelt. Es erfüllt daher auch jener Arzt den objektiven Tatbestand der Eigenmächtigen Heilbehandlung, der in Befürchtung der Ablehnung die Befragung und Aufklärung seines Patienten unterlassen hat und deshalb den aus seiner Sicht „günstigeren“ Moment der Einwilligungsfähigkeit abwartet und zur Behandlung „nützt“.

Im Bezug auf fehlerhafte Heilbehandlungen sind häufig auch in Österreich die Körperverletzungstatbestände zu prüfen. Auch bei medizinischen Maßnahmen, die nicht dem strafrechtlichen Handlungsbegriff entsprechen, etwa bei kosmetischen Operationen, erfüllt der Arzt ohne rechtsgültige Einwilligung den objektiven Tatbestand der Körperverletzungsdelikte, § 110 StGB ist hier indessen nicht anwendbar.

Jedes von der Rechtsordnung eingeräumte Recht ist wohl nur soweit relevant und praxistauglich, wie für einen etwaigen Konfliktfall seine Durchsetzung mit prozessualen Mitteln garantiert ist. Bei der Eigenmächtigen Heilbehandlung handelt es sich nach österreichischem Recht gemäß § 110 Abs 3 StGB um ein Privatanklagedelikt. Es liegt daher in der alleinigen Verantwortung und Entscheidung des Verletzten, ob der Täter verfolgt wird und ob nach Einbringung der Anklage im weiteren Verlauf die Verhandlung fortgeführt wird oder nicht. Die Autorin gibt mit statistischen Daten zu den Privatanklagedelikten und zur Eigenmächtigen Heilbehandlung im Besonderen Aufschluss über die geringe Praxisrelevanz dieser Delikte. Danach hat es seit Inkraft-Treten des Strafgesetzbuches keine einzige Verurteilung nach § 110 StGB als führendes Delikt gegeben. Schabel sieht das unter anderem auch darin begründet, dass die Erhebung einer Privatanklage wegen Eigenmächtiger Heil-

behandlung weiterhin als „Vergeltungsbedürfnis des Betroffenen“ angesehen wird. Als Beispiel für eine gelungenere Regelung stellt die Autorin die portugiesische Gesetzeslage vor. Sie plädiert in weiterer Folge für die Umgestaltung des Delikts in ein Ermächtigungsdelikt. Das würde bedeuten, dass es der Patient weiterhin in der Hand hat, zu bestimmen, ob der Arzt verfolgt wird oder nicht, die Strafverfolgung jedoch vom Staatsanwalt vorgenommen wird. Dem betroffenen Opfer würde dadurch im Verfahren der Kostendruck genommen und mehr Respekt entgegengebracht.

Die steigende Anzahl von Sachwalterschaften und das wachsende Bedürfnis der behandelnden Ärzte nach rechtlicher Absicherung rücken die zivilrechtlichen Rechtsinstitute zu Absicherung für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit verstärkt in den Blickpunkt. Um den Schutz des Selbstbestimmungsrechtes abschließend und umfassend beurteilen zu können, werden auch diese Möglichkeiten der Vorsorge für unter Umständen später eintretende Einwilligungsunfähigkeit miteinbezogen. Die Autorin beginnt mit der Darstellung der Patientenverfügung in Deutschland. Eine Patientenverfügung meint eine im Zustand uneingeschränkt gegebener Äußerungs- und Einwilligungsfähigkeit selbst abgegebene Erklärung zur Regelung einer medizinischen Behandlung für den Fall einer später eintretenden Einwilligungs- und/oder Äußerungsunfähigkeit. Manche Autoren – sowohl in Österreich als auch in Deutschland – schränken in ihren Begriffsdefinitionen den Inhalt einer Patientenverfügung auf die Anweisungen zum Behandlungsabbruch für bestimmte, näher umrissene Krankheitssituationen ein. Für Schabel ist eine Einschränkung des Begriffes auf Behandlungsverbote nicht zweckmäßig. Ein Patient könne genauso, wie er auf eine Behandlung verzichten könne, auch vorab – medizinische Indikation vorausgesetzt – positiv bestimmte Behandlungsmethoden für spätere Erkrankungsfälle festlegen. Die Argumentation der Autorin ist hier etwas zu kurz ausgeführt und lässt eine Differenzierung oder

fundierte Begründung vermissen.

In Deutschland existiert im Gegensatz zu Österreich bislang keine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen, sie sind aber nach der überwiegenden Meinung der Lehre verbindlich. Gesetzesentwürfe dazu wurden bereits mehrmals vorgelegt, letztendlich aber noch nicht umgesetzt. Es bestehen in der Diskussion unterschiedliche Standpunkte, etwa zu den Fragen, ob für eine verbindliche Anweisung oder Ablehnung der Verfügende zwingend aufgeklärt werden muss, welche Formvorschriften einzuhalten sind und über welches Maß an Einwilligungsfähigkeit der Patient verfügen muss. Als weitere Vorsorgemodelle bestehen in Deutschland die sogenannte Vorsorgevollmacht und die enger gefasste Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten sowie die Möglichkeit einer Betreuungsverfügung.

Bei sämtlichen zivilrechtlichen Regelungen zur Vorsorge für spätere Einwilligungsunfähigkeit geht es um die Frage, wem die „Kompetenz“ zukommt, für eine nicht mehr einsichts- und urteilsfähige Person medizinische Entscheidungen zu treffen. Eine Behandlung unter Missachtung der entsprechenden Kompetenz, das heißt des vorab erklärten Willens des Patienten in seiner Verfügung oder der Zustimmung des bevollmächtigten Vertreters, ist rechtlich prinzipiell gleich zu bewerten, wie eine Behandlung des einwilligungsfähigen Patienten ohne dessen Einwilligung. Die strafprozessuale Durchsetzung dieser anerkannten zivilrechtlichen Instrumente für den Fall einer ungerechtfertigten Behandlung ist in Deutschland garantiert.

In Österreich trat am 1. Juni 2006 das „Patientenverfügungs-Gesetz“ (PatVG) in Kraft. Die Patientenverfügung ist darin als „eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist“ definiert. Durch diese Begriffsbestimmung werden einerseits konkrete, positiv formulierte Wünsche für eine bestimmte medizinische Maßnahme und andererseits der ge-

samte Bereich der Pflege vom Anwendungsbereich des Bundesgesetzes ausgenommen. Verfügt der Patient über solche Inhalte, ist deren Verbindlichkeit nicht nach den im PatVG normierten Voraussetzungen, sondern nach den allgemeinen, schon bisher geltenden Bestimmungen zu prüfen. Die Autorin führt in weiterer Folge einige berechtigte Kritikpunkte an der neuen Rechtslage an und nennt unter anderem die hohen formalen Anforderungen, das Fehlen einer einheitlichen Möglichkeit zur Registrierung und die enge Begriffsbestimmung mit der Beschränkung des Inhalts einer Verfügung auf Behandlungsablehnungen. Weiters kritisiert sie – weniger nachvollziehbar –, dass es dem Patienten nicht möglich ist, auf eine Aufklärung vor der Erstellung einer Patientenverfügung zu verzichten. Insgesamt habe sich die PatVG bislang als kostspielig und unpraktisch erwiesen.

Abgesehen von der Patientenverfügung besteht die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht. Damit kann der Patient eine Vollmacht erteilen, „die nach ihrem Inhalt dann wirksam werden soll, wenn der Vollmachtgeber die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine Äußerungsfähigkeit verliert“ (§ 284 f. Abs 1 ABGB).

Es folgen Anmerkungen zur strafrechtlichen Seite von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Sachwalterverfügungen. Zum einen sind die durch § 77 (Tötung auf Verlangen) und § 78 (Mitwirkung am Selbstmord) gezogenen Grenzen auch in Vorausverfügungen und vom gewillkürten Stellvertreter des Patienten zu beachten. Zum anderen erfüllt die Behandlung gegen den Willen des Bevollmächtigten bzw. gegen den vom Patienten in der Verfügung erklärten Willen genauso, wie die Missachtung einer aktuell abgegebenen Äußerung des Patienten den Tatbestand der Eigenmächtigen Heilbehandlung gemäß § 110 StGB erfüllt. Schabel zeigt danach die Problematik auf, die sich durch die bereits dargestellten Defizite in der prozessualen Ausgestaltung der Eigenmächtigen Heilbehandlung als Privatanklagedelikt ergibt. Sie wirkt sich

bei den Vorsorgemodellen in besonderem Maße aus, wobei in manchen Konstellationen schlichtweg niemand berechtigt ist, die Strafverfolgung einzuleiten. Als mögliche Lösung schlägt sie die Einführung der Erblichkeit des Prozessführungsrechts vor.

Möglicherweise gegen die Erwartungen des Lesers, der aufgrund des Titels eine weiter gefasste Abhandlung des Selbstbestimmungsrechts erwartet, behandelt die Autorin ausschließlich den strafrechtlichen Schutz der Selbstbestimmung des Patienten. Sie begrenzt die Themenstellung weiter auf den grundlegenden Fall des volljährigen, einwilligungsfähigen Patienten. Für speziellere Fragestellungen und detailliertere Untersuchungen über die zivilrechtlichen Aspekte der Patientenautonomie wird der Leser auf einschlägige Werke verwiesen.

Hinsichtlich der strafrechtlichen Schutzbestimmungen und strafprozessualen Rechte des Patienten im Falle der Verletzung seines Selbstbestimmungsrechts durch den behandelnden Arzt bietet das vorliegende Werk allerdings einen ausgezeichneten Einblick, sowie eine Übersicht über die zivilrechtlichen Möglichkeiten der Vorsorge für eine etwaige spätere Einwilligungsunfähigkeit. Die Publikation befindet sich auf dem Stand von 1. Jänner 2007, berücksichtigt daher alle wesentlichen Änderungen durch das SWRÄG 2006 und PatVG 2006, sowie bereits die mit 01. 01. 2008 in Kraft getretene Strafprozessreform. Aufschlussreich ist der Vergleich mit den jeweils entsprechenden Regelungen in Deutschland. Die klare Strukturierung und zügige Abhandlung gibt dem Werk Übersichtlichkeit, mitunter fehlen dann aber doch Differenzierungen oder Hinweise auf strittige Aspekte. Schabel übt berechtigte Kritik an der Rechtslage und bietet schlüssige und bemerkenswerte Lösungsansätze.

Insgesamt machen die gute Lesbarkeit und Praxisorientiertheit das Werk zu einem gelungenen Handbuch für die am strafrechtlichen Gesichtspunkt der Patientenautonomie interessierte Rechtspraxis.

M. Schörghuber

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen. Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

2. Gestalten der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Name aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (max. 1200 Zeichen mit Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter
5. Englische Übersetzung von Zusammenfassung und Schlüsselwörtern

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen.

Grafiken werden in Druckqualität und mit klar lesbarer Schrift (2mm Schrifthöhe) erbeten. Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorennamen und „et.al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: MacKenzie T. D. et al., *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, *Lancet* (2002); 359: 1323–1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

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

Beispiel: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59–79

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexualaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8

Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

IMABE-Info (Download: www.imabe.org)

2008: Nr. 1: Ethik in der Schönheitsmedizin,

Nr. 2: Der ethische Ruf der Pharmaindustrie,

Nr. 3: Stammzellen, Nr. 4: Gender

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo,

Nr. 3: Präimplantationsdiagnostik

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft, Nr. 3: AIDS

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

2002: Nr. 1: Therapieabbruch beim neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen,

Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

Vorschau

Imago Hominis · Band 15 · Heft 4/2008

Schwerpunkt: Medizin, Ideologie und Markt

Editorial	183	
Aus aktuellem Anlass	186	Enrique H. Prat Gescheiterte Gesundheitsreform – was nun?
	188	Susanne Kummer Der Europarat will ein „Recht auf Abtreibung“ verankern
Schwerpunkt	191	Markus Schwarz, Tim Johansson, Gunther Ladurner Familie als Determinante der Gesundheit
	203	Brigitte Rollett Die Rolle der Familie bei schicksalhaften Krankheiten: Krise und Coping
	217	Peter Gathmann Bemerkung zu fehlerhaft kommunizierenden Systemen und den Folgen
	227	Markus Schwarz, Ludwig-Christoph Dóczy Gewalt in der Familie: Ursachen und Prävention
	239	Leonhard Thun-Hohenstein Resilienz und Familie
Freies Thema	247	Christian R. Noe Lebenswissenschaften und Ethik
Nachrichten	259	
Zeitschriftenspiegel	263	
Buchbesprechungen	265	